

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”

FACULDADE DE CIÊNCIAS DE BAURU

Programa de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem

Heloisa Aguetoni Cambuí

**A RELAÇÃO DE CUIDADO E SEUS SIGNIFICADOS PARA ADOLESCENTE COM
TRANSTORNO ALIMENTAR E SEUS PAIS: UM ESTUDO DE CASO À LUZ DA
PSICANÁLISE WINNICOTTIANA**

Bauru - SP

2020

Heloisa Aguetoni Cambuí

**A RELAÇÃO DE CUIDADO E SEUS SIGNIFICADOS PARA ADOLESCENTE COM
TRANSTORNO ALIMENTAR E SEUS PAIS: UM ESTUDO DE CASO À LUZ DA
PSICANÁLISE WINNICOTTIANA**

Tese apresentada como requisito à obtenção do título de Doutora à Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Faculdade de Ciências de Bauru - Programa de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, área de concentração: Desenvolvimento: Comportamento e Saúde, sob a orientação da Prof^a. Adjunta Carmen Maria Bueno Neme.

Bauru - SP

2020

CambuÍ, Heloisa Aguetoni.

A relação de cuidado e seus significados para adolescente com transtorno alimentar e seus pais: um estudo de caso à luz da psicanálise winnicottiana/ Heloisa Aguetoni CambuÍ. Bauru, 2020

433 f.

Orientadora: Carmen Maria Bueno Neme

Tese (Doutorado)-Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências, Bauru, 2020

1. Transtornos da alimentação. 2. Cuidado parental. 3. Adolescente. 4. Psicanálise. 5. Winnicott. II. Título.

ATA DA DEFESA PÚBLICA DA TESE DE DOUTORADO DE HELOÍSA AGUETONI CAMBUÍ, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM, DA FACULDADE DE CIÊNCIAS - CÂMPUS DE BAURU.

Aos 22 dias do mês de maio do ano de 2020, às 13:00 horas, no(a) Faculdade de Ciência/Unesp Bauru, reuniu-se a Comissão Examinadora da Defesa Pública, composta pelos seguintes membros: Profa. Dra. CARMEN MARIA BUENO NEME - Orientador(a) do(a) UNESP / BAURU, Prof. Dr. MANOEL ANTONIO DOS SANTOS do(a) USP/Ribeirão Preto / USP/Ribeirão Preto, Profa. Dra. MAÍRA BONAFÉ SEI do(a) Departamento de Psicologia e Psicanálise / UEL/Londrina, Profa. Dra. DIANA PANCINI DE SÁ ANTUNES RIBEIRO do(a) Departamento de Psicologia Clínica / UNESP/Assis, Prof. Dr. ERICO BRUNO VIANA CAMPOS do(a) Departamento de Psicologia / UNESP-FC/Bauru, sob a presidência do primeiro, a fim de proceder a arguição pública da TESE DE DOUTORADO de HELOÍSA AGUETONI CAMBUÍ, intitulada **A relação de cuidado e seus significados para adolescente com transtorno alimentar e seus pais: um estudo em psicanálise**. Após a exposição, a discente foi arguida oralmente pelos membros da Comissão Examinadora, tendo recebido o conceito final: _____ APROVADA _____. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que após lida e aprovada, foi assinada pelos membros da Comissão Examinadora.

Profa. Dra. CARMEN MARIA BUENO NEME

Prof. Dr. MANOEL ANTONIO DOS SANTOS

Profa. Dra. MAÍRA BONAFÉ SEI

Profa. Dra. DIANA PANCINI DE SÁ ANTUNES RIBEIRO

Prof. Dr. ERICO BRUNO VIANA CAMPOS



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

Câmpus de Bauru



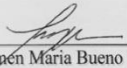
PROPOSTA DE ALTERAÇÃO DO TÍTULO

A comissão examinadora propõe a alteração do título do trabalho da discente **Heloísa Aguetoni Cambuí**

De: **“A relação de cuidado e seus significados para adolescente com transtorno alimentar e seus pais: um estudo em psicanálise”**

Para: **“A relação de cuidado e seus significados para adolescente com transtorno alimentar e seus pais: um estudo de caso à luz da psicanálise winnicottiana”**

Bauru, 22 de maio de 2020.



Carmen Maria Bueno Neme

Orientadora

Às pessoas em minha vida que me mostraram a surpresa e a delicada arte do encontro de cuidar e de ser cuidada.

Àqueles que buscam em meio às relações de cuidado condições para o vir a ser.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Carmen Maria Bueno Neme, por me possibilitar o encontro e a criação, em espaço transicional e compartilhado, do meu *ser-fazer* pesquisadora. Agradeço imensamente a sabedoria e a experiência transmitidas ao longo dessa jornada.

Aos Professores Doutores, Diana Pancini de Sá Antunes Ribeiro, Érico Bruno Viana Campos, Maíra Bonafé Sei e Manoel Antônio dos Santos, meu profundo agradecimento pela disponibilidade em contribuir para o enriquecimento do meu trabalho.

Aos meus pais, por terem me conduzido à potência da vida por meio dos cuidados realizados, contribuindo para o desenvolvimento da minha gestualidade criativa, para minha alegria em viver e para me sentir confiante e sensível no desvelamento humano. Vocês me mostraram que o cuidado demanda dedicação, intimidade, paciência, comunicação, continência, orientação e amor.

Às minhas irmãs, Camila e Cibele, por serem minha fonte de inspiração, coragem, continência e afeto. Os cuidados disponibilizados com tanto afeto me possibilitaram a continuidade do meu *vir a ser*.

Aos meus sobrinhos, Samuel, Flora e Sofia, por me mostrarem a delicada e deliciosa arte do cuidado.

À Huana, por me sustentar na gestação deste trabalho, oferecendo um olhar incentivador, palavras de amor e espaço para repouso. Gratidão à vida pela riqueza desse encontro.

À Heloisa Tófoli por me mostrar o cuidado em sua forma mais terna e genuína. Obrigada pela parceria, pela partilha mútua, pelo colo e pela alegria.

Ao Rafael e sua família que me acompanharam em todos meus sonhos e acreditaram em tudo que sou. Sou eternamente grata pelos cuidados, acolhimento, amor e proteção.

À Diana, por ter me apresentado a objetos que me fizeram sentido e que tanto amo em minha vida. Obrigada pelo carinho, amizade, sabedoria e acolhimento durante a vida, que contribuíram para a minha constituição humana.

Ao Prof. Manoel, meu especial agradecimento por me ajudar a conceber e a gestar este trabalho e em acreditar que seria possível a realização deste meu sonho. Obrigada pela experiência e conhecimento compartilhados.

À Gisele, pelas experiências de vida, pela doçura no cuidado e pelo precioso carinho.

À Marcela Lança, minha eterna gratidão pela amizade incondicional e pela riqueza e humanidade dos seus cuidados.

Aos meus amigos, Malu, Jonas, Diego, Irys, Eduardo, Camila, Alessandra Falcão, entre outros especiais, agradeço pelas ricas experiências emocionais que possibilitaram a minha expressividade viva.

Aos alunos que me acompanharam na realização deste trabalho e me auxiliaram à constante descoberta de mim mesma.

Aos participantes do estudo, meu agradecimento pela confiança em partilhar experiências tão íntimas, sem as quais este trabalho não teria significativa profundidade.

A todos àqueles que, cada qual à sua maneira, contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste sonho, meu reconhecimento e gratidão.

Mia

Me auto denominei um buraco negro,
Já que a vida é cruel demais para não se viver em metáforas -
Decidi poetizar o meu vazio.
Porque quando digo que sou um 'buraco sem fundo' a interpretação é outra,
De repente sou gula, sou descontrole
Sou insaciação.
Mas se digo que sou buraco negro, sou vasta
Sou complexa
Sou expansão.
E me expando continuamente, constantemente
Em mim, comporto mundos inteiros,
Infinitamente,
Eu caibo.
Eu caibo até transbordar meu cais
E então eu expilo,
Vomito,
Só para caber mais.
E assim eu preencho o vazio,
Eu me entupo para encher um corpo que não para em pé,
Depois que põe tudo pra fora

(Bárbara Piotto Tirola, 2018)

CAMBUÍ, H. A. A relação de cuidado e seus significados para adolescente com transtorno alimentar e seus pais: um estudo de caso à luz da psicanálise winnicottiana. 2020. 433 f. Tese (Doutorado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) - Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Faculdade de Ciências, Bauru, 2020.

RESUMO

Os transtornos alimentares em adolescentes constituem parcela significativa da demanda clínica da atualidade. Tratam-se de modalidades de sofrimento e de adoecimento humano que se constituem com base em um modelo etiológico multifatorial composto pela inter-relação de fatores familiares, individuais, sociais e biológicos, cuja complexidade se configura como problema de saúde pública e, ainda, um desafio para a compreensão teórica e o manejo clínico psicológico. A questão central deste estudo é a associação entre as relações de cuidados parentais e a manifestação dos transtornos alimentares em adolescentes. Pressupõe-se que as relações de cuidado entre os pais e o filho(a) perpassam, inevitavelmente, as relações alimentares e contribuem para a constituição da saúde mental ou, ainda, para distorções e fraturas no processo de desenvolvimento emocional que podem predispor o indivíduo à vulnerabilidade psicopatológica própria dos transtornos alimentares. Deste modo, este estudo buscou compreender os significados e as experiências afetivo-emocionais associados às relações de cuidado na perspectiva de uma adolescente acometida por bulimia nervosa e seus pais. Trata-se de um estudo de caso descritivo com enfoque qualitativo, orientado pelo método psicanalítico. Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram a entrevista clínica semiestruturada aplicada individualmente a cada membro da tríade e o Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema, usado como recurso mediador dialógico, tendo como foco a profundidade das experiências associadas às relações de cuidado. O registro do encontro com os participantes foi feito por meio da produção de narrativas psicanalíticas que, por sua vez, foram qualitativamente analisadas de acordo com a Teoria dos Campos de Herrmann, que serviu como suporte metodológico do estudo, tendo como referencial teórico a psicanálise winnicottiana. Deste modo, foram identificados campos de sentido afetivo-emocional mais amplos compostos pelo universo de significados e de experiências pessoais acerca das relações de cuidado para a unidade familiar e também para cada membro da tríade. Os dados encontrados permitiram identificar que as relações de cuidado da tríade familiar são ambivalentes, caóticas e inconstantes. Os significados emocionais atribuídos pela adolescente aos cuidados maternos se organizam em torno da privação, inflexibilidade e distanciamento físico e emocional. Já os cuidados paternos se configuraram como afetuosos, mas distantes após a puberdade. O conjunto de significados e das experiências afetivo-emocionais dos pais apresentou as dificuldades, o adoecimento e a presença de aspectos transgeracionais sobre as relações de cuidado com a filha. Os dados identificados revelam que as recorrentes falhas no processo de realização dos cuidados físico-afetivos pelo conjunto mãe-pai, em um momento precoce de constituição do desenvolvimento emocional, podem concorrer para a precariedade do processo simbólico e para a fragilidade da constituição psíquica e dos limites psicossomáticos, predispondo o indivíduo à vulnerabilidade psicopatológica circunscrita aos transtornos alimentares. O estudo contribui com conhecimento sobre as relações de cuidados que podem se configurar como fatores etiológicos para a precipitação e a manutenção da bulimia nervosa, fornecendo subsídios teórico-práticos no âmbito preventivo, interventivo e de promoção de saúde à pacientes com transtornos alimentares e seus familiares.

Palavras-chave: Transtornos da alimentação. Cuidado parental. Adolescente. Psicanálise. Winnicott.

CAMBUÍ, H. A. The care relationship and its meanings for adolescents with eating disorders and their parents: a case study in the light of winnicottian psychoanalysis. 2020. 433 f. Thesis (PhD in Developmental and Learning Psychology) – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Faculdade de Ciências, Bauru, 2020.

ABSTRACT

Eating disorders in adolescents constitute a significant portion of the current clinical demand. These are modalities of suffering and human illness that are based on a multifactorial etiological model composed by the interrelation of family, individual, social and biological factors, which complexity is configured as a public health problem and still a challenge for theoretical understanding and clinical psychological management. The central issue of this study is the association between parental care relationships and the manifestation of eating disorders in adolescents. It is assumed that the care relationships between the parents and the child inevitably permeate dietary relationships and contribute to the constitution of mental health or, still, to distortions and fractures in the emotional development process that may predispose the individual to the psychopathological vulnerability inherent in eating disorders. Thus, this study aimed to understand the meanings and affective-emotional experiences associated with care relationships from the perspective of a teenager with bulimia nervosa and her parents. This is a descriptive case study with a qualitative approach, guided by the psychoanalytic method. The instruments used for data collection were the semi-structured clinical interview applied individually to each member of the triad and the Procedure of Drawings-Stories with Theme, used as a dialogical mediating resource, focusing on the depth of the experiences associated with care relationships. The registration of the meeting with the participants was made through the production of psychoanalytic narratives that, in turn, were qualitatively analyzed according to Herrmann's Multiple Fields Theory, which served as the methodological support of the study, having Winnicott's psychoanalysis as the theoretical framework. In this way, broader fields of affective-emotional sense were identified, composed of the universe of meanings and personal experiences about care relationships for the family unit and also for each member of the triad. The data found allowed to identify that the care relationships of the family triad are ambivalent, chaotic and inconstant. The emotional meanings attributed by the teenager to maternal care are organized around deprivation, inflexibility and physical and emotional distance. Paternal care, on the other hand, was configured as affectionate, but distant after puberty. The set of meanings and the affective-emotional experiences of the parents presented the difficulties, the illness and the presence of transgenerational aspects about the care relationships with the daughter. The identified data reveal that the recurrent failures in the process of carrying out physical-affective care by the mother-father group, in an early moment of constitution of the emotional development, may contribute to the precariousness of the symbolic process and to the fragility of the psychic constitution and psychosomatic limits, predisposing the individual to the psychopathological vulnerability circumscribed to eating disorders. The study contributes with knowledge about the care relationships that can be configured as etiological factors for the precipitation and maintenance of bulimia nervosa, providing theoretical-practical subsidies in the preventive, interventional and health promotion scope to patients with eating disorders and their families.

Keywords: Eating disorders. Parental care. Adolescent. Psychoanalysis. Winnicott.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Pontos de corte para adolescentes segundo o percentil do IMC-por-idade e o estado nutricional _____28

Tabela 2. Caracterização dos principais fatores etiológicos dos transtornos alimentares ____34

Tabela 3. Critério para classificação da insatisfação com a imagem corporal a partir do somatório de pontos obtidos no Questionário de Imagem Corporal – BSQ _____328

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1.** Esquema mental dos campos de sentido afetivo-emocional _____93
- Figura 2.** Desenho-Estória da adolescente referente à proposta temática: “Desenhe uma filha sendo cuidada” _____116
- Figura 3.** Desenho-Estória da adolescente referente à proposta temática: “Desenhe uma filha sendo alimentada” _____129
- Figura 4.** Desenho-Estória da mãe referente à proposta temática: “Desenhe uma filha sendo alimentada” _____163
- Figura 5.** Desenho-Estória da mãe referente à proposta temática: “Desenhe uma filha sendo cuidada” _____176
- Figura 6.** Desenho-Estória do pai referente à proposta temática: “Desenhe uma filha sendo cuidada” _____230
- Figura 7.** Desenho-Estória do pai referente à proposta temática: “Desenhe uma filha sendo alimentada” _____243

SUMÁRIO

PRÓLOGO	15
1 INTRODUÇÃO	17
1.1 Transtornos alimentares: aspectos diagnósticos clínicos	25
1.2 Os transtornos alimentares e as relações de cuidado	37
1.3 Os transtornos alimentares à luz da psicanálise	45
2 JUSTIFICATIVA	61
3 OBJETIVOS	63
3.1 Objetivo geral	63
3.2 Objetivos específicos	63
4 MÉTODO	64
4.1 Delineamento de pesquisa	64
4.2 O método psicanalítico investigativo	67
4.2. Caracterização do campo de pesquisa	70
4.3. Participantes	71
4.4. Instrumentos e materiais	73
4.5. Procedimentos de coleta e análise dos dados	79
4.6 Considerações éticas	89
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES: PRODUÇÃO INTERPRETATIVA DOS CAMPOS DE SENTIDO AFETIVO-EMOCIONAL	91
5.1 Apresentação - A família de extremos: o cuidado <i>(des)afetado</i>	93
Helena, a filha	94
“A morada do estrangeiro: vazios infinitos vorazes”	96
“Onde está a mamãe? A falta que se faz presente”	102
“A infância que não foi: privação e desejo”	111
“Peso morto: o estranho que habita”	123
“Para além de terras estrangeiras: louca, só e má”	136
Madá, a mãe	149
“Colheradas de <i>(des)afeto</i> : resquícios psíquicos”	150
“Réu confessa: entre ela, eu e o outro”	168
“A analista-mãe”	182
“O fantasma materno e a herança familiar”	188
A fome: tão íntima, tão estranha e tão familiar	196
José, o pai	207
“À espera do <i>vir a ser</i> : o devir oculto”	209
“Entre o ser e o fazer: o seio que é e o seio que faz ”	214
“A boa e pacífica convivência familiar: a dissimulada perfeição”	226
“Menina madura: objeto de cuidado ou objeto do desejo?”	232
“O corpo-sintoma: a voracidade partilhada”	237
5.2 “A família de extremos: o cuidado <i>(des)afetado</i>”: síntese compreensiva integrativa dos campos de sentido afetivo-emocional da tríade familiar	245
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	274

REFERÊNCIAS	281
ANEXOS	318
ANEXO A – Curva IMC-por-idade: adolescentes (sexo feminino)	319
ANEXO B – Autorização das Instituições coparticipantes	320
ANEXO C – Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26)	322
ANEXO D – Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo - (BITE)	324
ANEXO E - Questionário sobre a imagem corporal (BSQ-34)	328
ANEXO F – Parecer consubstanciado CEP	331
APÊNDICES	336
APÊNDICE A – Cartaz convite para tratamento psicológico aos TAs	337
APÊNDICE B – Roteiro de entrevista semiestruturada (Mães e pais de adolescente com TA)	339
APÊNDICE C – Roteiro de entrevista semiestruturada (Adolescente com TA)	341
APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Participante acima de 18 anos de idade – mãe, pai e paciente com TA)	343
APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Responsável legal de paciente com TA menor de idade)	344
APÊNDICE F – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (Paciente menor de 18 anos de idade)	345

PRÓLOGO

A concepção deste estudo se originou da minha busca pela compreensão da constituição humana em meio às condições atuais e da experiência em tentar oferecer os cuidados psicoterapêuticos àqueles que sofreram incisivas fraturas psíquicas decorrentes das falhas ambientais.

Este estudo é atravessado por histórias e pré-histórias das relações inter-humanas de pessoas, sejam pacientes ou não, que participaram da minha jornada de vida. Histórias perpassadas pela dor do *não nascimento* ou da impossibilidade de *vir a ser*, cujas dificuldades indicavam a necessidade de suportes e cuidados necessários.

Fomentada pela inquietude e angústia diante do sofrimento e adoecimento humano, busquei por recursos teóricos e práticos que pudessem para, além da continência da dor, possibilitar o devir humano, baseada na crença da retomada da saúde e do desenvolvimento pessoal.

O início deste estudo é antes de tudo um longo processo, que já estava em marcha, decorrente das minhas experiências, das minhas concepções de vida, do referencial teórico e metodológico que privilegiei e, sobretudo, da minha construção enquanto pesquisadora. Por meio da gestualidade espontânea pude vislumbrar o encontro com a pesquisa e esta contribuiu generosamente para a descoberta da dramática vivencial humana.

Impulsionada pelos estudos realizados na graduação e no mestrado que tiveram como tema central o sofrimento e o criar/encontrar com o Procedimento de Desenho-Estória com Tema, fui lançada à busca compreensiva de uma modalidade de sofrimento considerada atual, que diz respeito àquela que se encarna no corpo – os transtornos alimentares.

Os transtornos alimentares se destacam pela complexidade etiológica, cuja relação com os aspectos familiares e sociais se revela intrínseca à sua constituição e manifestação. A

clínica com estes pacientes configura-se reconhecidamente como desafiadora, uma vez que os pacientes têm uma atitude ambivalente em relação ao cuidado terapêutico oferecido, visto que as dificuldades que tiveram no plano dos cuidados parentais são deslocadas e atualizadas para a relação terapêutica.

Assim, deseja-se que ao entrar em contato, por meio das narrativas psicanalíticas, com o acontecer clínico inter-humano, imbuído de sensações, sentimentos, impressões, associações, ressonâncias transferenciais e contratransferenciais, além de conteúdos emocionais inter e transgeracionais, o leitor possa, a partir da própria manifestação criativa e associativa, encontrar novos sentidos para as experiências humanas acerca das relações de cuidado vinculadas aos transtornos alimentares.

1 INTRODUÇÃO

A clínica psicológica na contemporaneidade tem testemunhado as implicações que incidem no campo das subjetividades, decorrentes das profundas transformações socioculturais, econômicas e políticas, cujos efeitos conduzem a novas formas de subjetivação, a incidência de demandas clínicas específicas e a intensificação das experiências de sofrimento humano. O contexto contemporâneo, marcado por profusas e vertiginosas mudanças, exige, na esfera das ciências humanas e da saúde, um reposicionamento teórico-clínico perante a complexidade do fenômeno humano, com base em investigações compreensivas acerca da natureza e das modalidades de manifestação do sofrimento, buscando possibilitar a elaboração de manejos clínicos singulares e a construção de subsídios teórico-técnicos no âmbito interventivo e preventivo.

As condições socioculturais atuais contemplam características peculiares centradas especificamente na instantaneidade e no imediatismo, no excesso de objetos e de estimulações, no imperativo narcísico-hedonista e, ainda, na fragilidade e superficialidade das relações inter-humanas. Entende-se que estas exercem, de forma inexorável, implicações sobre o indivíduo que se encontra em processo dinâmico de constituição subjetiva (BIRMAN, 2007, 2013; CAMBUÍ, 2013; FIGUEIREDO; COELHO JUNIOR, 2018; FORTES, 2012a).

Reconhece-se que estas caóticas transformações têm levado precocemente o indivíduo, cujo aparelho psíquico ainda é imaturo e insuficiente em relação ao que lhe acontece, à vivência de um *quantum* de vivências estimulatórias que é incapaz de ser psiquicamente processado, reconhecido e organizado. Tratam-se de experiências excessivas, de falhas ou de invasões, que mobilizam angústias e defesas primitivas que podem, por sua vez, prejudicar a constituição da subjetividade e dar lugar a *matrizes traumáticas* (BÉJAR, 2015, 2017). A impossibilidade de elaboração e representação destas intoleráveis experiências e, ainda, de

simbolização e destinação da dor psíquica concorrem para a manifestação impulsiva de condutas atuadas e, especialmente, para o escoamento endereçado ao remanescente reduto da morada humana, o corpo (FORTES, 2012a).

Estas vivências traumatogênicas precoces inscrevem marcas psíquicas profundas que por não poderem ser traduzidas ou contidas transbordam o aparelho psíquico e encontram no corpo formas de expressão do sofrimento e do adoecimento, carregando a memória viva, inacabada e latente dos fenômenos inter-humanos, culturais e sociais (COSTA, 2004; FORTES, 2012b). Estas manifestações sintomáticas podem causar prejuízos em diversas áreas da vida e levar o indivíduo a níveis inimagináveis de sofrimento circunscritos às vivências de irrealização, de despersonalização e de dessubstancialização, além de sensações de desamparo, vazio existencial, impotência, apatia, inautenticidade, indiferença e de descontinuidade do sentimento de “ser” (CANELAS NETO, 2013; CAMBUÍ; NEME, 2014; DANTAS; 2009; SAFRA, 2004).

Na atualidade, o corpo passou a assumir com excelência um território em que se exteriorizam conflitos que se configuram como respostas frente ao impacto da vivência do trauma, denunciando a fragmentação, a fragilidade, a precariedade e a instabilidade das relações intersubjetivas (ÁVILA, 2012; BIRMAN, 2009; COTTA, 2010; FERNANDES; 2012; FORTES, 2012a; MONTES, 2017; WINOGRAD; TEIXEIRA, 2011).

O corpo orgânico e vivo admite em sua indivisibilidade uma dimensão singular que expressa a realidade psíquica das experiências emocionais individuais que se dão em meio às relações interpessoais. Configura-se, assim, como um reservatório de marcas pessoais que comportam a dinamicidade dos sentidos humanos contextualizados a uma realidade concreta (BLEGER, 1963/1989) e, ainda, o movimento dos fenômenos culturais, sociais e transgeracionais (LAURENTIIS, 2008).

A corporeidade subjetivada humana ao transcender o corpo físico revela a realidade experiencial que subjazem os aspectos socioculturais. Compreende-se que o corpo veicula o registro biográfico-subjetivo em que se dá o atravessamento de fluxos psíquicos e extrapsíquicos que demandam a relação com o outro e sua herança social e cultural. E, ainda, se constitui enquanto uma dimensão orgânico-biológica, cujo funcionamento da corporeidade se dá por meio da sensorialidade e diferentes níveis de intensidade (BIRMAN, 1999).

Sendo, assim, o corpo é a manifestação do próprio existir (FRANÇA, 2011). Infere-se que o corpo é, em sua realidade vivida, fonte de sensações, sentimentos, desejos, projeções e fantasias que comportam a indivisibilidade de fatores individuais (experiência pessoal, consciente e não consciente) e coletivos (herança familiar, social e cultural), configurando-se, assim, como um “corpo-sujeito” (LIARTE, 2015; REFOSCO; MACEDO, 2010; SANTOS; MARTINS, 2015), cuja unidade *corpo-psiquismo* são “quase indiferenciáveis, assim como as duplas eu e não-eu e interior-exterior” (VILUTIS, 2000, p. 70).

Ao situar o objeto de investigação nas configurações do mal-estar contemporâneo no trajeto da modernidade aos dias de hoje, Birman (2013) ressalta que modalidades anteriores de sofrimento, centradas em conflitos intrapsíquicos, cederam lugar, na contemporaneidade, a dimensões de mal-estar que incidem nos registros do corpo, da ação e do sentimento. Observa-se que, no mundo atual, o corpo passou a assumir um *lócus* privilegiado de expressão das vicissitudes da dor e do sofrimento (CAMBUÍ; NEME; ABRÃO, 2016; OCARIZ, 2012; SILVA, 2011; WINOGRAD; TEIXEIRA, 2011). Visto que estas modalidades aludem, especificamente, a fragilidade da constituição psíquica, a precariedade do processo simbólico e a porosidade das fronteiras constituídas entre o psíquico e o somático, de modo que esses fenômenos encontram-se maximizados nos transtornos alimentares (FORTES, 2012a; FUKS, 2015; GASPAR, 2010; REFOSCO; MACEDO, 2010).

Miranda (2005) afirma que as perturbações da ordem das condutas alimentares configuram-se como fenômenos expressivos de sofrimento psíquico e emergentes da contemporaneidade, em razão das atuações impulsivas e violentas da expressão corporal em detrimento da elaboração ponderada do pensamento e pela intensidade e excessos de cargas afetivas que enfraquecem e debilitam o ego. É, portanto, nesse contexto atual que se evidencia, de forma significativa, a presença de quadros clínicos que se circunscrevem ao escopo dos transtornos alimentares (TAs), cujo os subtipos prevalentes são a anorexia nervosa (AN) e a bulimia nervosa (BN).

Pressupõe-se que os TAs apresentam certa peculiaridade em relação a outras formas de sofrimento psíquico, posto que o corpo-sujeito afetado e frágil demarca, paradoxalmente, por meio do conjunto de sintomas, a urgência e o apelo pela integração psicossomática e o alcance de uma unidade existencial (BULGARÃO, 2011). Nestes casos, é a partir do corpo que é expressa a dimensão intensa e radical do sofrimento psíquico, cujos sintomas denunciam angústias primitivas ligadas a momentos precoces da constituição psíquica do indivíduo, sendo que estes devem ser devidamente considerados dentro do contexto cultural, social e político em que se inserem (AIELLO-VAISBERG, MACHADO; 2003).

Distanciado de uma abordagem reducionista e classificatória do sofrimento humano às entidades sintomatológicas e nosológicas, concebe-se, neste estudo, alinhado ao pensamento psicanalítico winnicottiano, a necessidade de compreender o sofrimento, o adoecimento psíquico e, também, a constituição psíquica como fenômenos humanos que se dão em campo intersubjetivo (AIELLO-VAISBERG; MEDEIROS, 2010; CAMBUÍ, NEME, ABRÃO, 2016).

Entende-se, assim, que o sofrimento humano que irrompe em um adoecimento físico e/ou psíquico resguarda a intersecção entre o singular e o coletivo e, deste modo, faz-se necessária uma amplitude compreensiva que reconheça a complexidade e a diversidade que a

sintomatologia encobre, pois inerente a esta se encontram fatores emocionais, sociais, culturais e familiares (TANIS, 2009).

Reconhece-se a relevância da universalizações aos profissionais e pesquisadores na área da Saúde sobre os transtornos mentais e a delimitação formal das categorias diagnósticas destes. Entretanto, o sofrimento humano não deve ser destituído de sua organização subjetiva e resignado à operacionalização absoluta de categorias diagnósticas centradas exclusivamente na materialidade sintomatológica orgânica, emocional e comportamental (FRANÇA, 2011). Pressupõe-se que o adoecimento psíquico admite um conjunto de sintomas específicos a este, porém precisa ser observado como vinculado a um contexto muito mais abrangente que comporta a dor, a angústia e as defesas internas suscitadas frente à falência psíquica. Para França (2011), a aproximação à vida mental de pacientes acometidos por TAs ou que apresentam adicções corrobora que generalizações clínico-diagnósticas distancia o psicoterapeuta da essência do sofrimento e da subjetividade singular de cada paciente.

Os TAs correspondem, deste modo, a sintomas contemporâneos multifatoriais que denunciam as fraturas e as distorções na constituição da subjetividade associada à complexidade das características singulares de uma época. Paradoxalmente, ainda, veiculam uma mensagem subliminar de caráter positivo que alerta a urgência por cuidados e reivindica a esperança pela saúde, tomando o sintoma como via para garantir minimamente a organização e sobrevivência psíquica (AISEMBERG, 2017; FERNANDES, 2016; SQUVERER, 2014).

De acordo com Fuks e Campos (2010), embora na anorexia nervosa, a obstinação pelo ideal de corpo magro seja alcançada por meio de condutas de privação e, por outro lado, predomine na bulimia nervosa a voracidade compulsiva e condutas purgativas e culpabilizadoras frente ao apetite ávido, ambos os quadros compartilham a mesma gravidade dimensional do sofrimento, uma vez que esses indivíduos acometidos compartilham um ideal

de corpo magro que ostenta o controle e a perfeição, além da ameaça prenhe da fome devoradora, tratando-se, portanto, de “duas faces do mesmo *pathos*” (p. 49).

De modo geral, as perturbações dos comportamentos alimentares aparecem, especialmente, na adolescência, período notadamente marcado por intensas transformações emocionais, biológicas e sociais (CHABROL, 2013; DESBORDES, 2013). Neste momento de transição do universo infantil para o mundo adulto, o adolescente se depara com as mudanças em seu corpo decorrentes da puberdade e a representação deste, assim como com a confusão e a indefinição das intempestivas experiências emocionais. Encenam-se também, neste momento da vida, conflitos relativos à dependência-autonomia e separação-indiferenciação, bem como, se engendram processos de constituição e organização da identidade subjetiva, social e sexual e, ainda, da autoimagem corporal (BRADLEY; PAUZÉ, 2009; FUKS, 2015; MATHEUS, 2010; SANTOS; PRATTA, 2012).

A adolescência configura-se como uma fase de desamparo e de vulnerabilidade que a torna potencialmente suscetível às fluidas e ambíguas mudanças contemporâneas que, por sua vez, podem acionar a mobilização de processos defensivos e propiciar o aparecimento de adoecimentos psíquicos, especialmente, os TAs. Compreende-se que o aparelho psíquico do adolescente encontra-se, ainda, insuficiente para processar as experiências próprias desta fase que envolvem intensos trabalhos psíquicos de elaboração de lutos, a reativação de experiências primitivas não simbolizadas, a reinvidicação pelo próprio corpo, pelo lugar e a função dentro da rede de ligações vinculares e, ainda, a exposição à cargas internas e externas de intensidades de excesso (BECK; MAILLOCHON; RICHARD, 2013; JEAMMET; CORCOS, 2005; VIBERT, 2015). Deste modo, os transtornos alimentares precipitam-se, sobretudo, na adolescência e suscitam, portanto, a discussão de questões pertinentes ao corpo vinculados às relações interpessoais e as condições socioculturais contemporâneas.

Ressalta-se que os limites etários que correspondem ao período da adolescência não são fixos e variam conforme os fatores psicológicos, sociais e culturais. Para fins deste estudo, foi considerado, com base nas definições da Organização Mundial da Saúde – OMS (1965), o período de 10 a 19 anos completos como representativo da etapa da adolescência. Sendo este critério adotado também pelo Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2013a) e por pesquisadores referenciados na área de desenvolvimento humano (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006).

A literatura específica acerca dos TAs abrange uma quantidade significativa de estudos que indicam as características e funcionamento da dinâmica familiar como possíveis fatores etiológicos para a precipitação e a manutenção dos TAs. Sugere, ainda, a necessidade de novas pesquisas que busquem investigar o processo de desenvolvimento primário desses pacientes e o exercício das funções de cuidado parentais associadas à alimentação. Contudo, constata-se escassez de estudos dedicados a estas relações de cuidado nos primeiros anos de vida de pacientes acometidos com TAs e a perspectiva da figura paterna, já que esta compõe o universo de cuidados básicos e relacionais do bebê.

Sobretudo, observa-se que embora as relações intersubjetivas familiares de pacientes com TAs sejam notadamente investigadas, evidencia-se a ausência de estudos que incluam a figura paterna no funcionamento e dinâmica familiar desses pacientes. Reconhece-se o caráter de interferência mútua entre os membros familiares - mãe-pai-filha(o) - e, assim, a necessidade de sua inclusão nas investigações. Entretanto, os estudos não incluem o pai ou se pautam de forma exclusiva em perspectivas unidirecionais, privilegiando um ou outro membro do grupo familiar, sendo de modo geral a mãe e, por consequência, acabam por concorrer para a fragmentação de uma compreensão integral do sistema familiar e as relações que a perpassam.

Compreende-se que os significados construídos acerca dos cuidados essenciais originam-se das experiências afetivo-emocionais da relação vincular primária. Deste modo, o

conjunto de significados de cada indivíduo está relacionado a forma que percebem, sentem e pensam as relações de cuidado e é a partir destas que cada um organiza, integra e atribui sentido à experiência vivida. Nesse sentido, compreender a dimensão afetiva da experiência e os significados atribuídos aos cuidados por adolescentes com TAs e seus pais, nos lança à investigação das vicissitudes presentes na relação intersubjetiva entre mãe-pai-filha, buscando apreender as relações de cuidado entre pais-filha nos estágios primitivos do desenvolvimento até o período da adolescência, na perspectiva de todos os membros da família.

Com base no pressuposto, evidenciado pela literatura consultada de que os cuidados maternos próprios dos momentos primários do bebê se estendem até o período da adolescência de indivíduos acometidos por TAs, admite-se, nesse estudo, a necessidade de investigar com profundidade não somente as relações de cuidado das etapas infantis precoces, mas avançar até o período da adolescência. Esclarece-se que a inclusão de participantes apenas do sexo feminino e, ainda, pertencentes à adolescência se deve à elevada prevalência de TAs em pessoas do gênero feminino (HERZOG; EDDY, 2010; PRISCO et al., 2013) e ao aumento da incidência de TAs neste período da vida (VAN SON; VAN HOEKEN, 2010).

Sustentada na fundamentação teórico-científica, questiona-se quais os significados emocionais atribuídos à experiência de cuidados na perspectiva de uma adolescente com TA e seus pais? Como se dá a relação de cuidado entre pais e filha com TA, desde a gestação até o momento da adolescência? Qual a configuração, o funcionamento e a dinâmica parental no exercício dos cuidados à filha com TA? Após a eclosão do TA, ocorrem mudanças na oferta dos cuidados à adolescente? De que modo a relação de cuidado entre mãe-pai-filha pode estar associada à constituição e a evolução sintomatológica dos TAs?

1.1 Transtornos alimentares: aspectos diagnósticos clínicos

Os TAs caracterizam-se pela cronicidade e gravidade de perturbações que incidem no âmbito dos comportamentos alimentares e da autoimagem e afetam predominantemente adolescentes e jovens adultos do sexo feminino (CORDÁS et al., 2007; SMINK; VAN HOEKEN; HOEK, 2013). Os estudos epidemiológicos mostram um aumento na prevalência de TAs em adolescentes, cuja taxa é de aproximadamente 60% na população de quatorze a dezenove anos de idade, visto que, na atualidade, a idade de início dos TAs já tem se manifestado de forma precoce em torno dos dez anos de idade (HOEK, 2016; ROUX; CHAPELON; GODART, 2013; SMINK et al., 2018; SMINK; VAN HOEKEN; HOEK, 2012).

Há, sobretudo, evidências de aumento, desde a segunda metade do século XX, da incidência de AN em adolescentes do sexo feminino, embora para alguns pesquisadores a BN tenha se estabilizado (QIAN et al., 2013). Nota-se, ainda, a elevação da taxa de incidência para outros subtipos de TAs, tais como, o transtorno de compulsão alimentar (TCA) e o transtorno alimentar restritivo/evitativo (TARE), em razão das alterações de determinados critérios diagnósticos circunscritos aos TAs que foram introduzidas na última edição do DSM (QIAN et al., 2013; SMINK et al., 2014).

Entre as principais mudanças propostas pelo DSM-5 (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014) para efetivar diagnósticos mais adequados, destacam-se: a condensação do conjunto de diagnósticos específicos à alimentação e aos transtornos alimentares em um único tópico denominado “Alimentação e transtornos alimentares”; a inclusão do “Transtorno de consumo alimentar evitativo/restritivo” que substituiu o tópico “Transtornos de alimentação da primeira infância” do DSM-IV-TRTM (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2002); a exclusão da amnorreia como critério diagnóstico para a AN e, também, a inclusão no critério B de persistentes

comportamentos que prejudicam o ganho de peso. Já no que se refere à bulimia nervosa, houve a redução da frequência das crises bulímicas para uma vez por semana por um período de três meses e, por fim, o “Transtorno de compulsão alimentar periódica” foi efetivamente validado como diagnóstico clínico devido sua importância e recorrência em pacientes na atualidade (ARAÚJO; LOTUFO NETO, 2013).

Deste modo, de acordo com o DSM-5, inseridos no campo dos TAs encontram-se os seguintes diagnósticos: pica, transtorno de ruminação, transtorno alimentar restritivo/evitativo (TARE), anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN), transtorno de compulsão alimentar (TCA), outro transtorno alimentar especificado e, por fim, o transtorno alimentar não especificado (TANE).

De acordo com a CID-10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993) e o DSM-5 (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014), os TAs com maior prevalência são a AN e a BN. Porém, devido a implementação do DSM-5, os estudos recentes indicam que o TARE tem se revelado como um diagnóstico potencialmente significativo para a população mais jovem na atualidade (DAHLGREN; WISTING; RØ, 2017; NORRIS et al., 2014; ORNSTEIN et al., 2013).

De modo geral, os TAs apresentam comportamento alimentar severamente perturbado, tentativa de controle do peso corporal usando muitas vezes meios não apropriados e compensatórios, assim como, preocupações com o peso e a forma corporal e distorção na percepção da autoimagem (BUSSE; SILVA, 2004; HERZOG; EDDY, 2010). Configuram-se como quadros psicopatológicos, cujos prejuízos comprometem áreas vitais na esfera biológica, psicológica e social que acarretam elevada morbidade e mortalidade (ARCELUS et al., 2011; JENKINS et al. 2011; MANDELLI et al., 2018; PRETI et al., 2011; OLIVEIRA-CARDOSO; VON ZUBEN; SANTOS, 2014; OLIVEIRA-CARDOSO; COIMBRA; SANTOS, 2018; SANTOS, 2006). A literatura científica ressalta que entre todos os transtornos mentais, a AN

apresenta a maior taxa de mortalidade (ANDERSÉN; BIRGEGÅRD, 2017; ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014; FORCANO et al., 2011; HERZOG; EDDY, 2010; SMINK; VAN HOEKEN; HOEK, 2012; SUOKAS et al., 2014).

De acordo com Yager (2010), a avaliação do estado físico em pessoas acometidas por TAs é imprescindível por se tratar de um transtorno que acomete o corpo. Deste modo, faz-se necessário obter um minucioso histórico, com o intuito de verificar a curva de desenvolvimento físico com base em medições periódicas e sistemáticas do peso e da altura, conforme a idade do paciente. Estabelece-se que o índice de massa corporal (IMC) é considerado uma medida padrão e amplamente utilizada, entre outras, para avaliar o estado nutricional do indivíduo, sendo calculado pela relação entre a massa corporal em quilogramas dividido pela estatura, em metros, ao quadrado ($IMC = [peso (kg)] / [altura (m)^2]$).

Em especial, para crianças e adolescentes a avaliação do estado nutricional abrange um conjunto maior de parâmetros ajustados à faixa etária. Isto é, leva-se em consideração a estatura e o peso que são esperados em relação à idade, além do peso em relação à estatura (BRASIL, 2017), sendo denominado de IMC-por-idade. Posteriormente, a esta identificação quantitativa, recomenda-se a consulta deste resultado na curva por idade e sexo (ANEXO A), segundo as instruções do Ministério da Saúde que se embasa, por sua vez, nos critérios estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde, a fim de caracterizar o estado nutricional da criança ou do adolescente.

Esclarece-se que há indicadores diferenciados para crianças e também para adolescentes, conforme subgrupos de idade e peso, bem como indicação de pontos de corte do percentil do IMC-por-idade e o diagnóstico nutricional, vide Tabela 1. Assim, quando o adolescente encontra-se abaixo do percentil 5 na curva IMC-por-idade, apresenta estado nutricional abaixo do peso, visto que este não é o esperado para a idade e o sexo.

Tabela 1. Pontos de corte para adolescentes segundo o percentil do IMC-por-idade e o estado nutricional

Percentil do IMC	Diagnóstico nutricional
< Percentil 5	Baixo Peso
≥ Percentil 5 e < Percentil 85	Adequado
≥ Percentil 85	Sobrepeso

Fonte: <http://portalms.saude.gov.br/artigos/804-imc/40510-imc-em-criancas-e-adolescentes>

De acordo com a CID-10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993), um dos critérios diagnósticos para a AN é quando, o indivíduo apresenta índice de massa corporal igual ou inferior a 17,5 kg/m² ou o peso corpóreo é mantido em pelo menos 15% abaixo do esperado para a idade. Já, o DSM-5 propõe como critério para o diagnóstico de AN, a restrição de alimentos que levam o peso corporal a um limiar consideravelmente abaixo do previsto para a idade e o gênero e, ainda, considera o histórico do desenvolvimento e saúde física.

Segundo o DSM-5 (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014), a AN corresponde a recusa do indivíduo em se alimentar para manter o peso corporal abaixo do padrão normal recomendável para a idade, o gênero e a estatura, além de medo mórbido de ganhar peso e comportamentos persistentes que interferem na aquisição deste. Caracteriza-se, também, perturbações significativas da imagem corporal, ausência de reconhecimento da gravidade do baixo peso e preocupações excessivas circunscritas a alimentação, o peso e a forma corporal.

A AN é especificada, segundo o DSM-5, em tipo restritivo e em tipo compulsão alimentar purgativa (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014). Trata-se do subtipo restritivo quando a perda de peso está diretamente associada à restrição dietética autoimposta por meio de dieta ou jejum progressivos e/ou a realização de extenuantes e

excessivos exercícios. Por outro lado, estabelece-se como critério do subtipo compulsão alimentar purgativa ter, no intervalo dos últimos três meses, apresentado episódios de compulsão alimentar ou feito uso de comportamentos purgativos, como autoindução de vômito, uso inapropriado de diuréticos, de laxantes ou de enemas (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014).

Destacam-se algumas características clínicas de indivíduos acometidos por AN, tais como: preocupação constante com os alimentos e calorias consumidas, comentários autodepreciativos sobre estar gordo apesar da perda significativa de peso, desenvolvimento de rituais alimentares centrados na evitação e na recusa progressiva da ingestão de alimentos, assim como, esquiva a refeições em famílias ou em eventos sociais que tenham alimentos, tendência ao isolamento social inclusive de amigos e familiares e dificuldades de concentração (HERZOG; EDDY, 2010).

Em relação às comorbidades psiquiátricas associadas à AN encontram-se, principalmente, os transtornos de ansiedade, o transtorno depressivo, o transtorno bipolar, os transtornos relacionados a substâncias e transtornos aditivos e, também, o transtorno da personalidade *borderline* (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014; CASSIN; VON RANSON, 2005; GAZZILLO et al., 2013; LEONIDAS; SANTOS, 2017; LEVALLIUS et al., 2015; MACIEL et al., 2011; PERES; SANTOS, 2011; SANSONE, SANSONE, 2010). Reconhece-se que a presença de transtornos associados pode influenciar o curso dos TAs e interferir no planejamento e evolução do tratamento (NASCIMENTO; LUZ; FONTENELLE, 2006; SANSONE, SANSONE, 2010).

Em relação às características psicológicas, indivíduos acometidos por AN manifestam, de modo geral, inferioridade, inadequação, rigidez, insegurança, inibição, controle excessivo de si mesmo e do ambiente, baixa autoestima, comportamentos autoagressivos, intolerância a afetos negativos, dificuldade em estabelecer vínculos afetivos, crenças negativas

sobre si mesmo, ruminação mental, hostilidade, irritabilidade e, também, estabelecimento de relações sociais superficiais (AMIANTO et al., 2011; HERZOG; EDDY, 2010; WILDES et al., 2011; VALDANHA-ORNELAS; SANTOS, 2016).

A personalidade se constitui predominantemente por traços obsessivos, ansiosos, introvertidos, perfeccionistas, emoções negativas e de esquiva ao dano e, por outro lado, o subtipo compulsão alimentar purgativa apresenta traços de impulsividade (CASSIN; VON RANSON, 2005; LEONIDAS; SANTOS, 2017; LEVALLIUS et al., 2015; MACIEL et al., 2011; PERES; SANTOS, 2011). Nota-se, ainda, acentuada ambivalência e instabilidade emocional vinculada aos relacionamentos interpessoais íntimos, sentimentos de fracasso, pensamentos inflexíveis, expressão emocional empobrecida, além de fragilidade egoica, falho reconhecimento das sensações corporais e dificuldade em identificar-se como um indivíduo independente e diferenciado (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014; HERZOG; EDDY, 2010; OLIVEIRA-CARDOSO; SANTOS, 2012).

Por sua vez, os critérios diagnósticos da BN consistem, em geral, na inter-relação entre episódios regulares de compulsão periódica, ou seja, ingestão descontrolada de grande quantidade de alimentos e comportamentos compensatórios inapropriados, como vômitos autoinduzidos, uso indevido de laxantes, inibidores de apetite e diuréticos, jejuns rigorosos e exercícios físicos extenuantes, a fim de evitar o ganho de peso (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014).

Esclarece-se que os indivíduos diagnosticados com BN encontram-se dentro do limiar de peso saudável, contudo apresentam frequentes e marcantes oscilações de peso. Os episódios de compulsão alimentar referem-se à ingestão ávida e impulsiva de alimentos geralmente hipercalóricos, que não visam, unicamente, a saciedade da fome exagerada, mas também o apaziguamento de estados emocionais confusionais e angustiantes (GALVÃO; CLAUDINO; BORGES, 2006). Essa avidez, no entanto, não diz respeito somente aos

alimentos em si, mas a uma gama de objetos e atividades, que incluem outros diversos domínios, tais como o afeto, a sexualidade, as compras, os jogos, os relacionamentos interpessoais e o uso de substâncias psicoativas (BRUSSET, 2003; DERONZIER, 2010; HERGOZ, EDDY, 2010).

Os indivíduos acometidos por BN manifestam maior consciência dos seus sentimentos e do caráter patológico de seu comportamento associado à alimentação (HERGOZ, EDDY, 2010; FERNANDES, 2012). Entre outras características clínicas, evidenciam-se padrões de fome e saciedade alterados, sendo esta deficiente, uso compensatório de dietas e jejum como forma de adaptação externa e tentativa de controle interno, sensações de incompetência para lidar com os objetos de compulsão, distinção entre alimentos seguros e não seguros (ALVARENGA; DUNKER, 2004).

Para a BN, a comorbidade psiquiátrica não se restringe a um subgrupo específico, mas apresenta maior frequência para o transtorno depressivo, o transtorno bipolar, os transtornos de ansiedade e, também, o *transtorno da personalidade borderline* e os transtornos relacionados a substâncias e transtornos aditivos (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014; HERGOZ, EDDY, 2010; ROSA, SANTOS, 2011).

No tocante aos aspectos psicológicos, pessoas com BN apresentam insatisfação acentuada com o peso e a forma corporal, confusão de identidade, instabilidade emocional, autoestima rebaixada ou flutuante, culpabilidade e vergonha (HERZOG; EDDY, 2010). Sensações de perda de controle e de dependência aos episódios bulímicos são relatadas com grande frequência pelos pacientes, revelando intenso descontrole emocional, pensamentos e emoções desadaptativas, incapacidade de controle dos impulsos e, ainda, processos de despersonalização indicativos de fenômenos dissociativos (GALVÃO; CLAUDINO; BORGES, 2006, LEONIDAS; SANTOS, 2017). A personalidade de pacientes com diagnóstico

de BN abarca, de modo geral, traços impulsivos, perfeccionistas e de extroversão (BROWN; HAEDT-MATT; KEEL, 2011; DEL PINO-GUTIÉRREZ et al. 2017; MACIEL et al., 2011).

Segundo os critérios do DSM-5, o transtorno alimentar restritivo/evitativo (TARE) substituiu e ampliou o diagnóstico de transtorno da alimentação da primeira infância. Por esta razão, torna-se importante a compreensão do seu funcionamento e diagnóstico clínico.

Os indivíduos diagnosticados com TARE apresentam perturbações no comportamento alimentar que levam à deficiência nutricional ou energética significativa associada à ausência aparente de interesse na alimentação, bem como, a evitação de alimentos, sendo a ingestão seletiva ou restritiva baseada em suas características sensoriais, como exemplo, a aparência, a cor, o odor, a textura, a temperatura ou o paladar. Estabelece-se que estes sejam combinados a um dos seguintes aspectos: significativa perda de peso ou dificuldade em alcançar o peso esperado, dependência de alimentação enteral ou suplementos nutricionais orais e prejuízos no funcionamento psicossocial (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014). Além disso, o TARE não pode ser diagnosticado quando há indisponibilidade de alimento ou quando a evitação da ingestão de alimentos estiver associada à existência de alguma prática cultural ou religiosa específica. Esclarece-se que os indivíduos diagnosticados com TARE apresentam, principalmente, uma aparente falta de interesse em alimentos ou em se alimentar e não se engajam intencionalmente em métodos para a perda de peso (NORRIS et al., 2014).

A evitação e a restrição alimentar associadas à deficitária ingestão ou a ausência de interesse em se alimentar tendem a se manifestar de forma mais frequente em crianças e a se desenvolver durante os primeiros cinco anos de vida. Entende-se, ainda, a possibilidade da existência de um intervalo entre a manifestação inicial e a apresentação clínica, cujos principais fatores desencadeadores são as dificuldades emocionais, sociais e físicas (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014).

As características clínicas do TARE podem incluir atrasos no desenvolvimento físico e na aprendizagem, irritabilidade, apatia e retraimento devido à inadequada ingestão nutricional (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014). Ainda de acordo com o DSM-5, a esquiva ou a restrição alimentar pode concorrer para a manifestação de dificuldades em ser consolado durante a amamentação e a redução da responsividade do bebê à alimentação, assim como, concorrer para o desenvolvimento posterior de dificuldades e problemáticas alimentares. Além disso, prevê a existência de fatores de risco associados, tais como a presença de psicopatologia parental, negligência ou abuso infantil, existência de ambiente familiar ansioso ou com histórico prévio de TAs. Já, em relação às comorbidades psiquiátricas mais frequentes, destacam-se os transtornos de ansiedade, o transtorno obsessivo-compulsivo e os transtornos do neurodesenvolvimento.

Os TAs devem necessariamente ser compreendidos a partir de um modelo etiológico multifatorial constituído pela inter-relação complexa de diversos fatores que podem atuar como predisponentes, precipitantes e mantenedores da psicopatologia (CÓRDAS; SALZANO; RIOS, 2004; GALVÃO; CLAUDINO; BORGES, 2006; HERGOZ; EDDY, 2010; MORGAN; CLAUDINO, 2005; MORGAN; VECCHIATTI; NEGRÃO, 2002).

Esclarece-se que os fatores predisponentes correspondem àqueles que se encontram presentes anteriormente ao aparecimento do transtorno e tornam a pessoa mais suscetível e vulnerável ao aparecimento deste, se destacam os fatores genéticos, individuais, socioculturais e familiares. Já os fatores precipitantes são àqueles que precipitam o aparecimento dos sintomas, configurando-se como verdadeiros gatilhos que marcam o início da ocorrência do transtorno, em especial, encontram-se a dieta, a insatisfação com o corpo e peso, bem como a ocorrência de eventos estressores ou traumáticos, tais como: as separações e perdas, a ocorrência da puberdade, a negligência emocional, o abuso sexual e, também, alterações na dinâmica familiar. E, por fim, os fatores mantenedores dizem respeito àqueles que perpetuam

o transtorno, como por exemplo: fatores fisiológicos, individuais, familiares e socioculturais (MORGAN; VECCHIATTI; NEGRÃO, 2002).

A literatura científica acerca da problemática dos TAs legitima, portanto, a existência complexa e combinada de fatores individuais, biológicos e genéticos associados à dinâmica das relações familiares e aos fenômenos culturais que podem interatuar para a predisposição, a precipitação e a manutenção do transtorno, assim como para a evolução do curso e resposta ao tratamento (GALVÃO; PINHEIRO; SOMENZI, 2006; HERZOG; EDDY, 2010; MORGAN; VECCHIATTI; NEGRÃO, 2002; BRADLEY; PAUZÉE, 2009; CANETTI et al., 2008). Encontra-se, na Tabela 2, a caracterização dos principais fatores concorrentes para a etiologia dos TAs.

Tabela 2. Caracterização dos principais fatores etiológicos dos transtornos alimentares

Fatores etiológicos dos TAs	Caracterização dos fatores	Autores/Ano
Biológicos e Fisiológicos	Participação de neurotransmissores ligados ao comportamento alimentar e alterações nos neuropeptídeos; Restrição dietética responsável pelo desencadeamento de episódios de compulsão alimentar periódica e sua interferência no metabolismo; Alterações no sistema neuroendócrino	BAILER; KAYE (2003) BARANOWSKA; KOCHANOWSKI (2018) CAMBRAIA (2004) GONZÁLEZ (2019) MONTELEONE et al. (2018) MÜLLER et al. (2009) SÖDERSTEN; BERGH; ZANDIAN (2006)
Genéticos	Padrões de herança e predisposição genética que resultam na interação de múltiplos genes com o meio ambiente	FAIRWEATHER-SCHMIDT; WADE (2017) MCDONALD (2019) MITCHISON; HAY (2014) PALMEIRA et al. (2019) WATSON et al. (2019)

Fatores etiológicos dos TAs	Caracterização dos fatores	Autores/Ano
Individuais	Traços de personalidade Autoestima rebaixada; Instabilidade emocional; Insatisfação e distorção da imagem corporal; História de transtornos psiquiátricos; Tendência à obesidade infantil	BROWN; HOCHMAN; MICALI (2019) DUFRESNE et al. (2020) LEONIDAS; SANTOS (2012) MALLORQUÍ-BAGUÉ et al. (2020) MEIER et al. (2019) OLIVEIRA-CARDOSO; SANTOS (2012) PEARSON et al., (2017) ROSA; SANTOS (2011) WILLIAMS et al., (2017)
Socioculturais	Ideal cultural de magreza; Influência midiática Pressão do convívio social	ANTHONY; YAGER (2010) GEORGE; FRANKO (2010) JAVIER; BELGRAVE (2019) LIMA; ROSA; ROSA (2012) OLIVEIRA; HUTZ (2010) REYES-RODRÍGUEZ et al. (2016) SIMON (2007) STICE et al. (2017)
Familiares	Agregação familiar; Histórico familiar de TAs; Hábitos alimentares familiares; Padrões de interação familiar; Dificuldades de diferenciação entre os familiares; Rigidez; Intrusividade; Evitação de conflitos; Falta ou excesso de cuidados e afeto; Funcionamento geral da família; Expressão de emoções; Resolução de tarefas de desenvolvimento	ALBINHAC; JEAN; BOUVARD (2019) BALOTTIN et al. (2017) BRADLEY; PAUZÉ (2009) CERNIGLIA et al. (2017) DIDERICKSEN et al. (2018) DERONZIER (2010) GALE; CLUETT; LAVER-BRADBURY (2013) LEONIDAS; SANTOS (2017) LEV-ARI, L.; ZOHAR (2013) MICALI et al. (2011) MONTELEONE. et al. (2019) MOURA; SANTOS; RIBEIRO (2015) SACHS-ERICSSON et al. (2012) SIQUEIRA; DOS SANTOS; LEONIDAS (2020) SOUZA; SANTOS (2006) VALDANHA et al. (2013) VALDANHA-ORNELAS; SANTOS (2017)

Fatores etiológicos dos TAs	Caracterização dos fatores	Autores/Ano
Eventos estressores	Experiências interpessoais traumáticas; Abuso sexual; Separações e perdas; Alterações na dinâmica familiar; Negligência emocional; Comentários depreciativos na infância	AFIFI et al. (2017) BRUSTENGHI et al. (2019) FISCHER; STOJEK; HARTZELL (2010) GALVÃO; PINHEIRO; SOMENZI, (2006) NARVAZ; OLIVEIRA (2009) PIGNATELLI et al. (2016) QUILLIOT et al. (2019) RAI et al. (2019)

Fonte: Elaborada pela própria autora

Compreende-se, deste modo, que os TAs expressam-se por meio de tramas singulares, tendo como pano de fundo um cenário que admite uma magnitude individual, familiar, social e genética, cuja complexidade constitui um desafio para a saúde pública e se desdobra sobre o campo investigativo, preventivo e terapêutico, tornando-se necessária a articulação de abordagens multidisciplinares para abarcar todas as dimensões envolvidas (BECK; MAILLOCHON; RICHARD, 2013; FERRERO, 2009; OLIVEIRA-CARDOSO; SANTOS, 2012).

Observa-se que, ao final do século XX, temas relacionados aos TAs ganharam notoriedade, tanto no meio científico quanto no contexto midiático. Embora essa problemática tenha sido relatada desde séculos passados, adquiriu visibilidade e crescente interesse devido a percepção da gravidade, a precocidade de manifestação e da elevada incidência desses quadros clínicos, razão que a torna uma preocupação atual.

1.2 Os transtornos alimentares e as relações de cuidado

Supõem-se que determinados aspectos e características nucleares da dinâmica e organização familiar em interação com os fatores individuais contribuem para a facilitação da precipitação e manutenção dos TAs. Entretanto, esclarece-se que, por se tratar de uma psicopatologia complexa que em sua gênese comporta múltiplos aspectos indissociáveis, a presença isolada das características familiares e de vulnerabilidade psicológica não são exclusivamente suficientes para o desencadeamento dos TAs, tornando-se necessária a confluência de outros fatores de risco (SCHOMER, 2003).

Em razão da complexidade da natureza de sua etiopatogenia, forçar-se-á, neste estudo, na investigação de aspectos do funcionamento dinâmico familiar, centrados especificamente na esfera dos cuidados parentais. A intenção dos estudos que investigam a dinâmica intrafamiliar como elemento que pode atuar como precipitante e mantenedor dos TAs, se estrutura em uma proposta interventiva e profilática, na medida em que a família é considerada importante para a prevenção, assistência e tratamento desses quadros (JEANNOT, 2007; LEONIDAS; SANTOS, 2015; SIQUEIRA; DOS SANTOS; LEONIDAS, 2020).

Nesse sentido, a proposta deste estudo, distancia-se de uma concepção culpabilizadora atribuída à família. E, sobretudo, preocupa-se com a manifestação de sofrimento que, em geral, é apresentada pelos membros da família há algum deles é acometido por transtorno alimentar. Estudos desta natureza encontram sua relevância, na medida em que possam oferecer subsídios para a criação de intervenções psicológicas voltadas para o paciente e seus familiares.

Pressupõem-se que as características e a dinâmica das relações familiares são identificadas como parte dos múltiplos fatores etiopatogênicos que concorrem para a etiologia dos TAs (ALLEN et al, 2014; BEHAR; ARANCIBIA, 2014; CASTAÑEDA ET al, 2018;

FUJIMORI ET al., 2011; HERRAIZ-SERRRANO et al., 2015; LE; BARENDREGT; HAY; MIHALOPOULOS, 2017).

Os estudos relativos a influência familiar na sintomatologia dos TAs indicam padrões de perturbações no desenvolvimento e relacionamento intrafamiliar que compreendem, entre outros aspectos: o funcionamento familiar geral (BENNINGHOVEN et al., 2007; VALDANHA et al., 2013), as relações entre os membros da família (COOLEY et al., 2007; DALLOS; DENFORD, 2008; LEONIDAS; SANTOS, 2015b), os cuidados fornecidos pela família (BALOTTIN et al., 2017a; CANETTI et al., 2008; DERONZIER, 2010; POLE et al., 1988; MORGAN; VECCHIATTI; NEGRÃO, 2002; MOURA, 2007; VALDANHA, SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2013), a coesão familiar (DELANNES et al., 2005; LEONIDAS; SANTOS, 2017), a gestão e a resolução de conflitos (BOTTA; DUMLAO, 2002; BRADLEY; PAUZÉ, 2009; LEONIDAS; SANTOS, 2015a) e a expressão de emoções (FERNANDES, 2012).

Jeannot (2007) afirma que o predomínio de estudos relativos aos transtornos alimentares centralizados no âmbito das relações interpessoais primárias, justifica-se, principalmente, devido a três aspectos: a magnitude presente nas relações de vínculo e dependência mútua entre mãe e filha(o); a importância da relação entre a alimentação e o exercício das funções maternas e, por fim, a precocidade das interações da díade na construção da personalidade do sujeito.

Para a psicologia do desenvolvimento humano, as relações vinculares entre pais-bebê se constituem como experiências primárias e ordenadoras do processo de constituição psíquica do lactente que, passando impreterivelmente pela função alimentar, solicitam as figuras parentais para o exercício de investimento e cuidado essencial. Assim, o alimento está, desde o nascimento, relacionado aos cuidados parentais e aos vínculos primários (CINTRA; FISBERG, 2004; COBELO, 2004; FERNANDES, 2012, FRANÇA, 2010; MIRANDA, 2010;

RAMOS et al., 2018; RIBEIRO, 2016; SCHOMER, 2003). Logo, compreende-se que as condutas em relação à comida são representativas das atitudes relacionadas às figuras parentais no exercício dos cuidados essenciais durante a infância.

No tocante aos TAs, Deronzier (2015; 2018) afirma que as manifestações sintomatológicas de pacientes diagnosticados por este transtorno são decorrentes das relações intersubjetivas iniciais subjacentes às experiências de alimentação e de cuidado. A autora propõe o termo “relacionamento alimentar” ao discutir as vicissitudes das relações inter-humanas iniciais e o exercício das funções de cuidado materna e paterna. Sob este aspecto Jeannot (2007) caracteriza que a natureza e a dimensão das interações primárias intersubjetivas que perpassam a realização dos cuidados familiares dispensados na infância à pacientes com TAs são disfuncionais e, estas por sua vez, acabam por incidir sobre a frágil constituição do indivíduo, levando-os à vulnerabilidade e desamparo psíquico.

No âmbito dos transtornos alimentares, a vasta literatura científica disponível na área fornece dados expressivos que indicam que as relações familiares exercem repercussões sobre a manifestação sintomatológica dos TAs. Apesar das evidências substanciais sobre as interações entre a relação familiar e os TAs, são escassos os estudos que se centram especificamente na investigação e na descrição dos cuidados realizados à estes pacientes na infância ou na adolescência. Deste modo, na medida em que a realização dos cuidados parentais aos filhos encontra-se no cerne das relações familiares e, estas por sua vez, são consideradas como fatores que podem predispor e manter a sintomatologia dos TAs, torna-se relevante conhecer a forma que foram realizados os cuidados pelos pais aos pacientes com TAs na infância e na adolescência.

Embora, as relações intersubjetivas familiares desses pacientes sejam notadamente investigadas, nota-se que o foco dos estudos se centra, de modo geral, sobre as interações mãe-

filha e ainda são escassos os estudos que contemplam a figura paterna na dinâmica familiar desses pacientes.

Com base nos estudos recentes, reconhece-se o caráter de interferência mútua entre os membros familiares - mãe-pai-filho(a) – e a necessidade de inclusão do pai nas investigações (CHRISTOPHER et al, 2013; ELLIOTT, 2010; FIELDING-SINGH, 2017; HOOPER; DALLOS, 2012; HORESH et al., 2015; JONES; LEUNG; HARRIS, 2006; SANTOS; COSTA-DALPINO, 2019). Admite-se, assim, que o pai ocupa um lugar nas relações familiares e exerce funções específicas e importantes de cuidado, inclusive em famílias em que há indivíduo com TAs.

Em estudo realizado, Lane (2002) identificou que famílias de indivíduos acometidos por TAs possuem características análogas de disfuncionalidade, visto que as mães se revelam como demasiadamente invasivas e controladoras e os pais como pouco participativos ou ausentes. Verifica-se que essas famílias apresentam, em geral, uma dinâmica inter-relacional disfuncional e são descritas pelos próprios pacientes como mal organizadas e perturbadas, em que predominam relações frágeis e pouco afetivas, além de comunicações empobrecidas, baixa resolução de conflitos e *déficit* afetivo nos cuidados e superproteção (GALVÃO; PINHEIRO; SOMENZI, 2006; HUSSER, 2015; SOUZA; SANTOS, 2006).

Os estudos sugerem que pacientes diagnosticados com anorexia nervosa possuem um padrão de cuidado familiar excessivo e controlador que podem levá-los a uma condição de dependência física e emocional em relação aos pais, em especial, das mães, já que são estas que, geralmente, realizam os cuidados básicos primários. Essa dificuldade de separação-individuação contribui, por sua vez, para a estruturação precária e frágil de uma identidade pessoal e para a indeterminação dos limites corpóreos, sendo estes fatores nodais que podem o predispor à manifestação dessa psicopatologia (BALOTTIN et al., 2017b; BRUCH, 1978; JEANNOT, 2007; LAWRENCE, 2002).

Bidaud (1998) afirma que nos quadros das perturbações do comportamento alimentar, em especial, na anorexia nervosa, a relação de cuidado mãe-bebê é marcada pelo excesso de cuidados que muitas vezes se prolongam até a adolescência. Por sua vez, Minuchin, Rosma e Baker (1978) identificaram características comuns, em famílias com pacientes com TAs, associadas a padrões familiares disfuncionais e relações de cuidado centradas no excesso, denominando estas de “famílias anorexigênicas”.

Não obstante, a modalidade de cuidado familiar predominante de pacientes com bulimia nervosa corresponde a superproteção paterna e padrão de cuidado materno insuficiente e pouco afetivo (JONES; LEUNG; HARRIS, 2006; MEYER; GILLINGS, 2004; POLE et al., 1988). Em estudo realizado, Horesh et al. (2015) identificaram dois perfis acerca do tipo de relacionamento entre pais e filhas com TA, a saber: atencioso e benevolente e, também, o superprotetor e evitativo. Os autores afirmam o perfil relacional caracterizado como superprotetor e evitativo pode concorrer para maior gravidade do TA, pois as pacientes passam a apresentar maior restrição alimentar e preocupação com a comida, além de preocupações intensificadas com o corpo e forma corporal e níveis mais elevados de depressão.

Devido as perturbações e as disfuncionais nas relações de cuidado, outros autores corroboram que os TAs são expressões dramáticas da impossibilidade de constituição de um espaço psíquico particular e tentativas máximas pela busca de autonomia e diferenciação que, por conseguinte, abarcam alternativas de autoafirmação do nascimento do verdadeiro eu, assim como ataques à introjeção materna hostil e defesas contra o desejo do outro (ADAMI-LAUAND; MOURA; PESSA, 2016; CICCONE, 2018; MIRANDA, 2010; SQUIRES; PRESME, 2018).

Nota-se, nas pacientes diagnosticadas com TAs, a dificuldade de diferenciação e individuação em relação ao seu cuidador principal, em geral, a mãe. A relação simbiótica própria dos estágios iniciais da vida do bebê é mantida nesses casos, resultando na ausência de

limites na relação dual e na impossibilidade de criação de um espaço de simbolização e de diferenciação entre o eu e o outro (FERNANDES, 2016; FRANÇA, 2010; GASPAR, 2010; REFOSCO; MACEDO, 2010; SCHOMER, 2003).

Gonçalves (2009) investigou as dinâmicas familiares de mulheres com TAs por meio dos registros encontrados nas comunidades virtuais pró-anorexia e pró-bulimia e identificou que as mães apresentam dificuldades na realização da maternagem em razão da identificação com seus bebês. Por sua vez, Santos (2006) realizou estudo de revisão da literatura acerca da influência das relações familiares sobre o TA e evidenciou que falhas na comunicação entre os membros da família, a rigidez dos padrões familiares e a realização de cuidados desprovidos de afeto podem favorecer a precipitação e a manutenção do TA.

Verifica-se expressivo destaque da literatura científica nacional com foco nos TAs e as relações familiares. Em especial, grande parcela destes estudos é realizada pelo grupo de pesquisadores do GRATA¹. Nesse sentido, destacam-se, a seguir, alguns estudos que apresentam particularidade com a proposta deste trabalho.

Valdanha, Scorsolini-Comin e Santos (2013) discorreram sobre a transmissão de conteúdos psíquicos na sucessão intergeracional de pacientes com TAs e verificaram a ocorrência de dificuldades nos relacionamentos intrafamiliares, além de precariedade e de instabilidade no provimento afetivo nas relações de cuidado. No tocante a veiculação psíquica dos cuidados em três gerações de uma família de um paciente do sexo masculino acometidos por AN, Valdanha-Ornelas e Santos (2017) verificaram a existência de figuras femininas dominantes e a presença de cuidados insuficientes e concretos centrados nas atividades domésticas.

¹ O GRATA (Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares) se trata de um serviço organizado por uma equipe multidisciplinar de saúde inserida na Clínica de Nutrologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP-USP) e tem por objetivo oferecer tratamento a pessoas com TAs e assistência aos familiares.

Leonidas e Santos (2015a) analisaram os padrões transacionais em famílias de mulheres acometidas por TA, por meio da utilização do Genograma e evidenciaram que características de distanciamento emocional entre os membros da família, assim como baixa capacidade de resolução de conflitos e fragilidade dos vínculos intrafamiliares. Leonidas (2016) investigou, a partir de estudo de casos múltiplos, o desenvolvimento da sexualidade e da feminilidade em mulheres com TAs e evidenciou a presença de uma relação fusional entre mãe e filha e de distanciamento com o pai, além de identificar a dificuldade dos pais, no âmbito da realização dos cuidados, em lidar com a feminilidade e sexualidade das filhas

Em estudos realizados, Moura (2007) e Moura, Santos e Ribeiro (2015) investigaram as experiências maternas acerca dos cuidados primários dispensados às adolescentes com TAs e os dados encontrados evidenciam dificuldades por parte das mães em ofertar continência física e emocional aos bebês, assim como, ausência de suporte ambiental favorável para a realização dos cuidados, presença de sentimentos de insuficiência e de impotência ao desempenhar os cuidados básicos e em atender as necessidades das filhas.

Leonidas e Santos (2015a) analisaram os padrões transacionais em famílias de mulheres acometidas por TA, por meio da utilização do Genograma e evidenciaram que características de distanciamento emocional entre os membros da família, assim como baixa capacidade de resolução de conflitos e fragilidade dos vínculos intrafamiliares. Leonidas (2016) investigou, a partir de estudo de casos múltiplos, o desenvolvimento da sexualidade e da feminilidade em mulheres com TAs e evidenciou a presença de uma relação fusional entre mãe e filha e de distanciamento com o pai, além de identificar a dificuldade dos pais, no âmbito da realização dos cuidados, em lidar com a feminilidade e sexualidade das filhas

Em estudos realizados, Moura (2007) e Moura, Santos e Ribeiro (2015) investigaram as experiências maternas acerca dos cuidados primários dispensados às adolescentes com TAs e os dados encontrados evidenciam dificuldades por parte das mães em

ofertar continência física e emocional aos bebês, assim como, ausência de suporte ambiental favorável para a realização dos cuidados, presença de sentimentos de insuficiência e de impotência ao desempenhar os cuidados básicos e em atender as necessidades das filhas.

A partir de revisão da literatura referente às relações familiares, Siqueira, Dos Santos e Leonidas (2020) verificaram a configuração de relações vinculares ambivalentes que perpassam cuidados excessivos e superprotetores, assim como rigidez, distanciamento emocional, dificuldades de comunicação e baixa responsividade afetiva dos pais em relação às filhas. Santos e Costa-Dalpino (2019) se dedicaram ao estudo da relação entre pai e filha diagnosticada com TA e evidenciaram baixo grau de envolvimento e participação dos pais na realização dos cuidados à filha, bem como distanciamento físico e emocional e tendência à esquiva.

Por sua vez, Corcos (2013) a partir de estudo teórico explorou as perturbações das inter-relações precoces e seus efeitos sobre o desenvolvimento de crianças e adolescentes com TAs. De acordo com o autor, os aspectos socioculturais e conteúdos transgeracionais vinculados às relações de cuidado exercem distorções no processo de desenvolvimento, posto que a mãe exerce a repetição de um domínio narcísico sobre o corpo da criança. Já, Jeannot (2007) realizou um estudo sobre a relação mãe-filha no contexto de transtornos alimentares na adolescência e identificou a percepção negativa da filha com TA acerca da relação com a mãe, assim como a existência de experiências de privação materna e de violência no tocante à alimentação forçada.

Com base na literatura científica nacional e internacional, supõe-se que as relações vinculares que se dão por meio do exercício dos cuidados podem interferir e dificultar o processo de desenvolvimento do indivíduo, bem como para a aquisição da individualidade, a constituição da imagem corporal e da identidade pessoal, associada aos fatores culturais e os aspectos individuais da personalidade que concorrem para a predisposição dos TAs (OLIVEIRA; SANTOS, 2006).

1.3 Os transtornos alimentares à luz da psicanálise

A psicanálise, em sua emergência, enfrentou desafios categóricos ao deparar-se com os enunciados corpóreos das histéricas. Em decorrência desse contexto clínico dominante no final do século XIX, o pensamento freudiano floresceu e se desenvolveu, possibilitando a oferta de contribuições inovadoras ao campo da subjetividade.

A concepção psicanalítica passou a preconizar a indivisibilidade entre o sujeito e o seu corpo e a reconhecer o sujeito como encarnado, ou seja, admite-se que “a subjetividade sofre tem um corpo e que é justamente neste que a dor literalmente se enraíza” (BIRMAN, 2007, p. 21). Entretanto, no decorrer de sua trajetória evolutiva, a comunidade psicanalítica pós-freudiana distanciou-se dessas concepções e passou a privilegiar, essencialmente, o campo das representações e da linguagem como via de acesso e de intervenção na esfera analítica, o que acabou por acentuar o dualismo entre o corpo e o psiquismo, negligenciando as manifestações humanas que não se encontram circunscritas ao discurso. Todavia, perante a insurgência de demandas clínicas delineadas pela manifestação do sofrimento e do adoecimento psíquico nos registros corpóreos, a psicanálise se viu compelida a iniciar um processo de reelaboração e de ampliação de seu escopo clínico e teórico (GASPAR, 2010).

O modelo psicodinâmico psicanalítico pressupõe, de modo geral, que a natureza sintomatológica dos TAs denuncia conflitos e significações decorrentes das etapas precoces do desenvolvimento emocional do indivíduo que engajam necessariamente as relações primárias e os cuidados parentais (ADAMI-LAUAND; MOURA; PESSA, 2016; CORCOS; DUPONT, 2007; FERNANDES, 2016; GUILBAUD, 2012; MOURA; SANTOS; RIBEIRO, 2015; VIBERT, 2015).

De acordo com a psicanálise, as perturbações psicopatológicas das condutas alimentares correspondem às manifestações defensivas de ordem psicossomática decorrentes de conflitos emocionais e de vivências traumáticas associadas às relações intersubjetivas e as

falhas nos cuidados essenciais que ocorrem, principalmente, nos primórdios do processo de desenvolvimento emocional do bebê (ACHIM, 2012; ADAMI-LAUAND; MOURA; PESSA, 2016; CASCALES, 2015). Segundo este referencial teórico, os transtornos graves da alimentação podem se originar em um período muito precoce da constituição do ser humano, tomando o corpo como lugar privilegiado de expressão do mal-estar subjetivo (GASPAR, 2010; MIRANDA, 2010; SQUIRES; PRESME, 2018).

A perspectiva psicanalítica é categórica ao afirmar que a problemática dos TAs não se remete à alimentação em sua “materialidade concreta”. Mas, sobretudo às diversas significações e dimensões fantasmáticas que a alimentação e a sintomatologia mobilizam no funcionamento psíquico desses pacientes, visto que estas comportam fundamentalmente o corpo e o outro (FERNANDES, 2012).

Goulart (2003) enfatiza que os primeiros trabalhos psicanalíticos sobre a problemática das condutas alimentares, especificamente sobre a AN, centravam-se na importância da oralidade, o que destaca a importância dos sentidos simbólicos para a compreensão da psicodinâmica envolvida nessa psicopatologia. E que, posteriormente, a partir da década de 1960, ocorreu uma alteração no enfoque compreensivo, de modo que a ênfase da fase oral e dos conflitos intrapsíquicos passou a recair sobre a abordagem das relações objetais, ressaltando-se as dimensões relacionais entre mãe e filha.

No campo da investigação das condutas alimentares, Bruch (1973, 1978) destaca-se como precursora ao contribuir de forma significativa para a compreensão dos aspectos psicodinâmicos da AN sob a luz das relações precoces entre mãe e criança – e, portanto, dos cuidados maternos. De acordo com a psicanalista, o desenvolvimento deficitário das pacientes anoréxicas reside na ineficiência e inadequação das respostas interpretativas da mãe ante os sinais indicativos provenientes das necessidades básicas do bebê, que a levam a um padrão de cuidado pautado na imposição dos seus conceitos e desejos sobre as necessidades e os impulsos

da criança, não permitindo a sua diferenciação e autonomia. Deste modo, a mãe teria dificuldades e inconstância em responder de forma satisfatória às necessidades essenciais do lactente, conduzindo-o a um reconhecimento falho de seus estados internos, a distorções perceptuais em sua imagem corporal e a dificuldades em estabelecer a constituição das fronteiras egoicas. A autora enfatiza, ainda, a presença constante nas anoréxicas de uma sensação de ameaça de destruição e de aprisionamento relativa à figura materna, sendo o ato de não comer interpretado como uma via de controle do próprio corpo e de oposição e rompimento com a figura intrusiva da mãe.

Entende-se que a dimensão intensa e excessiva do vínculo e dos cuidados pode se transformar em uma modalidade de violência psíquica que expõe o indivíduo às angústias de invasão, levando-o a mobilizar defesas contra um estado iminente de desorganização e fragmentação do eu. Assim, perante a dificuldade de diferenciação da figura materna, que ameaça a constituição da integração do eu, estratégias psicopatológicas são mobilizadas para garantir a sobrevivência psíquica (FERNANDES, 2012). Ainda de acordo com a autora, a investigação dos transtornos da conduta alimentar não deve se restringir a uma abordagem centrada na objetividade, porém deve incluir, impreterivelmente, abordagens científicas que privilegiem a especificidade da subjetividade como próprio objeto de estudo. Logo, admite-se que a produção de conhecimento no campo das ciências humanas constitui-se como um fenômeno complexo, na medida em que o objeto do conhecimento científico caracteriza-se pelo próprio ser humano, imerso na rede de suas relações interpessoais.

Sob a ótica da psicanálise, os TAs são compreendidos, de modo geral, como manifestações somáticas responsivas a situações conflitivas que substituem a elaboração psíquica, a partir das quais se desencadeiam processos regressivos ligados às relações objetais e investimentos libidinais primitivos e a construção das fronteiras egoicas. De acordo com Miranda (2010) e Gaspar (2010), as perturbações psicopatológicas das condutas alimentares

correspondem a manifestações sintomáticas orais frente a intensos conflitos, associadas à presença de angústias arcaicas vivenciadas nos estágios iniciais da constituição do ser humano, que devido a precariedade dos mecanismos simbólicos em elaborá-las, torna o corpo como lugar privilegiado de expressão do mal-estar subjetivo.

Não obstante, Uchitel (2006) afirma que determinadas manifestações sintomáticas não se constituem à guisa de conflitos intrapsíquicos. Entretanto, seguem a lógica do trauma, ou seja, são respostas defensivas de ordem psicossomática frente a experiências emocionais tantalizadoras de falhas de excessos, invasões e perdas que ultrapassam a capacidade de suportabilidade egoica do indivíduo, sendo, assim, o próprio sintoma a colocação em ato do trauma. Perante o trauma ou a incidência de multitraumatismos, o aparelho psíquico pode se tornar incapaz de reconhecer e transpor estas vivências, levando à imobilização de recursos simbólicos e, por sua vez, a impossibilidade do psiquismo em organizá-las pela via da representação e da associação. Estas modalidades sintomáticas se presentificam quando a experiência traumática excede a capacidade do psiquismo em fazer uso de estratégias simbólicas e, assim, a dor e o sofrimento decorrentes não podem ser inclusos num repertório de representações significativas, pondo em curso uma lógica que resulta na ameaça de dissociação do eu e incide no processo de constituição e de integração do eu, na aquisição de um senso de identidade pessoal e na mobilização de angústias de invasão, abandono, de perda e separação do objeto.

Uchitel (2006) esclarece, ainda, que a sintomatologia traz em seu bojo vestígios não elaborados referentes à problemática dos processos constitutivos iniciais do indivíduo. Posto que segundo a autora, os graves traumatismos são decorrentes das incisivas e excessivas falhas no cuidado ofertado, durante a primeira infância, pelo cuidador principal.

Tendo como foco, nesse estudo, a inter-relação entre os aspectos individuais e familiares que atuam como fatores precipitantes e mantenedores do quadro, compreende-se que

as vivências traumáticas de indivíduos acometidos por TAs encontram-se vinculadas às vicissitudes das relações primárias de cuidado entre o conjunto mãe-ambiente e o bebê, sendo estas primordiais para a facilitação dos processos de constituição de um si mesmo integrado, do alcance de um sentido de existência e da integração psicossomática inicial.

Alinhada à lógica do trauma descrita por Uchitel (2006), hipotetiza-se que essas vivências traumáticas primitivas correspondem, mais especificamente, à incidência reiterada e persistente de intensas e excessivas falhas ambientais circunscritas ao exercício e a qualidade dos cuidados parentais que resultam em variados graus de adiamentos, distorções ou regressões nos estágios iniciais do desenvolvimento do bebê que, por sua vez, podem ocasionar perturbações no campo psicossomático-alimentar e, conseqüentemente, certa vulnerabilidade psíquica, configurando, assim, possíveis fatores basais que podem predispor o indivíduo à futura precipitação do TA.

Em relação às características psicológicas de mães de filhas diagnosticadas com AN, Campos (2012) investigou o significado emocional da experiência da maternidade para as progenitoras. Os dados indicam, por meio do relato das mães, a presença de dificuldades em lidar com os próprios sentimentos, assim como, em oferecer os cuidados essenciais de sustentação físico-emocional às suas filhas. A pesquisadora propõe que os sintomas da AN são representativos da busca pela individuação e rompimento com a figura materna. Entretanto, essas tentativas são sentidas pelas mães como supostos ataques e oposição aos seus cuidados dispensados, levando-as a recrudescerem os cuidados em padrões de severa rigidez e controle, a fim de manter as filhas fusionadas a elas e adaptadas ao controle imposto.

Infere-se, com base nos estudos na área, que as figuras maternas ao reconhecerem as próprias dificuldades em compreender as reais necessidades de suas filhas, tentam compensar as falhas qualitativas com antecipações exageradas pautadas em modalidades quantitativas de cuidados e alimentação (CAMPOS, 2012; FERNANDES, 2012; LAWRENCE, 2002;

SANTANA; HOPPE, 2013). Assim, as possíveis falhas e descontinuidades no processo de cuidados parentais relacionados à alimentação e ao investimento afetivo implicam uma dimensão de dominação e apropriação do espaço interno do bebê, de modo que podem originar possíveis condições para o surgimento de perturbações na percepção das sensações corporais, como também dificuldades na percepção do mundo interno e das necessidades afetivas e, ainda, distorções na imagem corporal, sendo estas perturbações características dos pacientes com TAs (BRUCH, 1978; GASPAR, 2010; MIRANDA, 2010).

Com base em uma perspectiva psicopatológica relacional implícita no pensamento psicanalítico winnicottiano que busca compreender a cura, o sofrimento e o adoecimento psíquico como fenômenos que ocorrem em um campo vincular, julga-se importante direcionar o estudo dos TAs para o contexto concreto de vida e das condições ambientais atuais para que, assim, se possa pensar em propostas preventivas e terapêuticas para esses casos. Dessa maneira, a compreensão quanto às manifestações destes transtornos que constituem parcela significativa da demanda contemporânea pode e deve ser buscada no âmbito das relações vinculares iniciais, na medida em que as macrotransformações contemporâneas desdobram-se sobre os modos de relações inter-humanas, especialmente, nas relações iniciais mãe-bebê, que são fundamentais para a constituição psíquica do sujeito.

É possível encontrar, no interior da obra winnicottiana, a presença difusa de referências e contribuições acerca da problemática dos transtornos da conduta alimentar. A construção do pensamento de Winnicott se dá de forma inovadora, ao discutir essas questões a partir de sua teoria do amadurecimento pessoal. Embora não tenha construído um conjunto teórico acabado a esse respeito, esse autor propiciou elementos embrionários que requerem maior compreensão e aprofundamento (MELLO FILHO, 2011). De acordo com Winnicott (1936/2000), a literatura científica admite a manifestação recorrente das desordens do apetite

no campo dos transtornos psiquiátricos. Porém, alerta que o reconhecimento e a compreensão do ato de comer e de suas distorções e vicissitudes ainda não se deram de forma satisfatória.

Com base na teoria do desenvolvimento pessoal, Winnicott fornece pressupostos significativos que podem ser aplicados ao campo dos TAs relativos à natureza, a etiologia e a sintomatologia desses quadros. Tendo em vista a atualidade do tema e o reconhecimento de sua complexidade, as contribuições psicanalíticas winnicottianas despontam como concepções capazes de fomentar abordagens inovadoras que podem nutrir a necessidade de novos estudos científicos, no intuito de abrir um leque de novas dimensões compreensivas. Com esses aportes, é possível aprofundar e desenvolver reflexões teórico-clínicas sobre a problemática dos TAs, buscando com esse conhecimento alicerçar a criação de propostas clínicas, tanto psicoterapêuticas como psicoprofiláticas.

A partir do atendimento de um caso de AN, no qual a paciente fazia uso intenso de mecanismos dissociativos, Winnicott (1966a/1994) propõe o conceito de “*verdadeiro distúrbio psicossomático*” e estabelece uma diferenciação entre este e o problema clínico comum em que doenças orgânicas ou sintomas físicos envolvem, exclusivamente, aspectos emocionais subjacentes. Nesse sentido, segundo o psicanalista, a enfermidade psicossomática constitui-se, exclusivamente, pela persistência de uma cisão na organização do ego ou de dissociações múltiplas que correspondem a uma complexa organização defensiva que irrompe no contexto do processo de amadurecimento emocional do indivíduo.

Para Winnicott (1966a/1994), a origem dessas defesas, que caracterizam o distúrbio psicossomático verdadeiro, decorre de constantes falhas ambientais relativas à provisão ambiental insatisfatória ou adversa em um período precoce do desenvolvimento em que os processos de constituição psíquica ainda não estão firmemente estabelecidos. Pode, também, decorrer das dificuldades encontradas durante o processo de diferenciação do *eu sou* do *não-eu*, concernente à conquista da integração em uma unidade existencial. Compreende-se,

portanto, que o conceito de “verdadeiro distúrbio psicossomático”, designado por Winnicott, corresponde a distorções e adiamentos que incidem sobre os processos de integração psicossomática e de alojamento da psique no próprio corpo, nos estágios iniciais do amadurecimento humano.

Em especial, Winnicott (1966a/1994) enfatiza a presença significativa de um aspecto esperançoso na enfermidade psicossomática, ainda que a condição clínica dessas pacientes indique justamente o contrário, por recorrerem reiteradamente à cisão e variadas dissociações (DIAS, 2008). Posto que, subjacente à manifestação somática incisiva, que tenta, nem que seja por meio da dor ou do sofrimento manter de algum modo o contato com o corpo, encontra-se uma tendência potencial no indivíduo em direção à possibilidade de integração, em busca de uma unidade psicossomática, de uma identidade experiencial e, por decorrência, da totalidade de sua integração. Com base nessas considerações, infere-se que nos TAs há a manifestação de fenômenos defensivos de ordem psicossomática que se organizam, perante um ambiente deficitário, contra a ameaça de dissociação e desintegração durante as etapas primitivas da vida.

Por meio da realização de anamneses cuidadosas, Winnicott (1936/2000) pôde observar a presença de uma continuidade clínica dos distúrbios do apetite no decorrer da vida, não havendo, assim, uma linha divisória nítida entre as seguintes condições: “anorexia nervosa na adolescência, dificuldades na alimentação durante a infância, distúrbios do apetite devidos a certas condições específicas em momento críticos, e as inibições da amamentação na primeira infância, mesmo no período inicial” (p. 91-92). O psicanalista considera que os distúrbios graves da alimentação podem se originar em um período muito precoce, principalmente, durante a relação inicial entre a mãe e o bebê, sendo este um momento originário em que os processos primitivos da constituição do ser humano estão se iniciando e que podem, conseqüentemente, se manifestar em outros momentos da vida.

Compreende-se, segundo o pensamento winnicottiano, que a organização constitutiva humana é, inicialmente, decorrente da inter-relação entre as experiências sensoriais, perceptuais e motoras do bebê com o mundo externo, sendo que este é apresentado ao bebê por meio do conjunto de cuidados ofertados, principalmente, pela figura materna. Ressalta-se que, no início da vida do lactente, um dos focos principais na realização destes cuidados é a alimentação que garante a sobrevivência física e emocional do bebê, a depender de adequadas condições. Para além deste cuidado essencial, reconhece-se a necessidade de outros cuidados básicos que, igualmente, requerem uma dimensão afetiva, tais como: a oferta de sustentação física e emocional, de continência e acolhimento das emoções, da realização de manejo, cuidados e higiene com o corpo do bebê, bem como a promoção de conforto, de aquecimento e de repouso, a disponibilização de atenção e de vínculo inter-humano significativo, além de adequadas estimulações lúdicas, motoras e cognitivas.

As vivências do bebê no contato com a figura materna, na trajetória a dois, isto é, o bebê e a mãe, sendo o pai presente no desejo desta e na promoção de sua sustentação, torna possível ao bebê a mobilização fértil de fantasias, ilusões e simbolizações, ou seja, permite à este a elaboração imaginativa das experiências, contribuindo, por sua vez, para a criação e apreensão da realidade e para o seu desenvolvimento emocional. Segundo Winnicott (1941/2000), as fantasias referem-se ao ambiente e, particularmente, aos seus destinos e inter-relacionamentos que vão sendo fantasmaticamente trazidos para o interior do bebê. Deste modo, o psicanalista pressupõe que as relações que se engendram entre a constituição do mundo interno e o incremento das fantasias orais concorrem para a produção de sintomas típicos dos transtornos alimentares, de modo que se torna imprescindível a investigação dos casos diagnosticados com base nas fantasias conscientes e inconscientes sobre o interior do próprio corpo.

De acordo com Winnicott (1945a/2012), as condutas em relação à comida são representativas das atitudes em relação à figura materna e, nesse sentido, o alimento possui diversas significações. Infere-se que, inicialmente, o bebê apresenta uma dependência originária com as figuras parentais e, logo, reconhece-se a primazia conferida ao ato da alimentação no exercício dos cuidados essenciais dos pais neste momento da vida.

A alimentação do bebê se configura, fundamentalmente, numa forma de relação entre seres humanos. Nesta relação, a figura materna, ao ser amparada pela figura paterna, possibilita por meio da oferta de uma satisfatória experiência de alimentação, o desenvolvimento emocional do bebê, facilitando a este a manifestação instintiva, a confiabilidade em relação ao ambiente, a instauração das dimensões temporais e espaciais, a constituição de um corpo investido afetivamente e, por consequência, a coesão psicossomática (DERONZIER, 2010).

Outro aspecto relevante segundo a teoria winnicottiana que oportuniza contribuições para a compreensão desses quadros clínicos é o tema do vazio. Para Winnicott (1963/1994), o vazio é considerado requisito fundamental e prévio para a constituição do desejo do sujeito em receber algo dentro de si. Supõem-se, portanto, que as dificuldades apresentadas pelos pacientes acometidos por TAs podem estar associadas ao horror do vazio, visto que frente a este estado de terror insuportável, que acarreta vivências não integradas de grande vulnerabilidade, pode acabar por organizar como defesa um vazio controlado, não comendo ou, então, de forma impiedosa, tentam preenchê-lo ou completá-lo por meio de uma voracidade compulsiva. Deste modo, para que o indivíduo possa receber algo em si mesmo de forma prazerosa e iniciar-se a comer sem que essa função esteja dissociada de sua personalidade, torna-se essencial experimentar o vazio, tal como ele é.

Compreende-se, a partir dessas proposições, a necessidade da existência de um ambiente estável, constante e adequado que permita ao bebê constituir as dimensões espaciais

e temporais, a possibilidade de vivenciar a experiência de vazio essencial e a preservação de um núcleo pessoal de si mesmo a fim de que possa manifestar gestos espontâneos e criativos em direção ao mundo. Em especial, nas famílias com pacientes com AN, nota-se a presença de condutas invasivas e excessivas por parte da figura materna e, por outro lado, a desautoriação da figura paterna pela mãe que acabam provocando efeitos nefastos sobre a constituição subjetiva do filho (a), a partir da destituição do mundo interno deste, da dificuldade em experienciar o vazio essencial e da expropriação de seu corpo.

A partir da clínica psicológica e dos estudos empíricos com foco em pacientes que desenvolveram transtornos da alimentação, nota-se a alta frequência de queixas que se referem a sensações de viverem fora do corpo ou a percepção deste como estranho ou externo, assim como ausência de uma identidade corpórea pessoal e, ainda, distorções em sua autoimagem e dificuldades na discriminação das sensações perceptivas (FERNANDES, 2012). Cotta (2004) e Ferreira (2010) sugerem que tanto a AN quanto a BN são psicopatologias representativas das manifestações psicossomáticas, uma vez que segundo os autores, as pacientes apresentam uma problemática em relação à sua chegada no mundo e ao alojamento e encarnação em seus próprios corpos.

A partir do pensamento winnicottiano que ressalta a necessidade fundamental dos aportes do ambiente, sendo este sempre pensado como uma unidade mãe-pai-família-sociedade, para o acontecer humano e sua continuidade de ser, pressupõe-se que o contexto contemporâneo imbuído de suas particularidades não estaria proporcionando o suporte necessário para essa experiência, assim como as condições suficientemente adequadas para o *vir a ser*. No tocante ao campo dos transtornos da conduta alimentar, torna-se necessário compreender a natureza e as dimensões do sofrimento manifestadas por esses casos, que denunciam processos de fragmentação do ser e a fragilidade da constituição psíquica, com base nas distorções e rupturas das relações interpessoais, especialmente no período primordial de vida.

Segundo Winnicott (1964a/1994), o desenvolvimento emocional primitivo se constitui a partir de um estado de não-integração em direção à integração, à personalização e à diferenciação entre eu e não-eu, ou seja, “o processo maturacional inclui a integração sob suas variadas formas, a saber: a moradia da psique no soma; o relacionamento objetal; a interação dos processos intelectuais com a experiência psicossomática” (p. 80). De acordo com o pensamento psicanalítico winnicottiano, todo ser humano é dotado de uma tendência inata ao amadurecimento emocional que o direciona em busca de sua existência e, conseqüentemente, para sua acontecência humana. Porém, para que esse potencial inato se concretize e o bebê seja capaz de ter uma experiência pessoal e, assim, vir a ser um indivíduo saudável, é fundamental a presença de um ambiente constante e facilitador, constituído pelos cuidados maternos e pelo meio em que se desenvolve.

Para Winnicott (1945/2000), a existência de um ambiente suficientemente bom se revela como imprescindível ao facilitar o processo de desenvolvimento emocional e as potencialidades nucleares do *vir a ser* do bebê, uma vez que a presença de um “outro”, constituído por experiências subjetivas individuais oriundas de seu próprio processo de amadurecimento, “faz com que o eu da criança se torne viável” (KHAN, 1978, p. 40). O psicanalista destaca, deste modo, a necessidade de uma provisão adequada e constante que seja disponibilizada pela presença viva e sensível da figura materna por meio da sustentação física e emocional (*holding*), o manejo (*handling*) e a apresentação paulatina do objeto, de forma que o indivíduo, inserido neste ambiente, possa se desenvolver e alcançar a integração, a personalização, a possibilidade de estabelecer relacionamentos integrados com os objetos, bem como a constituição de *self* total e integrado.

Num ambiente que propicia um ‘segurar’ satisfatório, o bebê é capaz de realizar o *desenvolvimento pessoal de acordo com suas tendências herdadas*. O resultado é uma continuidade da existência, que se transforma num senso de existir, num senso de *Self*, e finalmente resulta em autonomia (WINNICOTT, 1967/2011, p. 11, grifos do autor).

Winnicott (1970/1994) afirma que o *self* corresponde à pessoa em sua totalidade, cuja organização se dá dentro do processo de maturação, por meio da facilitação, sustentação e manejo do meio ambiente humano. O psicanalista admite que a base do *self* se constitui sobre o próprio corpo (WINNICOTT, 1970/1994). Nesse sentido, apreende-se que, na concepção winnicottiana, o homem é um *vir a ser* e o corpo é a morada do *self* (LAURENTIIS, 2016). Deste modo, a constituição total do sujeito requer, inicialmente, que o indivíduo se enraíze em si mesmo, ou seja, em todas as dimensões de seu corpo, a partir do apoio do corpo de um outro que, de forma prazerosa, facilite e permita esse enraizamento em si mesmo, além de investir e significar afetivamente a corporeidade e o ser da incipiente criatura.

Segundo Winnicott (1966/2002), “a condição de ser é o início de tudo” (p. 9), posto que para alcançar a unidade *eu sou* e de continuar a *vir a ser* é, sobretudo e previamente, necessário *ser*. O alcance satisfatório desse processo somente se torna viável a partir da realização de uma maternagem suficientemente boa, instituída a depender da possibilidade da mãe devotada comum ou do cuidador materno. Ressalta-se que para Winnicott (1982/2012), é impossível dissociar a realização da maternagem sem os aportes provenientes do meio em que esta mãe se insere e isto inclui as funções da figura paterna. Entende-se, sob esta perspectiva, que a díade mãe-bebê deve ser sempre sustentada e cuidada pela figura paterna.

Durante o período da dependência absoluta com a figura materna, o bebê necessita realizar determinados processos essenciais de seu desenvolvimento considerados por Winnicott (1945/2000) como as “três tarefas básicas” que ocorrem de forma paulatina e concomitantemente, a saber: a integração que se refere à tendência do bebê de, a partir de um estado não-integrado, integrar-se no tempo e no espaço; a personalização que é descrita como o alojamento da psique no corpo que compreende o estabelecimento de uma parceria

psicossomática e, ainda, a realização que diz respeito ao início das relações objetais e o estabelecimento de contato inaugural com a realidade.

À medida que essas tarefas básicas do desenvolvimento emocional vão sendo realizadas, ocorre a constituição do sentimento de ser si mesmo, de se sentir real, bem como de se sentir e estar alojado no próprio corpo. A concretização satisfatória dessas tarefas se torna viável somente a partir da realização de cuidados suficientemente bons, instituídos a depender da possibilidade do devotado cuidador materno em segurar e manejar o bebê, assim como em lhe apresentar os objetos do mundo em pequenas doses e de forma compreensível.

Nesse sentido, conforme Winnicott (1945/2000), as principais funções do exercício da maternagem incluem o *holding*, o *handling* e a apresentação dos objetos. O *holding* é descrito como a sustentação física e emocional proporcionada pelo corpo afetivo materno, que permite a constituição da integração do bebê como uma unidade existencial, além da integração das experiências sensoriais, motoras e funcionais.

Por sua vez, o *handling* é caracterizado pelo manuseio do corpo do bebê pelo corpo vivo da mãe, que possibilita que o corpo do ser imaturo seja significado, sendo facilitador da personalização, ou seja, da organização psicossomática em que o corpo se torna lugar de morada do *self*, assim como pessoal e real. Por fim, a apresentação de objetos é descrita pela apresentação gradativa do mundo em um formato compreensível e circunscrito às necessidades do bebê, o que o leva a constituir experiências de “ilusão de onipotência” por meio da manifestação de seus gestos espontâneos, favorecendo, dessa forma, em seu processo de *vir a ser*, a sensação de um sentido de existência inserida em tempo e espaço num mundo compartilhado (COTTA, 2010).

À luz da teoria do amadurecimento emocional proposta por Winnicott, infere-se que o ser humano é concebido como um ser relacional, cujo desenvolvimento e fortalecimento do ego, assim como a constituição do *self* e da sua continuidade de ser estão, fundamentalmente,

relacionados à oferta de uma maternagem adequada que seja capaz de propiciar as condições essenciais para alavancar o processo de amadurecimento pessoal integral, por meio das conquistas específicas dos processos básicos de integração, personalização e realização (CAMBUÍ; NEME; ABRÃO, 2016).

Pressupõe-se que a equação simbólica alimentar/ser alimentado se assenta na relação de cuidado que se dá no conjunto pais-bebê (MOURA; SANTOS; RIBEIRO, 2015). Infere-se, assim, que esta tem equivalência com o binômio cuidar/ser cuidado. Entende-se, a partir da psicanálise winnicottiana, que os cuidados essenciais exercidos pelas figuras parentais, nos estágios primitivos do desenvolvimento, incluem a função alimentar, a sustentação físico-emocional (*holding*), o manejo do corpo do bebê (*handling*) e a apresentação gradativa da realidade (WINNICOTT, 1945/2000). Estes cuidados balizam o estabelecimento da relação vincular intersubjetiva entre as figuras parentais e o bebê, sendo o alimento organizador da relação e da vida psíquica do lactente e agente do desejo (FERNANDES, 2016; MOURA; SANTOS; RIBEIRO, 2015). Pressupõe-se, portanto, que a incidência reiterada de falhas circunscritas aos cuidados parentais nos estágios precoces do desenvolvimento pessoal pode concorrer para a etiologia, a sintomatologia e a evolução dos sintomas de TAs, facultando formas de adoecimento primitivo.

A partir do pensamento winnicottiano que ressalta a necessidade fundamental dos aportes ambientais, sendo este sempre pensado como o conjunto mãe-ambiente, para a constituição da unidade existencial, de um esquema corporal coeso e da capacidade de estabelecer relacionamentos objetais, infere-se que o contexto contemporâneo, imbuído de suas particularidades não estaria proporcionando o suporte necessário para a realização dos cuidados parentais tanto físicos quanto emocionais ao indivíduo em constituição que, por sua vez, resultaria em implicações e o desencadeamento de distorções, confusões e adiamentos em seu processo de desenvolvimento emocional.

No tocante ao campo dos transtornos da conduta alimentar, torna-se necessário, portanto, compreender as distorções e rupturas das relações de cuidado nas famílias com indivíduos com TAs, especialmente, nos períodos precoces do processo de desenvolvimento emocional. Tendo em vista a atualidade do tema e o reconhecimento de sua complexidade, as contribuições psicanalíticas winnicottianas se despontam como fecundas para a compreensão do campo dos TAs, relativos à natureza, etiologia e sintomatologia desses quadros. Assim como se configuram como uma abordagem inovadora que contribuiu para o desenvolvimento de reflexões teórico-clínicas e para o fomento de novos estudos científicos, no intuito de abrir um leque de novas dimensões compreensivas sobre este fenômeno psicopatológico humano.

Nesse sentido, a manifestação do sofrimento, do adoecimento e da cura de indivíduos com TAs, lança-nos à investigação das vicissitudes presentes nas relações de cuidado do conjunto filha(o)-mãe-pai. A fim de se viabilizar, este estudo utiliza como recurso dialógico e compreensivo a teoria do amadurecimento emocional proposta por Winnicott, centrada nos processos primários de integração, personalização e realização. Reconhece-se, com base nos pressupostos psicanalíticos winnicottianos, que o desenvolvimento emocional dos pacientes com TAs deve ser apreendido como um processo complexo, intrinsecamente articulado à tessitura de suas dramáticas pessoais, em meio às condições concretas do mundo.

2 JUSTIFICATIVA

A compreensão quanto às manifestações dos TAs, que constituem parcela significativa da demanda contemporânea, pode e deve ser buscada no âmbito das relações de cuidado do conjunto ambiente pais-bebê. Posto que as macrotransformações contemporâneas se desdobram sobre os modos de relação inter-humanas, especialmente, nas relações de cuidados iniciais que são fundamentais para a constituição psíquica do sujeito e estas, por sua vez, podem predispor o ser imaturo a condições de vulnerabilidade às psicopatologias, quer sejam da mente, do comportamento ou do corpo, como nos casos dos TAs.

Julga-se, deste modo, imprescindível aprofundar e desenvolver reflexões teórico-clínicas sobre a problemática dos TAs, relacionadas ao contexto de vida dos pacientes e das relações familiares, em especial, articuladas aos cuidados essenciais que incluem a função alimentar, buscando com esse conhecimento alicerçar a criação de propostas psicológicas clínicas preventivas, interventivas e de promoção de saúde à pacientes com TAs e seus familiares.

A questão central deste estudo é a associação entre as relações de cuidado e os transtornos alimentares. Pressupõe-se que a relação de cuidado entre pais-filha(o) e as experiências relacionadas aos cuidados nos primórdios do desenvolvimento são aspectos cruciais para a compreensão dos transtornos do comportamento alimentar (BUCARETCHI, 2003; CAMPOS, 2012; CORCOS; DUPONT, 2007; FERNANDES, 2012, 2016; GASPAR, 2010; GUILBAUD, 2012; JEANNOT, 2007; MIRANDA, 2010; MOURA, 2007; MOURA; SANTOS; RIBEIRO, 2015; VIBERT, 2015).

Evidencia-se, na literatura especializada consultada, que os estudos focalizam, sobretudo, o padrão de inter-relacionamento familiar e a relação entre mãe e filha, sendo escassas as pesquisas empíricas que se dedicam em compreender de forma aprofundada as

relações de cuidado, assim como, as experiências relacionadas a estas, na perspectiva de pais, mães e filhas com diagnóstico de TAs.

Conhecer os significados afetivo-emocionais e as experiências associadas aos cuidados essenciais no processo inicial do desenvolvimento na perspectiva de mãe, pai e filha com diagnóstico de BN, podem contribuir para a compreensão etiológica dos TAs com foco nas experiências infantis precoces.

Espera-se que este estudo possa proporcionar conhecimento para a prática clínica no que se refere a articulação entre as vivências e os significados relacionados aos cuidados e os vínculos primários entre os pais e a adolescente com TA, bem como, sobre o desenvolvimento do processo de constituição subjetiva dessa paciente e o aparecimento da sintomatologia, buscando maior compreensão e aprofundamento, além da elaboração de manejos interventivos e preventivos visando a promoção de saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

O objetivo deste estudo é compreender os significados afetivo-emocionais associados às relações de cuidado na perspectiva de uma adolescente acometida por TA e seus pais.

3.2 Objetivos específicos

- Investigar as vivências e os significados emocionais relacionados aos cuidados parentais recebidos, desde a infância até a adolescência, por uma adolescente com BN;
- Conhecer como a mãe e o pai desta adolescente com TA vivenciaram a realização do conjunto de cuidados e os significados emocionais atribuídos a essa experiência, desde a gestação até o momento da adolescência da filha;
- Descrever as características e o funcionamento dinâmico parental no exercício dos cuidados essenciais à adolescente diagnosticada com TA;
- Compreender a experiência dos cuidados parentais, articulando-a ao desenvolvimento dos processos psíquicos de integração, personalização e realização da filha, por meio da exploração dos aspectos psicodinâmicos, segundo a teoria do desenvolvimento emocional proposta por Winnicott;
- Identificar possíveis formas de articulação entre o desenvolvimento do processo de constituição subjetiva, que é facilitado pela relação de cuidados, e os sintomas de TAs.

4 MÉTODO

4.1 Delineamento de pesquisa

O presente estudo tem caráter descritivo, desenvolvido segundo a abordagem qualitativa e orientado pelo método psicanalítico interpretativo, utilizando como estratégia o estudo de caso.

Admite-se que a complexidade intrínseca aos fenômenos investigados no campo das ciências humanas requer perspectivas teóricas e, principalmente, metodológicas, que sejam compatíveis com seus objetivos e, ainda, capazes de contemplar a magnitude das possibilidades compreensivas sobre o objeto singular em questão. Deste modo, o delineamento metodológico privilegiado neste estudo foi considerado o mais adequado para atender aos propósitos investigativos que é apreender interpretativamente os significados afetivo-emocionais das experiências de cuidado da tríade familiar.

Segundo Gil (2008), a pesquisa descritiva tem como objetivo principal a descrição das características de determinados fenômenos, bem como a possibilidade de estabelecer relações entre as variáveis observadas. Caracteriza-se pela observação, descrição, registro e interpretação de um determinado fenômeno, com o intuito de conhecer a natureza e as características deste, bem como os processos que o constituem ou que se realizam nele (RUDIO, 2007). Deste modo, adotou-se o estudo descritivo de *coorte* transversal, a fim de que a partir da aplicação dos instrumentos de pesquisa a cada membro da família fosse viável, neste momento atual, a captação e a descrição do universo de significados afetivo-emocionais decorrentes das relações de cuidado ao longo do processo de desenvolvimento da adolente com TA.

A abordagem qualitativa de pesquisa consiste em compreender de forma aprofundada, por meio da interpretação e da descrição, a dimensão complexa de significados,

crenças, valores, atitudes e motivos específicos inerentes aos fenômenos, processos, experiências e relações humanas em meio às condições socioculturais (MINAYO, 2004). Segundo a autora, no campo das ciências humanas e da saúde, a realidade dos fenômenos é atravessada por aspectos simbólicos e subjetivos e, por esta razão, a pesquisa qualitativa admite os significados e a intencionalidade inerentes às condutas, relações e estruturas sociais.

Para Turato (2004), o objetivo da pesquisa qualitativa é a interpretação da relação de significados dos fenômenos humanos. Esclarece-se que o fenômeno constitui a totalidade do que está representado na consciência do indivíduo “a partir de suas experiências, observações, imaginações” (TURATO, 2013, p. 464). Já, o significado diz respeito, conforme o autor, as representações conscientes e não conscientes do indivíduo vinculadas às experiências vividas. Assim, o significado particular que é atribuído pelo indivíduo configura-se como elemento basal, pois é em torno deste que as pessoas manifestam suas condutas e organizam suas vidas.

Ressalta-se que esta modalidade de pesquisa concebe a dinamicidade interativa e interdependente entre o mundo objetivo e subjetivo, assim como o vínculo indissociável entre o objeto a ser investigado e a subjetividade do pesquisador, sendo estes considerados fundantes de sentido e essenciais para o acesso e a compreensão do fenômeno humano (CALIL; ARRUDA, 2004).

A abordagem qualitativa de pesquisa foi utilizada neste presente estudo, de modo que os dados apreendidos foram interpretativamente analisados, em busca da gama de significados, estabelecendo interlocuções teóricas e reflexivas com o pensamento psicanalítico winnicottiano. Pressupõe-se, deste modo, sua pertinência perante os objetivos propostos nesta pesquisa, visto que os significados atribuídos pela adolescente com TA e seus pais às relações de cuidado possibilita o aprofundamento da compreensão acerca da natureza etiológica e sintomatológica desses quadros.

Esclarece-se, ainda, que o estudo de casos se caracteriza pela análise em profundidade das particularidades e da complexidade de uma unidade específica, sendo este um sistema delimitado e contextualizado, cujas partes estão integradas, a fim de produzir compreensões relacionais e potenciais para o respectivo estudo (STAKE, 2015). Segundo o autor, este delineamento de estudo concebe o pesquisador como intérprete e coletor de interpretações, que produz conhecimento à medida que interage e elabora a realidade “construída” por meio da investigação científica.

Ressalta-se, ainda, que o estudo de caso em pesquisa qualitativa admite, para Stake (2015), a inter-relação entre o fenômeno e os seus contextos que ao ser investigado empiricamente resguarda a interação entre o pesquisador e o objeto de estudo, possibilitando o desvelamento das “experiências vicárias dos sujeitos numa perspectiva êmica²” (YAZAN, 2015, p.139, tradução feita por VASCONCELOS, 2016). Segundo Silva (2013), o estudo de caso em psicanálise é delineado a partir das experiências de vida dos participantes em articulação com as vivências e conhecimento do pesquisador, que são submetidas à tratamento interpretativo.

Posto que este estudo objetivou apreender os aspectos mais profundos de um fenômeno particular, isto é, os significados atribuídos às relações de cuidado que fazem parte de um grupo específico – adolescente com TA e seus familiares primários (pais), o estudo de caso se revela como via privilegiada para a produção de compreensões analíticas interpretativas.

A opção por realizar a investigação da tríade familiar (mãe-pai-filha) se sustenta no aporte teórico privilegiado neste estudo e na literatura científica que concebe a família como parte essencial na prevenção, assistência e tratamento desses quadros (JEANNOT, 2007; LEONIDAS; SANTOS, 2015; SIQUEIRA; DOS SANTOS; LEONIDAS, 2020; SANTOS; LEONIDAS; COSTA, 2016; VALDANHA-ORNELAS; SANTOS, 2017).

² Versão original: “[...] empathic means that researchers reflect the vicarious experiences of the subjects in an emic perspective” (p. 139).

Inferese, deste modo, que o estudo de caso qualitativo de possibilita a descrição cuidadosa e detalhada de um fenômeno psicológico particular e complexo inserido em uma realidade concreta, permitindo assim a viabilidade deste estudo que se propõe a descrição aprofundada das relações de cuidado e dos significados pessoais imanentes destas dentro de um contexto familiar específico.

A proposta orientadora, nesta pesquisa, ultrapassa a análise individual de cada membro da tríade e se propõe, conforme sugerem Sanches Peres e Santos (2005), a realização de uma análise integrativa que seja capaz de abranger variados aspectos, dimensões e facetas do caso, para não concorrer em interpretações reducionistas. Deste modo, a unidade integrada de análise corresponde, neste estudo, ao conjunto mãe-pai-filha, tendo como foco central os significados para cada um dos membros da unidade familiar e a relação destas partes com o todo, a fim de apreender os aspectos peculiares e que destacam, assim como as possíveis convergências e diferenças dos significados e interpretações e, conseqüentemente, possibilitar a triangulação dos dados obtidos, que podem oportunizar possibilidades compreensivas mais abrangentes, considerando as peculiaridades.

4.2 O método psicanalítico investigativo

Optou-se pela realização pelo estudo de caso a partir do método psicanalítico interpretativo, na medida em que se propõe à utilização de um conjunto de técnicas e procedimentos investigativos, sustentada sob uma conduta de atenção flutuante e associação livre, que visa interpretar e compreender as vivências e relações de significados individuais dos fenômenos humanos de forma contextualizada.

A psicanálise, embora seja notadamente importante enquanto conjunto de proposições psicológicas referentes à constituição da subjetividade e técnica orientada ao tratamento analítico, também se delineia como método investigativo, o que a configura,

fundamentalmente, como um instrumento de estudo científico valioso e disposto a compreender o campo experiencial humano (HERRMANN, 2017).

Segundo Mezan (1993), o método psicanalítico foi utilizado por Freud para além da clínica, especialmente, para o trabalho interpretativo da sociedade, da cultura e da arte. A aplicação do método psicanalítico fora do contexto clínico foi denominada por Freud como “psicanálise aplicada”. Por sua vez, Laplanche advertiu que este termo era inapropriado, pois a experiência psicanalítica não se restringia ao tratamento e, assim, propôs a expressão “psicanálise exportada ou extramuros”. Já, Herrmann sugeriu, ao considerar que o método psicanalítico ultrapassava a técnica, o conceito de “clínica extensa” (MENEZES, 2016).

O método psicanalítico revela-se como possibilidade de abertura no campo das pesquisas qualitativas, devido o caráter interpretativo que ocorre de forma contextualizada (FERNANDES; AMBROSIO; VAISBERG, 2012). De acordo com Herrmann (1979), o método psicanalítico se configura por um conjunto rigorosamente sistematizado de procedimentos e processos que tem como foco a interpretação da subjetividade de acordo com a dramática vivencial e relacional. Segundo o autor, a psicanálise enquanto método corresponde à abordagem das variadas determinações do que é denominado “humano”. Deste modo, a psicanálise ao ser adotada como método requer necessariamente preservar seu fundamento central, que é a interpretação sustentada sobre as técnicas de associação livre e atenção flutuante (MEZAN, 1993; 2002).

Entende-se que o método psicanalítico comporta a dimensão ética sustentada pela livre associação de ideias que singulariza o modo específico de investigação. A pesquisa em psicanálise contribui, portanto, para o aprofundamento de um fenômeno específico e favorece a emersão de ideias, hipóteses e compreensões acerca da realidade investigada (FERREIRA, 2018).

Ao discutir sobre a singularidade do método psicanalítico para o acesso, em modalidade de pesquisa, sobre o ser humano e seus fenômenos, Fortes e Macedo (2018) afirmam que o método psicanalítico aplicado em pesquisa busca criar estratégias investigativas e atribuir sentidos ao que não é evidente.

De acordo com Torres e Dos Reis (2016), a pesquisa em psicanálise deve resguardar as características imprescindíveis do método psicanalítico, a saber, a observação e a interpretação, visto que a observação permite a investigação do fenômeno e o desvelamento de conteúdos latentes e manifestos que serão submetidos, posteriormente, à análise interpretativa (KOBORI, 2013). Violante (2000) especifica que a investigação em psicanálise deve privilegiar a relação inter-humana baseada no falar, no escutar e na transferência de conteúdos conscientes e não conscientes, sendo esta uma das condições ideais da aplicação do método psicanalítico.

Iribarry (2003) enfatiza que a pesquisa em psicanálise tem por objetivo contribuir para a problematização dos fenômenos analisados e repudia a limitação da confirmação da teoria e a validação das aplicações empíricas por meio de generalizações. Sob este aspecto, Silva (2013) e Oliveira e Tafuri (2012) afirmam que na pesquisa em psicanálise, o objeto de investigação é o inconsciente humano que admite, necessariamente, aspectos particulares e contextuais, tornando, portanto, inviável a generalização e a formulação de verdades gerais.

Com base nas contribuições hermannianas e blegerianas, concebe-se neste estudo o método psicanalítico como via privilegiada capaz de possibilitar a expressão pessoal e o acesso proximal à complexa dramática humana vivenciada pela adolescente com BN e seus pais, a partir do reconhecimento de que condutas pessoais são dotadas de múltiplos sentidos e estão interligadas à sua biografia.

A propriedade essencial do método psicanalítico é a de criar inconscientes, onde seja aplicado. Todo e qualquer sistema de relações humanas – e entendam-se por relações qualquer produto humano [...] – quando interpretado pelo método da Psicanálise, abre-se, por assim dizer, revelando seu inconsciente [...]. E como nosso método é um semeador de inconscientes relativos – inconscientes de relações as mais diversas -,

parece preferível dizer que ele descobre campos, os campos das relações estudadas (HERRMANN, 2018, p. 166).

Este estudo se trata, deste modo, de uma investigação científica sustentada no método psicanalítico – pesquisa em psicanálise –, tendo em vista a apreensão dos significados e das experiências emocionais da tríade mãe-pai-filha acerca das relações de cuidado.

Alinhados aos pressupostos psicanalíticos winnicottianos e blegerianos, admite-se, neste estudo, o paradigma intersubjetivo como perspectiva de pesquisa psicanalítica, posto que a produção de conhecimento demanda propostas procedimentais e enquadres que preconizam, à luz da transicionalidade, o campo inter-humano como espaço do acontecer investigativo em todo o percurso da pesquisa.

4.2. Caracterização do campo de pesquisa

A coleta de dados do presente estudo foi empreendida, exclusivamente, na Clínica de Psicologia da UniFil. Contudo, a realização do estudo também foi inicialmente prevista para ocorrer nas dependências da Clínica de Educação para a Saúde (CEPS), sendo esta vinculada à UniFil e credenciada pelo SUS. Ambas se configuram como serviços de psicologia organizados que prestam à comunidade da cidade de Londrina e região, atendimentos psicoterápicos de referência na modalidade individual e grupal. As autorizações das instituições de serviço-escolas concedidas para a realização da pesquisa nestas instituições encontram-se nos Anexo B e C, respectivamente.

Esclarece-se que as duas instituições apresetam estrutura e condições adequadas para a realização do estudo, porém somente na Clínica de Psicologia da UniFil houve a procura

pelos participantes para a participação no estudo e, deste modo, os dados foram captados nesta instituição.

Faz-se, igualmente, importante explicar que anteriormente à coleta de dados, efetivou-se a divulgação do estudo tanto na Clínica de Psicologia da UniFil quanto na CEPS. Foram distribuídos cartazes informativos sobre o estudo voltados para o público alvo, ou seja, adolescentes acometidos por TAs e seus pais (Apêndice A). Nestes foram incluídas informações acerca do estudo e contemplou, também, a oferta de atendimento pela psicóloga-pesquisadora às adolescentes com TA. Tanto a produção quanto a distribuição destes convites informativos foram feitas pela própria pesquisadora nas duas instituições, assim como em outros locais, tais como: escolas, outras universidades da cidade de Londrina, centros de esporte e de dança, além de disponibilizá-los em redes sociais, tais como *facebook*, *instagram* e *e-mail*.

Esclarece-se, ainda, que a coleta de dados deste estudo desenvolveu-se em duas etapas específicas, sendo o primeiro momento centrado na seleção das adolescentes acometidas por TA por meio do rastreamento deste em triagem e, posteriormente, procedeu-se a segunda etapa da coleta de dados em que a unidade familiar foi convidada para os encontros com a psicóloga-pesquisadora. Ambos os estágios de coleta de dados ocorreram na Clínica de Psicologia da UniFil.

4.3. Participantes

Participou deste presente estudo uma tríade composta por mãe, pai e filha acometida por BN.

Trata-se de um estudo de caso qualitativo que privilegia a profundidade e a compreensão ampla dos fenômenos do universo psíquico de cada membro da tríade acerca das relações de cuidado. O estudo de caso qualitativo foi privilegiado porque possibilita

significativa profundidade e a compreensão ampla dos fenômenos do universo psíquico de cada membro da díade acerca das relações de cuidado.

A modalidade de pesquisa adotada neste estudo trabalha com um único estudo de caso – tríade familiar - que foi escolhido intencionalmente em função da representatividade e da vinculação direta com o problema de pesquisa proposto. Infere-se que a análise em profundidade e orientada sobre um caso em particular que comporta representatividade em um determinado contexto, cujo foco é no peculiar e individual, possibilita a promoção de tessituras compreensivas mais íntegras e ricas do fenômeno humano e suas relações, sustentadas pela criticidade, originalidade e ética do pesquisador (CALIL; ARRUDA, 2004; MARTINS, BICUDO, 1989; TURATO, 2013).

Adotaram-se como critérios de inclusão para as filhas: a) ser participante do sexo feminino; b) apresentar critérios diagnósticos de TAs, independentemente do subtipo específico; c) ter entre 10 até 20 anos de idade; e) ter mãe e pai vivos.

Para realizar o rastreamento de TAs nas adolescentes interessadas em participar do estudo e efetivar, rigorosamente, a seleção de acordo com os critérios de elegibilidade estabelecidos acima, foram aplicados, em entrevista de triagem, os seguintes instrumentos: Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26), Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo (BITE) e o Questionário sobre a Imagem Corporal (BSQ-34). A caracterização destes instrumentos de identificação dos critérios diagnósticos de TAs, assim como o modo de análise e de interpretação dos dados segundo as instruções técnicas oferecidas pelos autores, encontram-se disponíveis nos Anexos D (EAT-26), E (BITE) e F (BQS-34).

A partir da identificação da adolescente que apresentou os critérios de elegibilidade para a pesquisa, foram inclusos as mães e os pais. Estabeleceram-se como critério de inclusão dos pais: ter acompanhado a infância até o período da adolescência da filha com TA, de modo que tenham lhe fornecido os cuidados.

Esclarece-se que foram excluídas as tríades em que uma das partes apresentasse problemas graves de comunicação e/ou compreensão, ou suspeita de rebaixamento intelectual, que inviabilizassem a comunicação e a compreensão das instruções propostas. E, também, não foram incluídas no estudo, famílias cujo um dos pais não quisesse participar do estudo, pois estes casos não atenderiam ao propósito do estudo que é a investigação da tríade familiar e as relações de cuidado.

Deste modo, foi incluída neste estudo a primeira tríade familiar que manifestou interesse em participar do estudo, composta por adolescente que apresentou critérios diagnósticos de TA, especificamente para a BN e seus pais, observando os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos.

4.4. Instrumentos e materiais

Para o acesso das experiências e os significados afetivo-emocionais associados às relações de cuidado foram utilizados a entrevista clínica semiestruturada e o Procedimento de Desenho-Estória com Tema com todos os membros da tríade familiar.

4.4.1. Entrevista clínica psicológica

A entrevista é considerada por Bleger (1998) como um instrumento fundamental do método clínico e consiste em uma técnica de investigação científica altamente difundida em psicologia. Trata-se de uma relação inter-humana, na qual o indivíduo entrevistado configura o campo investigativo a partir de suas características pessoais e, por sua vez, o psicólogo-pesquisador busca conhecer a experiência dramática vivida por este, fazendo uso de sua própria subjetividade para a exploração e intervenção neste encontro entre personalidades (BLEGER, 1989).

A entrevista é um campo de trabalho que oportuniza a investigação das condutas, da personalidade e da dinâmica psíquica do entrevistado. A personalidade é, de acordo com Bleger (1989), organizada em “em uma série de pautas ou em um conjunto ou repertório de possibilidades, e são essas que esperamos que atuem e exteriorizem durante a entrevista” (p. 9). Ainda para o autor, o ser humano por conhecer sua história de vida revela-se apto, quando disponível para este encontro, para fornecer ricas informações, a partir do relato de suas próprias vivências seja por meio de comportamentos verbais e não verbais, sendo este último fonte reveladora de aspectos latentes inconscientes que designam as funções egoicas, os mecanismos de defesas, as fantasias e os desejos.

A entrevista utilizada na pesquisa qualitativa por ser dinâmica e está em permanente mudança deve preservar suficiente flexibilidade, a fim de possibilitar o acesso à apreensão ampla e profunda dos sentidos vinculados ao núcleo temático principal do estudo e dos conteúdos que emergem (TURATO, 2013).

Ferreira (2018) explica, ao discutir o uso da entrevista clínica em pesquisas de orientação psicanalítica, que embora a questão norteadora neste dispositivo seja apresentada pelo psicólogo-pesquisador, o entrevistado ao tomar a palavra pode se expressar segundo sua lógica particular orientada pela livre associação de ideias que revelam a dinâmica do seu mundo interno. Segundo a autora, “a entrevista clínica na pesquisa é uma aposta na palavra do sujeito e em seu saber, e, principalmente, nos efeitos dessa palavra sobre ele mesmo, e do que disto se pode transmitir para contribuir na construção de novos saberes sobre o sujeito pesquisado” (p. 140).

Inspirada nas contribuições de Winnicott ao realizar as consultas terapêuticas, a entrevista clínica realizada neste estudo se configurou por meio da oferta de um enquadre transicional e intersubjetivo, caracterizado por aspectos lúdicos a partir do uso do Procedimento de Desenho-Estória com Tema como recurso mediador, semelhante ao Jogo do Rabisco

(WINNICOTT, 1964b/1994). De acordo com Winnicott (1971/1984), somente por meio da transicionalidade é possível assegurar uma verdadeira comunicação, posto que para o psicanalista, a psicoterapia é uma forma sofisticada de brincar. Deste modo, efetivou-se a entrevista clínica individual segundo a oferta de um espaço dialógico e lúdico com a finalidade de facilitar a expressão de conteúdos conscientes e não conscientes dos membros da tríade familiar.

Amparado por uma perspectiva epistemológica que não dissocia sujeito e objeto, mas propõe-se a investigá-los na intersubjetividade, este estudo estabeleceu como princípio norteador a busca pela expressão pessoal da experiência emocional incorporada e introjetada sobre os cuidados parentais, se distanciando da coleta sistematizada e exaustiva de dados e informações por meio de instrumentos inflexíveis.

As entrevistas se desenvolveram com base em dois roteiros de entrevista previamente estruturados, tanto para os pais quanto para a adolescente com BN, a fim de privilegiar a descrição mais ampla da experiência pessoal, tendo como foco um aspecto específico da experiência que em especial, neste estudo, são os cuidados parentais.

Outro elemento particular do roteiro temático da entrevista previamente elaborado para este estudo foi a inclusão de períodos específicos da vida da paciente com TA, a saber: a infância e a adolescência, com o intuito de conhecer o universo interno associado aos cuidados ao longo do processo de desenvolvimento.

A partir da proposta de Papalia, Olds e Feldman (2006) sobre as etapas do desenvolvimento humano, definem-se, neste estudo, a primeira infância como o período que se estende do nascimento aos três anos de idade e a segunda infância diz respeito ao intervalo dos três aos seis anos de idade. Por sua vez, a terceira infância abarca o período que vai dos seis aos onze anos de idade e a adolescência corresponde à faixa etária entre os onze e vinte anos de idade.

Compreende-se que a modalidade de entrevista semiestruturada confere ao participante a possibilidade de configuração do campo da entrevista de acordo com sua dinâmica psicológica particular, o que por sua vez já revela aspectos significativos para o estudo (BLEGER, 1998). Assim, a psicóloga-pesquisadora assumiu o papel de uma ouvinte ativa, possibilitando que os participantes compartilhassem livremente suas experiências afetivo-emocionais e, em momentos oportunos diante da emergência de questões vinculadas aos eixos temáticos da entrevista, as perguntas pré-estabelecidas do roteiro foram introduzidas, a fim de que fossem investigadas. Esclarece-se, ainda, que, as entrevistas apesar de seguirem um roteiro prévio foram conduzidas de acordo com as manifestações dos participantes para que fosse disponibilizado um espaço de abertura e acolhimento para o surgimento de conteúdos emocionais latentes que não aqueles inicialmente previstos.

Foram elaboradas duas entrevistas, sendo uma destinada tanto para os pais e a outra voltada particularmente para a adolescente com TA. Ambas entrevistas clínicas foram delineadas a partir de dois roteiros temáticos específicos e previamente estruturados segundo a modalidade “história de vida tópica” proposta por Minayo (2004) que sugere como foco a investigação por meio da entrevista de uma etapa ou determinado segmento da vida. Esclarece-se que as entrevistas também foram construídas com base em estudos empíricos encontrados na literatura da área (MOURA, 2007), privilegiando-se, assim, uma investigação mais ampla e profunda sobre os cuidados oferecidos pelos pais e, por sua vez, recebidos pela filha.

Os dois roteiros de entrevista clínica psicológica semiestruturada constituídos por tópicos específicos, encontram-se descritos a seguir:

- *Roteiro de entrevista para os pais* (Apêndice B): I) Dados sociodemográficos; II) Composição familiar; III) Gestação e Parto; IV) Vivências relativas aos cuidados na primeira infância; V) Vivências relativas aos cuidados na segunda infância; VI) Vivências relativas aos cuidados na terceira infância; VII) Vivências relativas aos cuidados na adolescência; VIII)

Vivências relacionadas à própria maternagem; IX) Vivências relativas aos TAs; X) Desfecho da entrevista.

- *Roteiro de entrevista para a adolescente com TA* (Apêndice C): I) Dados sociodemográficos; II) Composição familiar; III) Vivências relativas aos cuidados na primeira infância; IV) Vivências relativas aos cuidados na segunda infância; V) Vivências relativas aos cuidados na terceira infância; VI) Vivências relativas aos cuidados na adolescência; VII) Vivências relativas aos TAs; VIII) Desfecho da entrevista.

4.4.2. - Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema

Com base em um modelo epistemológico de produção de conhecimento que reconhece o uso de materialidades mediadoras com o propósito de possibilitar um espaço transicional e dialógico em enquadres clínico-investigativos, adotou-se o Procedimento de Desenho-Estória com Tema como via lúdica para a facilitação da expressão emocional dos participantes deste estudo. Além das particularidades deste instrumento, a opção por privilegiar o Procedimento de Desenho-Estória com Tema reside na experiência da pesquisadora-psicóloga com o mesmo em pesquisas acadêmicas acerca das modalidades do sofrimento humano a partir da perspectiva de alunos de psicologia em formação (CAMBUÍ, 2013; CAMBUÍ; NEME, 2014; CAMBUÍ; RIBEIRO, 2014).

A partir do Procedimento de Desenhos-Estórias (D-E) desenvolvido por Trinca (1997) que consiste em uma estratégia de investigação da personalidade por meio da solicitação da produção de cinco unidades sequenciais de desenhos livres e a criação de cinco estórias associadas aos desenhos, Aiello-Vaisberg (1995) criou o Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema. Trata-se de um recurso igualmente fundamentado na psicanálise, mas apresenta, em contraponto ao D-E, o diferencial de propor um tema específico que possibilita o direcionamento da investigação.

A utilização do Procedimento de Desenho-Estória com Tema consiste na solicitação de um desenho específico com base em um tema proposto e, em seguida, o convite à invenção e narração de uma história sobre o desenho, finalizando com a intitulação da produção. A aplicação pode ser individual ou coletiva e abarcar sujeitos de qualquer faixa etária, em diferentes condições psicopatológicas, com variados graus de instrução formal e nível intelectual, o que confere grande versatilidade ao procedimento.

Ressalta-se que Aiello-Vaisberg (1995) concebe o Procedimento de Desenho-Estória com Tema como um recurso *apresentativo-expressivo*, cuja proposta se baseia em uma perspectiva intersubjetiva, de modo que a materialidade mediadora é proposta pelo pesquisador e a cada participante é possibilitado expressar sua singularidade, na medida em que ao fazer uso espontâneo do objetivo subjetivo em uma dimensão particular de tempo e espaço, o indivíduo se lança à abertura de campos de experiência e promove a ruptura de áreas pouco exploradas.

Alinhados a este pressuposto, o Procedimento de Desenho-Estória com Tema foi, necessariamente, utilizado, neste estudo, como recurso mediador-dialógico com a finalidade de constituir um espaço favorável à emergência de conteúdos conscientes e não conscientes associados ao universo dos cuidados essenciais que permeiam as relações intersubjetivas na unidade familiar. Dessa maneira, a partir de instruções direcionadas ao tema específico dos cuidados, os participantes puderam expressar questões por meio de articulações simbólicas.

As temáticas adotadas para a aplicação do procedimento se delinearam com base na história de vida do sujeito e em consonância com o roteiro da entrevista clínica, tendo em vista apreender o universo de significados afetivo-emocionais que giram em torno dos cuidados.

Estabeleceram-se, assim, duas esferas temáticas amplas como propostas para a aplicação do Procedimento de Desenho-Estória com Tema em situação de entrevista:

a) **Eixo temático I:** os cuidados essenciais exercidos pelas figuras parentais, a saber: o *holding*, o *handling* e a apresentação de objetos. A instrução para a produção do Procedimento de Desenho-Estória com tema em torno deste eixo temático foi a seguinte: “Desenhe uma filha sendo cuidada, você pode fazer o desenho que quiser e como quiser. Após a produção, conte uma história associada ao desenho e atribua um título”

b) **Eixo temático II:** a alimentação e os aspectos inerentes a esta que incluem: a amamentação, a introdução de outros alimentos, os sentidos desta, a forma de alimentar e as figuras parentais nesse processo. Nesta segunda proposta temática, foi fornecida a seguinte recomendação: “Desenhe uma filha sendo alimentada, conte uma história associada ao desenho e a intitule”.

Ressalta-se que o Procedimento de Desenho-Estória com Tema se configura como um recurso para facilitação emocional em contexto de entrevista clínica, contudo ao ser apresentado ao participante, este pode ou não fazer uso subjetivo deste objeto, a depender da disponibilidade interna do mesmo, do momento de vida que este se encontra e, ainda, da própria configuração da entrevista (RIBEIRO; TACHIBANA; AIELLO-VAISBERG, 2008).

4.5. Procedimentos de coleta e análise dos dados

Para a coleta de dados, foi, primeiramente, estabelecido contato com o indivíduo que buscou atendimento psicológico para TAs na Clínica de Psicologia da UniFil e na CEPS. Após agendamento, na própria instituição que a adolescente se inscreveu, foi feita a entrevista de triagem pela pesquisadora-psicóloga com o objetivo de rastrear a presença de TAs por meio das escalas de avaliação específica – EAT, BITE e BSQ-34, bem como identificar os critérios de inclusão e exclusão para a participação no estudo. A entrevista de triagem e a aplicação das escalas de rastreamento de TAs teve duração aproximada de uma hora.

Em seguida a realização desta primeira etapa de seleção, constatou-se que a adolescente apresentou os critérios de elegibilidade para a participação do estudo e, assim, foi convidada a participar voluntariamente, após a oferta de explicações sobre o mesmo. Frente ao consentimento da adolescente, os seus pais também foram convidados a participarem de forma voluntária do estudo. Posteriormente a anuência e a manifestação de disponibilidade de todos os membros da tríade para participarem do estudo, deu-se início a segunda etapa, de modo que foram agendados encontros individuais para a aplicação da entrevista clínica e do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema.

Esclarece-se que os interessados no atendimento que não apresentaram os critérios elegíveis para o estudo foram encaminhados para atendimento no próprio serviço de psicologia. A despeito da concordância ou discordância em participar da pesquisa, todos os indivíduos interessados que buscaram o serviço de psicologia por atendimento psicoterápico voltados aos TAs foram encaminhados para a Clínica da UniFil e/ou no CEPS.

Já para a captação dos significados dos participantes associados às relações de cuidado, este estudo se orientou pelas instruções descritas na literatura para a realização da pesquisa psicanalítica empírica, em especial, com o uso de recursos mediadores como o Procedimento de Desenho-Estória com Tema (AIELLO-VAISBERG; MACHADO, 2005a; ÁVILA; TACHIBANA; AIELLO-VAISBERG, 2008; BARCELLOS; TACHIBANA; AIELLO-VAISBERG, 2010; RIBEIRO; TACHIBANA; AIELLO-VAISBERG, 2008; TACHIBANA, 2011).

Adotaram-se, deste modo, três conjuntos de procedimentos metodológicos estritamente rigorosos que se efetivaram em três fases específicas e subsequentes, tendo por finalidade sistematizar e organizar tanto a coleta de dados quanto a análise dos mesmos, a saber:

Fase 1 - Procedimentos de configuração do encontro inter-humano para a seleção de material clínico;

Fase 2 - Procedimentos de registro do acontecer clínico por meio da produção da narrativa psicanalítica;

Fase 3 - Procedimentos de produção interpretativa de campos de sentido afetivo-emocional.

Para fins didáticos, esclarece-se que todos os procedimentos supracitados anteriormente, serão descritos a seguir. Porém, serão explicados de forma pormenorizada nos subtópicos correspondentes.

Em linhas gerais, estabelece-se a princípio, conforme indicações metodológicas, a configuração do campo experiencial inter-humano pela via do enquadre lúdico-investigativo entre o pesquisador e o(s) participante(s) do estudo. Na Fase 2, após a coleta do material clínico emergente deste encontro intersubjetivo, o pesquisador elabora a narrativa psicanalítica para registrar o acontecer clínico em contexto de aplicação de entrevista. E, em seguida, os textos narrativos são compartilhados com demais pesquisadores com conhecimento e experiência na área para realizar a produção interpretativa.

E, por fim, na Fase 3, os procedimentos de produção interpretativa de campos de sentido afetivo-emocional são aplicados. Neste momento, as narrativas psicanalíticas que constituem o material clínico de análise são psicanaliticamente interpretadas, pelos pesquisadores em busca da apreensão dos campos psicológicos, seguindo as orientações metodológicas propostas por Herrmann (1979). E, por fim, os campos de sentido apreendidos são interpretados segundo o referencial teórico psicanalítico.

4.5.1. FASE 1 - Procedimentos de configuração do encontro inter-humano

A pesquisa se desenvolveu metodologicamente em torno da realização de encontros individuais em que foram realizadas entrevistas em profundidade mediadas pelo uso do Procedimento de Desenho-Estória com Tema, tendo por finalidade apreender as experiências e

os significados afetivo-emocionais acerca do cuidado para todos os membros da tríade familiar (mãe, pai e filha).

Esclarece-se que as entrevistas foram agendadas de forma individual e com antecedência e embora a duração prevista para o seu desenvolvimento fosse de uma hora, a quantidade de encontros para a sua realização e a duração da mesma se orientou de acordo com a necessidade e a disponibilidade dos participantes.

Em sala apropriada, na Clínica de Psicologia da UniFil, os participantes foram esclarecidos sobre o estudo, seus objetivos e a natureza de sua participação, bem como os cuidados éticos adotados. Logo, após a anuência mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices D, E, F), deu-se início a entrevista psicológica clínica com base no roteiro semiestruturado, sendo utilizadas perguntas norteadoras em torno de tópicos da história de vida para favorecer o acesso ao significado atribuído aos cuidados, a partir da manifestação de conteúdos conscientes e não conscientes.

Após o estabelecimento do *rapport*, a entrevista psicológica clínica foi desenvolvida, contemplando os tópicos estabelecidos *a priori*. Em dois momentos da entrevista, ao serem abordados dois eixos temáticos específicos, fez-se a aplicação do Procedimento de Desenho-Estória com Tema, a fim de enriquecer e oportunizar um espaço dialógico e transicional para a emergência da expressão emocional. Assim, logo após a cada um destes momentos, deu-se a continuidade aos demais tópicos da entrevista até que todas as questões nucleares relacionadas ao tema do estudo fossem contempladas e se alcançasse a expressão dos significados por parte dos membros da tríade.

Deste modo, à medida que a entrevista psicológica foi sendo realizada, ao abordar, especificamente, o tópico “*Vivências relativas aos cuidados na primeira infância*”, introduziu-se a primeira proposta lúdica referente ao campo dos cuidados essenciais, fornecendo as seguintes instruções: “Desenhe uma filha sendo cuidada, você pode fazer o desenho que quiser

e como quiser.” Após a produção do desenho, o participante foi convidado a contar uma história associada ao desenho e a intitulá-lo.

Já, a aplicação da segunda proposta do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema acerca do processo de alimentação se deu ao discorrer sobre o tópico “*Vivências relativas aos cuidados na adolescência*”. Esta se desenvolveu de forma semelhante à anterior, mas com a seguinte orientação: “Desenhe uma filha sendo alimentada, conte uma história associada ao desenho e a intitule”.

Ao término de cada unidade de produção (desenho-estória) foi aberto um espaço, no qual se buscou deixar os participantes à vontade para exporem sua produção e as experiências afetivas mobilizadas ao fazerem uso do recurso, bem como para discorrerem livremente sobre os sentimentos e os pensamentos suscitados. Desse modo, pretendeu-se resguardar um espaço de transicionalidade no procedimento investigativo psicanalítico.

Esclarece-se que foram realizados três encontros com a adolescente acometida por BN, nos quais foram desenvolvidas as entrevistas psicológicas clínicas, em semanas subsequentes, com duração aproximada de 1h10min, 1h50min e 1h25min. Frente ao sofrimento e demanda da adolescente, ofertou-se no primeiro encontro um espaço de expressão e sustentação emocional de suas questões vinculadas aos cuidados parentais e os transtornos alimentares. No segundo encontro, deu-se continuidade a entrevista, de modo articulado ao redor do uso transicional do recurso mediador, explorando outros eixos temáticos delineados. E, por fim, realizou-se um último encontro para contemplar a investigação dos demais aspectos nucleares associados ao estudo e, sobretudo, para realizar um desfecho, essencialmente, clínico perante a mobilização dos conteúdos internos da adolescente.

Amparada por uma conduta clínica winnicottiana, considerou-se importante, no decorrer destes encontros, oferecer a adolescente a possibilidade de vivenciar, em ambiente protegido, uma experiência inter-humana com começo, meio e fim. Deste modo, a psicóloga-

pesquisadora serviu-se enquanto anteparo de projeções e continente das questões emocionais suscitadas na adolescente, de modo que pudesse ir ao seu encontro e proporcionar minimamente uma sustentação emocional às suas vivências dolorosas.

Aos pais também foi oferecido um espaço de expressão e sustentação emocional, a depender da solicitação e das necessidades manifestas por estes. Realizou-se uma única entrevista individual com a mãe da adolescente com duração aproximada de 2h10min e, por sua vez, a entrevista com o pai da adolescente ocorreu em torno de 40 minutos.

4.5.2. FASE 2 - Procedimentos de registro do acontecer clínico: narrativas psicanalíticas

Imediatamente, após a cada entrevista clínica foi produzido, pela psicóloga-pesquisadora, um texto-narrativo contendo os registros de cada encontro, assim como, das informações, observações e ressonâncias contratransferenciais suscitadas. Esta modalidade de registro em formato de relato clínico escrito denomina-se narrativa psicanalítica ou transferencial, sendo considerado um procedimento investigativo embasado no método psicanalítico, pois faz uso da livre associação de ideias e da atenção flutuante para revelar o acontecer clínico com os participantes (AMBROSIO; AIELLO-FERNANDES; AIELLO-VAISBERG, 2013).

A narrativa psicanalítica aplicada em pesquisa corresponde a produção pelo psicólogo-pesquisador de um registro, cuja matéria-prima é o próprio viver de uma experiência afetivo-emocional em um espaço singular e intersubjetivo (AIELLO-VAISBERG, MACHADO, 2005b). Admite-se, em seu ato elaborativo, a pessoalidade do pesquisador que é considerada intrínseca ao campo intersubjetivo, configurando-se, deste modo, como via de acesso para a produção de conhecimento sobre a dramática experiencial humana (AIELLO-VAISBERG, MACHADO, 2007).

Assim, por meio do narrar, vislumbra-se revelar e compartilhar a experiência viva do encontro vincular, tal qual foi vivenciado pelo pesquisador, levando o leitor a aproximações sensório-perceptuais do acontecer clínico-investigativo e a elaborações interpretativas amplificadoras (CAMBUÍ, 2013). A narrativa psicanalítica possibilita, assim, a mobilização de conteúdos e estados emocionais diversos, fomentando novas vias interpretativas e o alcance de outros significados inerentes às condutas humanas (AIELLO-VAISBERG et al., 2009; OGDEN, 2010).

A narrativa psicanalítica foi privilegiada, neste estudo, como técnica de registro do acontecer clínico, de modo que foram produzidos cinco textos narrativos referentes aos três encontros realizados com a adolescente e, também, àqueles que aconteceram com os seus pais. As narrativas psicanalíticas incluíram as impressões despertadas, a articulação dos diálogos, as associações e os sentimentos contratransferenciais a partir dos encontros interpessoais, de modo que fosse revelada e preservada a vivência da experiência, o mais próximo do real, a partir da visão da pesquisadora.

4.5.3. FASE 3 – Análise dos dados: procedimentos de produção interpretativa de campos de sentido afetivo-emocional

A análise do material coligido do encontro clínico entre a psicóloga-pesquisadora e os membros da tríade, composto pelas narrativas psicanalíticas e pelas unidades de produção dos desenhos-estórias, seguiu as etapas de análise previstas na literatura (HERRMANN, 1979; 2017).

Deste modo, as narrativas psicanalíticas acrescidas dos desenhos-estórias constituíram o *corpus* da pesquisa, possibilitando o trabalho de análise e interpretação a partir do método psicanalítico. Este material foi qualitativamente analisado de acordo com a Teoria

dos Campos de Herrmann (1979), com o intuito de apreender, interpretativamente os campos de sentido afetivo-emocional subjacentes às manifestações e aos discursos dos participantes.

A Teoria dos Campos se trata de uma técnica de análise que visa ultrapassar o alcance descritivo dos conteúdos manifestos, buscando alcançar, mediante o emprego fundamental de livres associações, os sentidos latentes a partir de modalidades temáticas. A apreensão de determinados campos de sentido denota estruturas de relevância e valores de referência que se despontam devido sua frequência e importância para o objeto de estudo.

Para Herrmann (1979), “o campo é o inconsciente em sua ação concreta” (p. 107) e consiste em uma organização vital para o terreno da consciência, no qual sustenta, de modo significativo, as relações humanas que nele ocorrem, sendo indicativo dos sentidos, das representações, das palavras e dos sentimentos. Esclarece-se que o conceito de campo adotado por esta pesquisa consiste em uma articulação entre o conceito de campo de Herrmann, como conjunto de sentidos afetivos-emocionais enriquecido à luz da contribuição blegeriana que valoriza a potencialidade de seu aspecto sensível e vivencial, conforme proposto por Aiello-Vaisberg e Machado (2008).

Segundo Bleger (1963/1989), toda relação interpessoal, assim como qualquer representação e conduta humana admitem um campo, sendo este um conjunto de elementos particulares e coexistentes do fenômeno total, inserido em um contexto espaço-temporal. Entretanto, devido à complexidade dos fenômenos humanos e da dificuldade de apreensão de sua totalidade, o autor propõe a necessidade em realizar um recorte metodológico para circunscrever a amplitude do fenômeno e, assim, facilitar a sua compreensão. Nesse sentido, o campo corresponde a um corte hipotético transversal, a partir da cadeia associativa e da complexidade fenomênica no processo de produção de conhecimento.

A captação de campos de sentido possibilita a instrumentalização de reflexões teórico-clínicas referentes ao sujeito, sua história de vida e sobre os modos pela qual organiza

os significados e sua experiência emocional. Ressalta-se que, neste estudo, privilegiou-se como suporte metodológico do estudo, o método psicanalítico com base na teoria herrmanniana dos campos, visto que consiste em uma estratégia investigativa dos fenômenos concretos que valoriza a experiência dramática humana, sendo esta dotada de múltiplos sentidos emocionais (HERRMANN, 1979).

Dessa forma, as narrativas psicanalíticas foram submetidas à análise de forma individual, em busca de campos de sentido afetivo-emocional, à luz da seguinte indicação metodológica proposta por Herrmann (1979): “deixar que surja”, “tomar em consideração” e “completar o desenho”.

Para isso, inicialmente, com o objetivo de promover reflexões, considerações singulares e propiciar a emergência de novas compreensões, a partir da multiplicidade de olhares, as narrativas psicanalíticas e os desenhos-estórias foram compartilhados com a pesquisadora-orientadora que possui conhecimento na área e experiência com o uso desse instrumento. Sustentadas nas técnicas de atenção flutuante e de livre associação de ideias, ambas as pesquisadoras entraram, de acordo com as próprias impressões emocional-vivenciais, em contato com o material, por meio de uma postura receptiva e aperceptiva para a emergência de ideias (*“deixar que surja”*).

Em seguida, ao passo que as pesquisadoras foram sendo mobilizadas, contratransferencialmente, pelas narrativas psicanalíticas, os conteúdos relevantes foram sendo postos em evidência, dando-se, assim, o criar/encontrar de campos de sentido (*“tomar em consideração”*). E, por fim, em um espaço de transicionalidade, as pesquisadoras promoveram diálogos *brincantes* e interpretativos e definiram os campos de sentido afetivo-emocional relacionados ao universo dos cuidados parentais (*“completar o desenho”*).

Finalizados estes procedimentos de apreensão e de configuração dos campos de sentido conforme as instruções de Herrmann (1979), a pesquisadora responsável realizou a análise interpretativa destes, com base no referencial teórico psicanalítico winnicottiano.

4.5.4. Procedimentos de triangulação dos dados

A análise dos dados deste estudo foi organizada de acordo com a produção interpretativa de campos de sentido afetivo-emocional, considerando o dinamismo das viências e dos significados de cada um dos integrantes da tríade e, também, da unidade familiar acerca dos cuidados essenciais desde a infância até a adolescência. Considerou-se, ainda, como fonte investigativa de análise como estas experiências emocionais podem causar implicações sobre o desenvolvimento emocional da paciente acometida por TA.

Para tanto, foram realizadas, inicialmente, análises interpretativas individuais para cada um dos participantes e, em seguida, para o processo de triangulação dos dados, procedeu-se a uma análise compreensiva integrativa da tríade (unidade familiar).

Assim, os dados encontrados neste estudo são apresentados em dois eixos, de modo que o Eixo I inclui o conjunto de análises individuais em profundidade de cada membro familiar e, por sua vez, o Eixo II comporta uma síntese compreensiva coletiva que tem a tríade como objeto de aprofundamento analítico.

a) Eixo I: análise vertical dos dados

Procedeu-se, neste momento, à elaboração de sínteses compreensivas individuais para cada um dos membros da tríade, cujo foco centrou-se na análise interpretativa dos campos de sentido apreendidos com base no referencial teórico psicanalítico, tendo em vista evidenciar os significados afetivo-emocional associados às relações de cuidado na perspectiva pessoal da adolescente acometida por TA, assim como para os seus pais.

Trata-se de uma análise vertical em profundidade dos dados que considera a singularidade e a complexidade dos aspectos encontrados, especificamente, em cada membro da tríade, referentes ao universo biográfico de significados e as experiências emocionais que giram em torno dos cuidados essenciais que, de forma inevitável, inclui a função alimentar, desde a infância até a adolescência. Além de considerar, também, as relações de cuidado após a eclosão do TA na adolescente.

A análise individual dos campos psicológicos emergentes contemplou, portanto, elementos circunscritos aos significados e vivências associados aos cuidados, a alimentação, a dinâmica relacional familiar e a vivência sobre o TA.

b) Eixo II: análise horizontal dos dados

Em seguida, as análises individuais de cada um dos membros da tríade foram aproximadas, o que deu origem a uma síntese compreensiva integrativa que comporta o conjunto de significados próprios ao dinamismo e funcionamento familiar, destacando a singularidade e a complexidade dos aspectos encontrados relacionados aos cuidados.

Configura-se como uma unidade geral e aprofundada de investigação que perpassa a análise individual dos membros da família, com o intuito de destacar os pontos em comum e divergente entre estes, além de estabelecer diálogos analítico-reflexivos relacionados aos objetivos do estudo que é a compreensão do desenvolvimento da relação de cuidado mãe-pai-filha dentro da unidade familiar e suas possíveis implicações para a precipitação e manutenção dos TAs.

4.6 Considerações éticas

Este estudo foi delineado com base na observância e consentimento às diretrizes e normas éticas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos de acordo com a

Resolução CNS n° 466/2012 (BRASIL, 2013b). Este projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética do Centro Universitário Filadélfia/UNIFIL, Londrina, PR, tendo recebido parecer favorável em 23/04/2018, sob protocolo n° CAEE 87605118.7.0000.5217 (Anexo G).

Aos participantes foi informado o caráter voluntário para a participação da pesquisa e a possibilidade de desistência da mesma em qualquer momento do desenvolvimento desta, sem o acarretamento de prejuízo para eles. Foi facultado aos participantes o direito de não responder as perguntas da entrevista, bem como a opção de não produzir o desenho-estória.

Foi assegurado o sigilo das informações prestadas, assim como o anonimato e a privacidade dos dados pessoais, assim como qualquer aspecto que pudessem identificá-los, a fim de preservar seus direitos. Deste modo, todos os nomes utilizados neste estudo são fictícios.

Esclarece-se que todas as informações requeridas bem como dúvidas surgidas foram imediatamente prestadas pelo pesquisador à adolescente e aos pais. Para, caso houvesse, participante com idade inferior a dezoito anos, elaborou-se tanto o TALE quanto, especificamente, o TCLE para o responsável legal, vide Apêndices E e F.

Após, a conclusão do estudo por meio da defesa da tese, foi feita devolutiva aos participantes, de modo que pudessem ser informados individualmente dos dados encontrados, a fim de contribuir para o desenvolvimento pessoal.

O estudo incorreu em riscos aos participantes, pois os instrumentos aplicados se constituíram por entrevista, desenho e contação de estória, que fazem parte de atividades cotidianas que, de modo geral, podem gerar desconforto físico, moral ou emocional. Ressalta-se que foi oferecido atendimento psicológico para os participantes que se sentiram perturbados, realizado pela própria psicóloga-pesquisadora, na Clínica de Psicologia da UniFil, Rua Alagoas, 2050, Londrina-PR.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES: PRODUÇÃO INTERPRETATIVA DOS CAMPOS DE SENTIDO AFETIVO-EMOCIONAL

As narrativas psicanalíticas são concebidas, neste estudo, como registro do acontecer de uma realidade intensa vivida, que comunicam a polissemia dos sentidos afetivo-emocionais da experiência dramática humana. O conjunto do material clínico associativo elaborado pela pesquisadora-psicóloga foi submetido a tratamento psicanalítico em busca da apreensão dos campos de sentidos que, simultaneamente, se expressam de forma complexa, ambivalente e paradoxal, resguardando, assim, a profundidade e a sensorialidade do fenômeno sensível experienciado, tendo como foco central os cuidados parentais nesta família, cuja adolescente é acometida por TA.

Segundo os preceitos herrmannianos que pressupõe um modo particular de operacionalização do método psicanalítico, as pesquisadoras-psicólogas entraram em contato com as narrativas psicanalíticas a partir de uma postura orientada pela escuta flutuante isenta de pré-conceitos e pela livre e espontânea associação de ideias para que qualitativamente pudessem emergir os aspectos significativos, assim como, inusitados, impactantes, peculiares, frequentes ou que se destacassem das unidades de análise dos encontros clínicos, permitindo, assim, o acesso aos substratos afetivo-emocionais das experiências concretas relacionadas ao cuidado e, por conseguinte, a produção interpretativa de campos de sentido afetivo-emocional.

Os títulos atribuídos aos campos de sentido apreendidos foram encontrados/criados segundo a lógica da dramática vivencial dos participantes e do repertório onírico, imaginativo e brincante das pesquisadoras, de modo que estes enunciam o fio condutor e compreensivo do conjunto da trama, dos quais emergem as condutas humanas. Por meio da matéria substancial das narrativas, a criação de campos interpretativos repousa no acesso à experiência

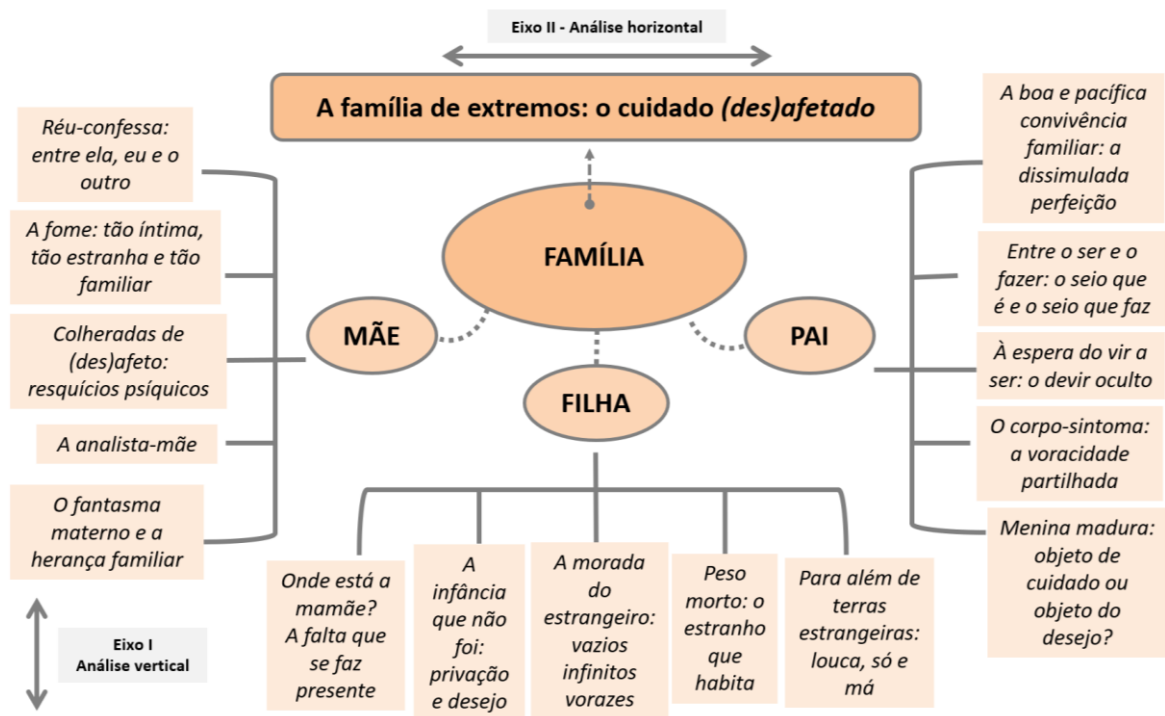
intersubjetiva, em campo transferencial e contratransferencial, que permite, ao compartilhar com demais pesquisadores, a criação e a interpretação de variados, mutantes e diversos sentidos.

Em razão do volume de material clínico associativo-aperceptivo, optou-se em apresentar os dados encontrados por meio da organização dos campos de sentidos captados, sendo estes contextualizados às vinhetas narrativas dos encontros, em formato de sínteses compreensivas individuais para cada membro da tríade (Eixo I). E, por fim, com o intuito de aprofundar as reflexões analítico-compreensivas sobre as experiências decorrentes das relações de cuidado e os significados atribuídos pela adolescente com TA e seus pais, foi produzida uma síntese interpretativa geral e integrativa da tríade familiar (Eixo II),

Assegurados pela legitimidade e a importância do Procedimento de Desenho-Estória com Tema que, no campo da pesquisa em psicanálise, viabiliza por meio da expressão gráfica a facilitação da comunicação emocional e a ressonância do psicodinamismo dos conteúdos internos de modo simbólico, os desenhos e as histórias foram incluídos no *corpus* da pesquisa.

Este estudo privilegiou a apresentação de uma família, cuja adolescente apresenta bulimia nervosa. Deste modo, primeiramente, foram apresentados, a partir de uma análise individual, os campos de sentido afetivo-emocional de cada membro da tríade, ou seja, mãe, pai e filha com BN. Escalrece-se que para esta família foi criado/encontrado um campo psicológico-vivencial mais amplo denominado “*A família de extremos: o cuidado (des)afetado*” e vinculado a este identificaram-se subcampos subjetivos particulares a cada membro da tríade acerca das relações de cuidado.

Com o intuito de visualizar e facilitar a compreensão do conjunto das análises, elaborou-se um esquema mental com todos os campos de sentido afetivo-emocional apreendidos em ambos os eixos analíticos, vide na Figura 1 a seguir.

Figura 1 Esquema mental dos campos de sentido afetivo-emocional

Fonte: elaborado pela própria autora

5.1 Apresentação - A família de extremos: o cuidado (des)afetado

A “família de extremos” é composta pela adolescente Helena³, 19 anos incompletos, estudante do curso de graduação em Psicologia, por Madá de 48 anos de idade, psicóloga, por João, 50 anos, empresário e, por fim, Breno, 11 anos de idade e estudante do ensino fundamental.

Esclarece-se que, primeiramente, serão apresentadas as sínteses compreensivas individuais referente ao Eixo I que corresponde a análise vertical dos dados decorrentes das narrativas psicanalíticas de Helena (a filha), Madá (a mãe) e José (o pai). E, por fim, será apresentada a síntese compreensiva integrativa da tríade familiar que comporta a análise horizontal dos dados referente ao Eixo II.

³ Com o intuito de preservar o anonimato e sigilo dos participantes e qualquer aspecto que pudessem identificá-los, adotaram-se nomes fictícios, visto que alguns destes foram sugeridos pelos próprios participantes.

Helena, a filha

Helena possui a pele translúcida e pálida que contrasta acentuadamente com a cor de fogo dos seus longos cabelos encaracolados que se assemelham a selvagens raios de sol. Seu corpo magro e alongado ora se retraía atrás de passos hesitantes ora se agigantava através uma postura visceral e defensiva. Seus olhos que tanto desviavam dos meus e, contraditoriamente, me buscavam como se timidamente solicitasse autorização para fazê-lo, denunciavam a existência de profusas emoções caóticas tomadas pelo desalento, fúria, tristeza e indignação. Muito inteligente e atenta, apresentou um discurso coerente e lógico, capacidade de estabelecer *insights* espontâneos e intensa profundidade emocional.

A adolescente apresenta 65 kg e 1,75 de altura, com 21,2 de IMC, sendo este considerado adequado para a altura e idade, estando, assim, próxima ao percentil 50 na curva IMC-por-idade para adolescentes do sexo feminino. Em relação aos instrumentos aplicados para rastreamento de TAs, a participante apresentou escore 45 no EAT-26, sendo este bem superior ao ponto de corte da escala (21 pontos), que indica presença positiva para sintomas e comportamentos de risco para o desenvolvimento de TAs.

Identificou-se, por meio do BITE, que a adolescente possui a presença de comportamento alimentar compulsivo (25 pontos), cuja escala de gravidade indicou a existência de sintomas que são clinicamente significativos para o diagnóstico de BN. Observa-se que, por meio deste instrumento, a participante informou ter o desejo de comer incontrolavelmente e a sensação de pavor frente ao descontrole de não conseguir parar de comer. Respondeu de forma afirmativa que busca conforto emocional no alimento e que a quantidade de alimento que consome não é proporcional à fome que sente. Enfatiza-se, ainda, que declarou se sentir culpada e deprimida após ingerir grande quantidade de alimento calórico

e que embora, às vezes, se alimente às escondidas, de modo geral, tem seus episódios compulsivos na companhia de outras pessoas.

Atenta-se ao fato que a adolescente afirmou, ao responder este instrumento, que apresentava comportamentos purgativos de duas a três vezes na semana, sendo estes, de modo geral, relacionados com a indução de vômito e a prática de exercícios físicos extenuantes, visto que chega a engordar e a emagrecer em torno de 2 quilos na mesma semana. Porém, no decorrer dos encontros para a realização da entrevista, revelou maior frequência das práticas purgativas, naquele período, sendo estas de quatro a seis vezes na semana.

Já as respostas da participante no BSQ-34 indicaram a presença de distorção e insatisfação com a imagem corporal de nível moderado. Este dado instiga preocupação e denota atenção, pois o elevado escore apresentado de 159 pontos é relativamente próximo da classificação de insatisfação grave com a imagem corporal (168 pontos) e, posto que se trata de uma adolescente que ainda se encontra em processo de desenvolvimento biopsicossocial, a imagem corporal pode sofrer alterações e alcançar maior distorção.

Em especial, ao responder este questionário, a adolescente manifestou espanto por reconhecer que outras pessoas tinham os mesmos pensamentos “bizarros” que ela. Considerou sentir de forma constante medo de ficar gorda, sensações de contentamento ao sentir o estômago vazio e, ainda, tristeza acompanhada de choro por se sentir mal a respeito de seu corpo. E revelou, particularmente, se imaginar com frequência cortando e eliminando pedaços do seu corpo.

Esclarece-se que embora estivesse prevista uma única entrevista clínica de aproximadamente uma hora, a partir da demanda e disponibilidade da adolescente foram realizados três encontros de 1h10min, 1h50min e 1h25min, respectivamente, que ocorreram em três semanas subsequentes. Entende-se que a realização do conjunto destas entrevistas, segundo a demanda da participante, se configurou como uma modalidade diferenciada de pesquisa

clínica. Posto que em condições adequadas de tempo, espaço e relação transferencial, ofertou-se um enquadre transicional e relacional mediado pelo recurso lúdico-dialógico para a expressão da experiência desveladora de sua “acontecência humana” (LESCOVAR, 2004), a partir da qual, a adolescente pôde entrar em contato de forma protegida com as vivências acerca do TA e dos cuidados parentais recebidos.

Assim, ao aceitar participar deste estudo, Helena encontrou/criou o que já estava lá para ser encontrado, ou seja, foi ao encontro do que necessitava, vislumbrando na proposta do estudo e no encontro com o objeto subjetivo (a pesquisadora-psicóloga), a possibilidade de comunicar um pedido de ajuda e, sobretudo, a tentativa desesperada e, simultaneamente, esperançosa de integrar as experiências não vividas e dissociadas no campo da ilusão e, em decorrência, alcançar a retomada do acontecer de si mesmo e da própria existência.

Este estudo oportunizou o acesso às vivências e aos significados emocionais de Helena relacionados aos cuidados parentais recebidos desde a infância até a adolescência. Em virtude da complexidade desvelada no material clínico apreendido, optou-se em apresentar os campos de sentido afetivo-emocional captados de acordo com a narrativa da história de vida da adolescente em campos psicológico-vivenciais, a saber: *“A morada do estrangeiro: vazios infinitos vorazes”*, *“Onde está a mamãe? A falta que se faz presente”*, *“A infância que não foi: privação e desejo”*, *“Peso morto: o estranho que habita”* e, ainda, *“Para além de terras estrangeiras: louca, só e má”*.

“A morada do estrangeiro: vazios infinitos vorazes”

Este campo de sentido afetivo-emocional se constitui, predominante, por expressões simbólicas que denotam a existência de um sofrimento intolerável da ordem do caos, da não vivência e da dissociação que se encarna em um corpo, também, irrepresentável que

tenta vorazmente controlar as vivências de vazio e de terror do colapso de sua própria desintegração.

“Eu queria acabar com o que estou sentindo. Eu sou um peso para as pessoas! Tenho ódio da minha carência, tenho raiva de ficar implorando, me arrastando por atenção. Eu só sinto um vazio. Só tenho buracos dentro de mim... buracos infinitos. E quando acho que lidei com algo e acontece alguma coisa, logo vejo que já estou dentro de outro buraco mais fundo” (Narrativa psicanalítica do encontro com Helena).

O discurso de Helena, assim como, seus gestos e seu olhar denunciavam a intensidade avassaladora de um vazio abissal permeado por sensações inomináveis, caóticas e ambivalentes. Enquanto morada do irrepresentável, seu corpo transbordava e, ao mesmo tempo, tentava controlar a ferocidade que se debatia em seu interior, denotando a urgência por sustentação e por respostas para um sofrimento indescritível e incompreensível a ela.

Entende-se que emerge, subjacente ao sintoma de Helena, a natureza mortificada e enlutada da não vivência de experiências que se materializa na forma de um sofrimento tantalizador que, por sua vez, rompe as frágeis fronteiras entre o espaço interno e externo, o corpo e a psique, a realidade e a fantasia e, sobretudo, o eu e o outro (FERNANDES, 2006). De acordo com Ab’Saber (2008), infere-se que a impossibilidade de elaboração e ligação das experiências traumáticas primitivas, tornou o corpo da adolescente reduto das inscrições psíquicas simbolicamente não equacionáveis, ou seja, campo de instauração e de comunicação do impensável de si mesmo.

Helena ao compartilhar os sintomas relacionados à bulimia nervosa relata o horror frente à perda de controle das condutas purgativas e compulsivas vinculadas ao ato da alimentação e ao próprio alimento. Estas estavam, segundo a adolescente, “tomando conta” dela e se tornando cada vez mais insuportáveis, o que a levava a se sentir doente e a reconhecer que aquilo “não era normal” e se tratava de uma “doença”, como evidenciado em suas palavras, “[...] eu me sinto doente e eu sei que é uma doença”. Porém, simultânea e contraditoriamente,

não via seus sintomas e as condutas associadas à perturbação alimentar como um “problema” e os considerava “importante” para “manter o corpo magro”, negando, assim, o pedido de ajuda e a existência do adoecimento.

O reconhecimento do descontrole dos próprios sintomas e do adoecimento perpassam sensações iminentes de queda nas agonias inimagináveis, isto é, da vivência do colapso. Não obstante, a recusa do próprio adoecimento e do pedido de ajuda, evidencia a internalização dos padrões e dos ideais socioculturais normativos de beleza que, paradoxalmente, emite uma mensagem velada e silenciosa sustentada no pressuposto de que negar o próprio adoecimento é negar o único modo pelo qual minimamente conseguiu existir.

Configura-se, assim, como um *corpo-sujeito* sem objeto, cujo vazio e suas lacunas remontam à existência de “memórias sem lembranças” (FUKS, 2006), que revelam a destituição de sua interioridade e historicidade (SAFRA, 2005). Denuncia, ainda, por meio da gravidade dos sintomas que a assola e das condutas atuadas, o apelo urgente ao outro que possa desejá-la, amá-la e compreendê-la em suas particularidades e ir ao encontro de suas necessidades, fornecendo, assim, as condições essenciais de cuidado para fazer do corpo morada viva e contínua de seu ser (DETHIVILLE, 2011).

“Minha psicóloga diz que sempre vai ter esse vazio em mim, porque todos temos uma falta. Me desespero com isso! Porque é insuportável sentir isso dentro de mim! É impossível que um ser humano, consiga suportar essa falta! Ela diz que por mais que a pessoa busque, nada vai preencher” (Narrativa psicanalítica do encontro com Helena).

No conjunto das narrativas transferenciais e, em especial, no trecho narrativo, observa-se a presença de experiências agônicas irrepresentáveis decorrentes de vivências primitivas do *não-lugar* e da *não-existência* que evocam ansiedades depressivas e, também, estão associadas ao cair para sempre no vazio, de nunca se vincular, bem como de

estrangeirismo do próprio corpo, ou seja, de ausência de conexão entre a unidade corpo-psi-quismo.

Trata-se, assim, de um espaço sem fim, no qual o vazio é da ordem do *não-ser*. De acordo com Winnicott (1963/1994), o medo do vazio se refere à existência de experiências primitivas agônicas que de tão intensas em um momento de imaturidade psíquica não conseguem ser organizadas, vivenciadas e integradas e, por sua vez, concorrem para a instauração de “buracos”, ou seja, espaços vazios de experiência (JAEGER, 2004). Segundo Chamond (2010), as experiências emocionais quando não elaboradas pela via da onipotência ilusória não encontram lugar psíquico para se ligar e repousar e, assim, se transformam em um vestígio dissociado, incompleto e perdido que escapa a qualquer possibilidade de memorização, configurando-se como algo que não ocorreu e não teve seu lugar, cuja inscrição se dá no vazio do ser.

Compreende-se, de acordo com Winnicott (1963/1994) que o temor do vazio corresponde ao medo do colapso, isto é, de uma queda sem fim, de se fragmentar e de se dissociar, assim como, de não conseguir mais estabelecer relações objetais. As agonias primitivas se constituem em diferentes graus de intensidade e se referem ao horror de retornar a um estado não integrado, de modo que diante da possibilidade de um iminente colapso da própria (des)organização do *self*, são mobilizados recursos defensivos que se manifestam, particularmente, no conjunto de sintomas dos TAs e também em outras psicopatologias (DESSAIN, 2011).

Pressupõe-se, de acordo com fragmento narrativo a seguir, que a referência da adolescente a “se sentir um nada”, “de estar cansada e exausta” e de não tolerar mais as vivências irrepresentáveis que concorriam, segundo ela, para o desencadeamento dos problemas alimentares se relaciona às experiências recorrentes do “acontecido não experimentado”. É no vazio do não acontecido sem tempo e espaço que se origina o vácuo

emocional que perpetua vivências de aniquilamento, desesperança, esfacelamento e de buracos internos (WINNICOTT, 1963/1994).

“Eu só sei que cansei disso! Não aguento mais isso! Não sei o que é isso! E cheguei a este ponto que tudo me exausta, estou cansada e me sinto um nada” (Narrativa psicanalítica do encontro com Helena).

Para Bruno (2011), os pacientes acometidos por TAs apresentam um núcleo psíquico frágil e “insuportavelmente sensível” que é desprovido de recursos suficientes para processar os estímulos vivenciais externos que, por sua vez, resultam na neutralização do aparelho perceptivo psíquico e dos próprios órgãos dos sentidos e, ainda, levam a instauração de espaços vazios e buracos internos preenchidos por infinitos fragmentos não elaborados. Em razão destas características, os TAs são reconhecidos na literatura psicanalítica como “patologias do vazio” e se configuram como um grave adoecimento psíquico (BRUNO, 2011; KALIL, 2016).

Observa-se que a vivência e o terror do vazio estão na origem do sofrimento de Helena, de modo que a angústia é vivida fora da psique, ou seja, num corpo sem sujeito e sem objeto. Fuks (2003) e Ribeiro (2015) ressaltam o relato constante de sensações de vazio e de desamparo profundo em pacientes com TAs, sendo estas consideradas uma tentativa precária de atribuir forma a esse espaço inabitado que concorrem, de modo geral, para a manifestação de *acting outs*, condutas autolesivas e tentativas de suicídio.

Para Safra (2005), “do ponto de vista da construção e da organização do *self*, ali onde não houve presença humana que possibilitasse o acontecer e a evolução do *self*, teremos um abismo no nada, buracos no *self* que fazem com que o indivíduo experiente o terror das angústias impensáveis” (p. 78). Deste modo, perante a experiência aflitiva e extrema em um momento precoce da vida origina-se uma vida suplantada no caos e em múltiplas dissociações que denuncia o terror do colapso da própria estrutura defensiva e da unidade do *self*.

Para Winnicott (1965c/2011), o *self* é o núcleo central sagrado humano e autenticamente dinâmico, do qual emerge a instauração de um espaço psíquico de onde é possível ser si mesmo. Trata-se do acontecer genuíno da pessoa em sua totalidade que se configura como a “expressão espontânea do indivíduo a partir de si mesmo” (FULGENCIO, 2016, p. 46). O *self* é espaço psíquico e, simultaneamente, lugar particular da experiência deste espaço psíquico (DESSAIN, 2011) que corresponde ao modo de existir no mundo, cuja função é atribuir sentido à existência e as condutas no mundo (SAFRA, 1998).

O *self* rudimentar e extremamente frágil do bebê somente se constitui em uma organização estético-sensorial e, posteriormente, em uma unidade total e integrada a partir do encontro com a presença viva, constante e afetiva de um outro ser humano que possa inseri-lo em um tempo e um espaço num mundo compartilhado, possibilitando a inauguração de experiências relacionais e o enraizamento em si mesmo (WINNICOTT, 1988/1990).

De acordo com Winnicott (1970/1994), o corpo para além de sua vívida materialidade somática e campo de excitabilidade e de experiência sensorial, perceptiva, funcional e motora é, também, espaço para a conquista do verdadeiro *self*. Deste modo, segundo o psicanalista, a base do *self* se dá sobre o corpo vivo e suas funções, isto é, o “*self* se dá no corpo, *self* é corpo” (SAFRA, 2005, p. 144).

A elaboração imaginativa das funções corporais concorre, assim, para a constituição da parceria da unidade psicossomática e, em decorrência, para o *dever* do *self* integral. Entende-se, pautado nas contribuições winnicottianas, que o gesto espontâneo proveniente de um *self* integrado possui suas origens na experiência de ilusão de onipotência ao entrar em contato paulatinamente com os objetos subjetivos que, por sua vez, torna o corpo lugar da singularidade de si mesmo e abertura para o encontro intersubjetivo (CAMBUÍ, NEME, ABRÃO, 2016).

Estas conquistas somente são alcançadas por meio da qualidade do encontro do bebê com uma figura significativamente humana e sensível que possa, ao realizar os cuidados essenciais, fornecer as condições para o bebê experienciar o campo da vitalidade e da essência humana. Porém, sobre certas condições traumáticas relacionadas às falhas ambientais precoces, o *self* pode se dissociar do corpo não encontrando, assim, morada em sua própria corporeidade.

“Onde está a mamãe? A falta que se faz presente”

Este subcampo comporta as vivências de Helena e os significados atribuídos aos cuidados parentais recebidos na primeira infância. Destaca-se, no subcampo *“Onde está a mamãe? A falta que se faz presente”*, a existência de manifestações subjetivas de desamparo em decorrência da ausência da figura materna nos períodos iniciais de constituição subjetiva.

Manifestam-se, neste subcampo, expressões subjetivas de vivências depressivas em decorrência da perda do objeto materno. Frente a esta dramática vivenciada precocemente foram articuladas, em Helena, angústias primitivas de separação e de perda do objeto de amor, bem como a mobilização de defesas psíquicas e de fantasias agressivas e onipotentes.

As vivências derivadas da primeira infância indicam que a falta vivida por Helena é o que se faz insistentemente presente. Tratam-se de vivências arcaicas calcadas em sensações de abandono, perda, vazio e profunda tristeza que se configuram como modalidades de sofrimento, sendo estas decorrentes da impossibilidade de compartilhar do universo mãe-filha, do qual prescinde os cuidados essenciais.

Evidencia-se, nas narrativas de Helena, a busca desesperada por experiências de cuidados físico-afetivos que não foram suficientemente ofertados a ela, sendo esta uma possível fonte originária para a constituição dos infinitos espaços de vazio que compõem seu mundo interno. Pressupõe-se que a presença recorrente de falhas ambientais relativas à ausência e

indisponibilidade emocional da mãe, em especial, no momento inicial do desenvolvimento emocional, conduziu a adolescente a um estado de desamparo psíquico e de ruptura do processo inicial de integração, sendo estes evidenciados na sensação inmensurável do vazio existencial.

A perda do objeto de amor vincula-se intimamente com a perda do “lugar de ser amado”, sendo que este deveria ser assegurado pelo desejo e pela concepção subjetiva das figuras parentais em relação ao filho que, em decorrência, asseguram o *vir a ser* do indivíduo. Assim, a perda do *objeto-mãe* e da condição de ser desejada e amada se configurou, para a adolescente, como um evento traumático, cuja ameaça de perda se tornou continuamente presente, assim como, se amplificou para outros e posteriores objetos de amor.

Entende-se, ainda, que a ameaça de perder o objeto de amor externo equivale, igualmente, a ameaça de perder o objeto interno indispensável, o que é evidenciado na tentativa desesperada de controle diante do caos e do temor do colapso. Assim, a “grande falta” originária sentida pela adolescente remonta ao período precoce de sua vida, contudo o estado de angústia ainda se mantém latente devido à impossibilidade de interligar e de representar a experiência de privação inicial, mobilizando sensações de impotência e de dor intolerável que a levam, por sua vez, a crenças de desesperança, de perda e de não permanência dos seus objetos de amor.

Nota-se, conforme a experiência emocional da adolescente, que a ausência materna não se deu prioritariamente na primeira infância, porém se manteve marcadamente ao longo de sua trajetória de vida, concorrendo para profundas implicações sobre o seu desenvolvimento emocional. Esta ausência não se refere apenas à indisponibilidade da presença física materna, porém está associada, principalmente, à ausência da gestualidade afetiva por parte da mãe, como evidenciado no trecho narrativo a seguir.

Compartilhou, então, que buscava intensamente pelo afeto nas pessoas, contudo enfatizou que este era impossível de ser alcançado, pois não existia “afeto no mundo” que iria “suprir” o que ela “queria”. Prosseguiu e afirmou que não “importava” o

tanto que o “namorado a amasse”, que este afeto não lhe completaria, pois se travava de uma “falta maior” e que “pertencia a ela”, de modo que a própria adolescente “não conseguia lidar”. Perguntei, então, o que seria capaz de lhe suprir e Helena respondeu que: “hoje em dia nem que minha mãe cuidasse da pessoa que eu sou, iria querer mais”. Diante disso questioneei a razão por negar algo que desejava e Helena respondeu energicamente que o tempo da mãe já havia passado e que, atualmente, não seria capaz de perdoá-la (Narrativa psicanalítica do encontro com Helena).

Pressupõe-se que as recorrentes falhas nos cuidados afetivos por parte da mãe durante a vida da adolescente, em especial, nos primeiros anos de vida, concorreram para a instauração de vivências aflitivas inomináveis. Dessa maneira, a perda do objeto de amor por ser tão intensa e constante não foi capaz de se inscrever psiquicamente, acarretando em uma constituição fragilizada dos limites de si mesma e na busca de objetos que pudessem, de alguma forma, tamponar o profundo vazio existencial instituído pela “falta maior”.

Em decorrência do medo da perda do objeto, tanto o desejo quanto a necessidade de suprimento dos cuidados básicos que não foram ofertados segundo sua demanda se tornaram imperiosos e foram, também, mobilizadas ansiedades depressivas e paranoides. A ansiedade depressiva diz respeito ao temor de Helena de que os próprios impulsos destrutivos possam ter destruído o objeto amado, concorrendo para a sua perda. E, por sua vez, o que diz respeito a ansiedade persecutória, esta se refere a uma ansiedade de ameaça ao eu, visto que o indivíduo por não dispor de recursos psíquicos diante do ambiente privador, passa a se sentir continuamente em perigo (WINNICOTT, 1954/1994). Especificamente, no caso da adolescente, à medida que são frequentes as perdas de diferentes objetos de amor, essa ansiedade é expressa na sensação de ameaça à sua existência pessoal. Já que, segundo sua percepção subjetiva, se dá a perseguição ameaçadora das repetidas e atormentadoras perdas.

A ansiedade depressiva embora seja decorrente da ruptura de ligação com o objeto, comporta, pelo seu avesso, uma função de religação com o objeto perdido (SCHEVACH, 1999). Pressupõe-se, deste modo, que a ansiedade depressiva manifestada por Helena se revela como última e desesperadora tentativa de se relacionar com o mundo, de modo que por meio

de suas manifestações emocionais depressivas direcionadas ao *objeto-mãe*, ainda, tenta (re)encontrá-la.

Percebe-se que outras experiências emocionais intensas e intermitentes de tristeza profunda, desesperança e de culpa assolam a adolescente e são atribuídas a *não-vivência* da relação afetiva de cuidado com a mãe, que a leva a afirmar que se nem a mãe a havia amado, ninguém nunca a amaria e, por esta razão, era problemática, “não merecia ninguém” e “deveria morrer sozinha”. Nota-se, em Helena, que o ódio dirigido ao outro é refletido, diametralmente, sobre si mesma, por meio da desvalorização e da depreciação do sentimento de si, da desesperança em relação aos objetos externos e do desmerecimento da capacidade de amar e de ser amada.

No tocante a perda do objeto em um momento precoce do desenvolvimento emocional, Winnicott (1956/2012) explica que esta pode mobilizar diversas reações que indicam a maturidade insuficiente do ego em processar esta vivência. O psicanalista destaca que reações à perda podem resultar no comprometimento da capacidade criativa do indivíduo, mobilizando falhas simbólicas, além de sentimentos de descrença em relação à busca pessoal de um objeto genuinamente sustentador e integrador para suas experiências. Winnicott (1950-55/2000) destaca também que face o objeto perdido pode se organizar um estado de ansiedade nervosa em que a agressividade se manifesta na forma de desordem, irritabilidade e desesperança, sendo este conjunto de manifestação clínica resultante da defesa maníaca.

No tocante a teoria do amadurecimento pessoal proposta por Winnicott, entende-se que a função do espaço-tempo ofertada pela presença viva e afetiva do cuidador principal possibilita a estruturação de um mundo interno capaz de dar continência a esse sentimento de infinito, configurando um espaço de repouso, próprio da solidão essencial. Dessa forma, a organização constitutiva é proveniente do contato com o mundo sensorial e psíquico, junto da figura materna, num percurso a dois que torna possível uma construção de vivências internas

capazes de germinar fantasias, simbolizações e ilusões que permitam ao indivíduo o desenvolvimento emocional e as condições suficientemente adequadas para o seu *vir a ser* (WINNICOTT, 1988/1990).

O que vai dar sentido à existência e levar o indivíduo a habitar o espaço transicional, sendo este o campo das experiências emocionais é, deste modo, a dinâmica viva dos movimentos intra e interp-síquicos presentes no vínculo inter-humano primário suficientemente afetivo e adequado, do qual emerge a constituição do espaço psíquico e conduz o indivíduo ao processo de individuação e existência pessoal, bem como para a partilha do sentimento de infinitude na experiência estética e para o *devir* da potencialidade humana dando origem à sua acontecência (DERONZIER, 2018).

Para Winnicott (1958/2012), a perda original pode causar distorções no processo de desenvolvimento, concorrendo para a constituição de psicopatologias. Entretanto, o desenvolvimento destas não é resultado simples e causal da perda do objeto. Mas, relaciona-se com o grau de maturidade do ego no momento da privação, de modo que num estágio do desenvolvimento emocional que o bebê ainda não tem recursos internos suficientes para enfrentar a perda, o ego imaturo não consegue lamentar esta falta e sentir o luto, assim como não tem condições de ter uma reação madura frente ao objeto faltante.

O psicanalista supõe, portanto, que a ocorrência de falhas ou de omissões ambientais em um momento muito precoce da vida quando o ego ainda é extremamente primitivo pode concorrer para a organização de um núcleo psicótico. Já, quando o indivíduo teve a oportunidade de alcançar relativamente uma maturidade egoica e se depara com a privação do objeto de amor pode, por sua vez, ser desencadeada a tendência antissocial. E, por fim, quando o indivíduo que já se encontra integrado se vê submetido à perda do objeto, consegue manifestar o luto, sendo esta reação indicativa de maturidade, pois se trata de um processo complexo (WINNICOTT, 1956/2012).

A dificuldade de acesso de Helena às memórias primárias da relação de cuidado pela mãe pode ser demonstrada no seguinte trecho da narrativa “*talvez até tinha* [alguma lembrança da infância]”, contudo não conseguia se recordar. Percebe-se a latente sensação de uma memória longínqua que está perdida em seu âmago, sendo assim uma memória sem lembrança da ordem da inacessibilidade e da irrepresentabilidade, em razão da impossibilidade de experiencição da relação vincular com a mãe.

A ocorrência de intervalos lacunares em sua história, assim como a confusão entre as idades e as transgressões temporais ao compartilhar as experiências de cuidado indicam as dificuldades de Helena em se situar numa dimensão espaço-temporal em relação a sua trajetória de vida. Admite-se que o processo de desenvolvimento precoce de Helena foi atravessado por episódios descontínuos, inconstantes e de omissões que expressam um tempo *não-vivido* e perdido. E é, por este motivo, que estas escassas lembranças centradas, especialmente, em momentos considerados ruins mobilizam na adolescente uma sensação de inteligibilidade e estranhamento.

Observa-se que a ausência materna se faz, para a adolescente, presença constante de dor e de vazio, sendo que esta pode ser evidenciada quando Helena relata sua indignação por a mãe nunca ter sido presente e, contraditoriamente, ocupar um espaço tão vasto em sua vida, o que ela considera injusto. Entende-se que os significados atribuídos à qualidade de injustificável e de incompreensível se remetem à impossibilidade de vivenciar a presença afetiva da mãe ao realizar os cuidados essenciais.

De acordo com a adolescente, a dificuldade materna na realização dos cuidados essenciais foi dissimuladamente justificativa pelo trabalho e os estudos, posto que a mãe conectou de forma ininterrupta uma atividade a outra. Outro aspecto importante reiterado por Helena é a incompreensão de ter sido estipulado pela mãe um prazo insuficiente de recebimento dos cuidados maternos nos primeiros meses de vida, devido seu trabalho e estudos. Nota-se que

essas questões mobilizam sensações de desamparo, assim como de inconstância e finitude da relação vincular entre mãe e filha.

As concepções subjetivas deste campo de sentido afetivo-emocional se organizam, segundo a adolescente, em torno da impossibilidade da mãe em amar e cuidar afetuosamente dela neste momento de vida. Destaca-se que as falhas nos cuidados essenciais são atribuídas exclusivamente à mãe, como é evidenciado nos seguintes relatos de Helena: *“Ela nunca cuidou de mim, ela só trabalha”*, *“Minha mãe, não me vê, não me escuta, não me percebe, eu sou um nada pra ela”* e *“Como pode uma pessoa desejar tanto algo e fazer tão errado?”*

A adolescente justifica que a maternidade foi idealizada pela mãe. E, embora, a desejasse, a mãe se assustou frente à concretude do contato com um ser humano tão imaturo e dependente dela, levando-a a estipular períodos escassos de contato com o bebê e a evitar a vivência da própria maternidade e da complexidade que esta admite.

Em razão da indisponibilidade da mãe em exercer os cuidados, os cuidados essenciais foram atribuídos a outras pessoas que, igualmente, não tinham condições emocionais e tempo para fazê-lo. Observa-se que memórias confusas e da ordem do desconhecido tomaram conta de Helena ao relatar a existência de vários cuidadores que realizavam, quando ela era bebê, os cuidados em diferentes turnos (pai, avó paterna, mãe e funcionária doméstica - Naná).

Quando questionada sobre as memórias associadas ao recebimento de cuidados que fossem afetuosos, Helena expressou, imediatamente, que a mãe “nunca” havia cuidado dela com afeto. Complementou, ainda, que os outros cuidadores tinham diversas atividades e funções, o que inviabilizava a oferta constante de um cuidado integral de acordo com a sua demanda. E, por fim, reforçou a ausência de uma referência materna que promovesse os cuidados essenciais durante a primeira infância.

Segundo o trecho narrativo a seguir, predomina, de acordo com a adolescente, um sentimento de descaso e de indiferença no suprimento de suas necessidades pelos vários

cuidadores, o que configura a existência de um bebê que não chegou a habitar lugar e espaço, pois passava de colo em colo, a depender da sobrecarga das atividades operativas dos adultos.

A questioneei se Naná era sua referência de afeto e a adolescência respondeu que não tinha uma referência de afeto, pois “por mais que amasse Naná, esta não era sua mãe”. Afirmou, também, que por mais que amasse a sua avó, esta não era sua mãe. Prosseguiu e disse que não conseguia ver tanto Naná quanto a avó paterna de “forma constante” com ela, pois Naná ficava com ela por um “período de tempo”, já a avó cuidava dela “de vez em quando” e, por outro lado, a “mãe nunca ficava” e o “pai ficava às vezes” com ela na infância. Finalizou e disse que o cuidado foi “muito espaçado e realizado por várias pessoas”, o que criou intervalos de vazio (Narrativa psicanalítica do encontro com Helena).

Trata-se, assim, de um bebê que teve supostamente vários cuidadores, isto é, a mãe, o pai, a avó paterna e Naná. Entretanto, nenhuma dessas pessoas se configurou, para a adolescente, como uma figura materna, pois diante da insuficiência na realização dos cuidados e da indisponibilidade destes diversos cuidadores, ela não teve a chance de ser vista, percebida, acolhida e contida. Infere-se que a percepção da ausência materna, a rotatividade de diversos cuidadores, a inconstância do cuidado e a impossibilidade de atendimento das necessidades de Helena mobilizaram a instauração de intervalos de vazio.

Sob este aspecto, infere-se a instauração de uma dimensão experiencial primitiva de vazio em Helena, cujas mães não conseguiram ser mães, de modo que é perceptível a manutenção da inscrição de vivências depressivas e de desamparo que se referem às falhas nos cuidados essenciais. A ausência de um cuidador principal disponível e a inconstância de cuidadores que não tiveram condições de disponibilizar tempo, espaço e recursos internos para a facilitação do *vir a ser* do bebê, concorreram para a impossibilidade de enraizamento de Helena em seu próprio ser.

Infere-se que a conduta da adolescente de ficar observando a mãe quando esta pegava bebês no colo, supostamente indica a busca esperançosa por resquícios de lembrança da própria história de cuidados centrados no afeto, no brincar e no manhês. E, sobretudo, o latente

desejo de ir ao encontro do colo perdido, ou seja, de reviver uma relação adequada de cuidado afetivo com a mãe.

As expressões subjetivas da adolescente indicam que os cuidados iniciais ofertados foram realizados segundo as características do próprio cuidador. Deste modo, o cuidado realizado pela mãe foi descrito por Helena como “ausente, seco, frio, rígido e sistemático”. Já, os cuidados promovidos pelo pai foram permeados por afetos e “mimos”, sendo considerada, quando criança, a “princesa do papai”.

Por sua vez, a avó paterna que, inicialmente, rejeitou a gravidez de Helena, a “adotou” e a “mimou muito” quando nasceu e, embora, os cuidados ofertados fossem esporádicos eram permeados por amor. Por fim, Naná assumiu outra parte dos cuidados e alimentava, conversava e brincava com Helena. Contudo, devido o excesso de atividades domésticas, esta não tinha tempo suficiente, mas “fazia o que era possível” por ela, o que contribuiu para a constituição de uma relação de qualidade.

Ressalta-se que quando convidada a se lembrar dos cuidados recebidos, a adolescente relatou, primeiramente, as lembranças associadas à Naná e ao seu pai. É notória a afeição que a adolescente tem pela funcionária da família e o pesar pelo posterior distanciamento da gratificante relação, pois compartilhavam momentos importantes e era somente com ela que tinha a possibilidade de conversar. Nota-se que Naná ofertou a ela cuidados importantes, entretanto não é considerada por Helena como referência de figura materna. Supõe-se, assim, que a busca implacável da adolescente pela relação de amor e de cuidados com a mãe biológica, corresponde a tentativa de regressar aos momentos iniciais para reviver e, assim, ser possível reparar as fraturas no processo de desenvolvimento que foram ocasionadas pelo conjunto de falhas ambientais.

Entende-se, com base na análise interpretativa das narrativas de Helena sobre as relações de cuidado que foi o pai que, inicialmente, realizou a função materna e, por sua vez, a

mãe realizou a função paterna. Contudo, a própria adolescente não o reconhece como sendo a figura materna de suas relações vinculares primárias. Este fato instiga questionamentos: Helena não reconhece o pai como figura materna, pois posteriormente também foi privada deste objeto de amor e, assim, diante do repetido evento traumático foram mobilizadas defesas psíquicas de negação do mesmo? Ou é, ainda, possível indagar que constituída segundo uma conduta dissociativa que foi ordenada segundo as vivências frágeis da presença de um suposto *objeto-mãe* bom, a adolescente deseja descomedidamente reencontrá-la, reservando a esta lugar e função para o exercício da maternagem que não foi suficientemente realizada?

“A infância que não foi: privação e desejo”

Este campo de sentido afeito-emocional se organiza em torno de expressões subjetivas de experiências de perdas não elaboradas que estão associadas ao universo de significados atribuídos pela adolescente às experiências de cuidados recebidos no período de três aos seis anos de idade. Predomina, neste subcampo, a manifestação e a continuidade das vivências de vazio existencial e de ansiedades depressivas que se relacionam à ausência de um principal cuidador afetivo e constante desde a primeira infância.

Compreende-se que o irrepresentável decorrente das experiências *não-vividas* de Helena ocupa o espaço vazio de sua própria existência que, por sua vez, mobiliza um estado de angústia constante. Helena ressaltou a incapacidade de se lembrar de eventos da sua infância e quando convidada a acessá-las, indicou a presença de um *nada* profundo e ilimitado, referindo a este período da vida como inacessível, que foi caracterizado por ela como a “infância que não foi”. Entende-se que a dificuldade em acessar estas vivências é decorrente de um bloqueio inconsciente das memórias infantis que expressam um trauma precoce que não está recalado,

como na histeria. Mas, está associado às experiências dissociativas de algo que não ocorreu, mas que deveria ter ocorrido.

Alinhada aos pressupostos de Winnicott (1988/1990), infere-se que a experimentação prolongada de excessivas vivências de desencontro entre Helena e o *objeto-mãe* em um momento precoce de constituição emocional configurou-se como um evento traumático que concorreu para a organização de um estado permanente de solidão, descrença e desamparo (MELDLOWICS, 2006). O evento traumático passou, então, a existir como um "corpo estranho" em si mesmo e, para além do tempo de sua ocorrência, continuou a agir como um acontecimento atual, preservando sua atemporalidade e o estado dissociado das vivências e representações (SINANIAN et al., 2014).

Como se fosse difícil verbalizar algo que de forma latente pulsava ferozmente em seu interior, afirmou que tinha faltado amor. Disse, com um tom exasperado, que a mãe poderia “amar à sua forma”, mas que ao menos fosse de uma forma “compreensível” a ela. Logo, afirmou com tristeza que faltou “carinho, atenção e contato físico”. Relatou em um tom sarcástico que a mãe “jamais” a havia abraçado e que ela era a única na relação que buscava o contato afetivo e físico, mas diante da falta de retorno por parte da mãe, tinha deixado de procurar. Falou, ainda, que os momentos que a mãe a abraça e a tocava tinham ficado muito “marcados” em sua memória e quando essas lembranças vinham à sua mente, era tomada por muita “raiva”. Disse, então, com fúria que não dava mais a ela esse “direito” de ser mãe, pois o “tempo” dela, já havia “passado” (Narrativa psicanalítica do encontro com Helena).

Observa-se, no trecho narrativo, que a angústia de separação corresponde à perda do objeto de amor nos primórdios da frágil relação de cuidado que, em decorrência, levou à instauração de dolorosas vivências impossíveis de serem simbolizadas e elaboradas, pois o *objeto-mãe* é faltante.

Em razão da descontinuidade dos cuidados essenciais, infere-se que foram engendradas ansiedades depressivas que se articularam à manifestação de fantasias sádicas de agressão ao objeto, cujo desfalecimento é do próprio mundo interno. Nota-se que a lembrança de contato físico e afetivo mobiliza tonalidades emocionais hostis que expressam a fúria de não

ter sido amada e de não ter recebido os cuidados essenciais, principalmente, pela mãe. Deste modo, “*o tempo de ser mãe*” que fora perdido remonta aos momentos iniciais do desenvolvimento, em que a mãe deveria ter sido presença afetiva e constante. Com base nas vivências subjetivas de Helena, este tempo se perdeu, desencadeando a manifestação de sentimentos de raiva e de culpa diante da privação do *objeto-cuidador-mãe*.

O vazio deixado pela ausência do cuidado materno se constituiu em Helena, portanto, como um buraco profundo e inabitado por lembranças sem acesso e sentido, espaço do qual emana a incapacidade de transitar simbolicamente entre o mundo interno e externo. Entende-se que a descontinuidade e a inconstância do cuidado ofertado à adolescente, fez desaparecer, provisoriamente, o *objeto-cuidador-mãe* de seu espaço interno, pois num momento precoce da vida, os recursos introjetivos não estavam suficientemente estabelecidos para integrá-lo e torná-lo presente ao nível dos aspectos de si mesmo (CICCONE, 2007; 2011).

Helena experienciou uma relação de cuidado com a mãe até aproximadamente o segundo e terceiro mês de vida, contudo desconhece a qualidade desta. A partir deste momento até por volta dos três anos de idade, instalou-se a ausência da mãe, pois esta passou a trabalhar durante todo o dia e estudava no período noturno. E, deste modo, o cuidado passou a ser realizado por várias pessoas que tinham cada qual sua forma de cuidar e amar.

Esclarece-se que quando a mãe finalizou os estudos, retomou os cuidados durante a noite, porém a adolescente indica o absoluto esquecimento deste período, embora se lembrasse dos momentos anteriores de cuidado na companhia do pai. Ressalta-se, ainda, que várias vezes a adolescente relatou que nunca tinha partilhado da presença da mãe em tempo integral, já que esta fazia de forma contínua diversas atividades.

Segundo as manifestações subjetivas de Helena, a partir dos dois meses passou a vivenciar predominantemente a ausência física materna. Contudo, a falta já podia estar instalada

em seu psiquismo em um momento mais precoce, em razão da insuficiência afetiva e qualitativa dos cuidados maternos.

Com base nas preposições de Phillips (1996), infere-se que Helena encontrava-se à deriva em águas perigosas, profundas e desconhecidas, das quais corria o risco de ultrapassar as fronteiras e não conseguir retornar. Segundo o autor, para um bebê que vivenciou a “ausência de cuidados maternos suficientes”, “a solidão é uma viagem potencialmente fatal” (p. 47). O bebê que fica à espera dos cuidados maternos, sem que tenha alguém que atenda as suas demandas de forma adequada e sensível, se vê confinado em seu próprio corpo e sofre graves riscos associados à solidão, ao vazio e ao abandono que, por sua vez, podem levá-lo de forma inconsciente àquilo que está além do seu controle magicamente onipotente.

Evidencia-se, nos encontros realizados, que a adolescente atribuía a outras pessoas (namorado, amigos) a realização da função de maternagem que as próprias “figuras maternas” não foram capazes de realizar. Nota-se a repetição de vivências precoces de abandono sob uma modalidade transferencial diferenciada, na medida em que Helena solicita o cuidado e o vínculo inter-humano, a fim de encontrar um espaço no qual pudesse, ao reviver experiências infantis, dar continuidade à sua acontecência humana e, assim, habitar o mundo simbólico e ir ao encontro do *objeto-amor* perdido.

Entretanto, após as solicitações de amor à outros objetos que não era propriamente a mãe, Helena era tomada por sentimentos de vergonha, raiva e de culpa por estar designando a outros indivíduos suas próprias questões pessoais vinculadas ao vazio existencial e carência afetiva. Entende-se que Helena solicitava a estas pessoas íntimas o exercício da função materna primária, a fim de que ele pudesse sustentar o seu *vir a ser*, assim como, sobreviver e não retaliar aos seus conteúdos mais temidos, sombrios e desconhecidos. Porém, como uma história que se repete, a adolescente encontrou o nada, a *não-resposta* e o *não-fazer* e restou a ela recorrer e convocar desesperadamente por uma entidade divina na tentativa de ser acolhida em suas

necessidades básicas de cuidado constante, afetivo e vivo, conforme evidenciado em sua fala:

“Pelo amor de Deus, me dá amor”.

Observa-se que quando solicitada a evocar lembranças ou imagens associadas à segunda infância, a adolescente inicialmente hesitou. No entanto, logo após, compartilhou, essencialmente, algumas rasas memórias que estave na companhia de Naná. Torna-se relevante afirmar que a adolescente informou que também se recordava de momentos com o pai, mas acabou por não os compartilhar com a pesquisadora-psicóloga. Nota-se que o acesso de Helena às lembranças se faz confuso e, ainda, é perceptível a dificuldade em adentrar o campo residual das memórias infantis, pois além de estar preenchida por várias e profundas lacunas, reconhece que lançar-se à dimensão interna, ainda se faz incerta e arriscada.

Embora as memórias primitivas fossem de difícil acesso, ao passo que foi se dando o encontro inter-humano e a configuração de um espaço sustentador, o contato emocional entre a adolescente e a pesquisadora-psicóloga foi viabilizado, possibilitando o acontecer mais espontâneo de movimentos intra e interp-síquicos que, por sua vez, contribuíram para a manifestação de expressões subjetivas sobre o cuidado recebido e a vivência relativa ao TA.

Este campo de sentido afetivo-emocional também se articula em torno de concepções subjetivas vinculadas às vivências precoces de natureza prazerosa e ameaçadoramente interditora relacionadas às figuras parentais.

Por meio da proposta do Procedimento de Desenho-Estória com Tema, Helena pôde experienciar a manifestação emocional relacionada aos cuidados recebidos, bem como, acessar as vivências ocultas e possíveis níveis de integração simbólica. Evidencia-se, a seguir na Figura 2, o desenho-estória de Helena que se consitui de expressões afetivo-emocionais relacionadas à experiência remota de uma brincadeira infantil com os pais.

Figura 2. Desenho-Estória da adolescente referente à proposta temática: “Desenhe uma filha sendo cuidada”



Fonte: elaborado por Helena.

Sorrindo e irradiando a alegria de uma boa lembrança, contou que o pai tinha o costume de pegá-la de ponta de cabeça, algo que ela considerava muito “engraçado”, porém era para fazer cosquinha e isto ela “odiava”. De tanta cosquinha que o pai fazia, não conseguia respirar e isso lhe dava uma “agonia” e ela “gritava” pela mãe para que esta pudesse ajudá-la. A mãe aparecia, então, na porta do quarto sorrindo e olhando para os dois e dizia para Helena que não iria ajudar e era para ela se “virar” sozinha. Novamente, Helena pedia “Por favor mãe, me ajuda!” E a mãe falava, então, para ela puxar os pelinhos da perna do pai (“Puxa o pelinho Helena, puxa o pelinho”) para que este a soltasse. Ao finalizar a estória, disse que eles brincavam às vezes dessa brincadeira e ao ser questionada sobre a idade da criança do desenho, informou que tinha cinco anos (Narrativa psicanalítica do encontro com Helena).

Nota-se que pai e filha brincam em contato corporal sobre um tapete. Já a mãe, embora convocada para a brincadeira, se encontra absorta no espaço à distância da dupla. A mãe quando solicitada a ajudar a criança expressa que esta deveria lidar com a situação por si mesma, atribuindo a ela a responsabilidade de se desenvolver sozinha e precocemente segundo

seus recursos escassos. A filha alerta, então, que não teria condições de fazer isso sozinha e, posteriormente, ao apelo desesperado por ajuda, a mãe de forma distante fornece uma dica que poderia auxiliá-la a se livrar do que lhe causava a “agonia”.

O desenho-estória de Helena reúne produções simbólicas associadas a uma cena de sedução sexual marcadamente acetuada por fantasias inconscientemente incestuosas pelo pai e a perigosa ameaça de castração da mãe. Observa-se que a brincadeira com o pai remonta uma experiência infantil de natureza edipiana que comporta fantasias prazerosas (“engraçado”) em relação ao objeto de amor – o pai. Nota-se, ainda, a existência de uma subjacente fantasia de sedução incestuosa ativa por parte do pai, que insiste em fazer “cosquinhas” e, por outro lado, a figura autoritária e proibitiva da mãe que se coloca vigilante e de forma intimidadora na cena.

A relação afetiva e íntima com o pai em uma cena potencialmente incestuosa, o contato corporal entre pai e filha e o acesso ao prazer despertam o desejo ávido de assumir o lugar da mãe, a fim de se tornar em fantasia o objeto amado do pai. Contudo, Helena se vê confrontada com uma mãe interditor e, frente a esta, são mobilizadas fantasias persecutórias, parricidas e de rivalidade.

Observa-se no desenho-estória que as estimulações provocativas paternas em Helena são tão excessivas, em um período pré-genital, que despertam sensações de sufocamento (“não conseguia respirar”) e, também, de insegurança, perda de controle e queda no vazio (ser colocada de ponta cabeça), bem como engendram modalidades de angústias arcaicas (“agonia”). Infere-se a coexistência de angústias de aniquilamento e confusionais e, ainda, de angústias de castração derivadas do temor da figura castradora.

A configuração da cena edipiana evoca, portanto, acentuada ambivalência afetiva em relação às figuras parentais, visto que o pai se configura como objeto de desejo e de amor, mas, também é invasivo. E, por sua vez, a mãe é uma figura de identificação na qual Helena se espelha para ocupar o seu lugar e, ao mesmo tempo, é condenatória e punitiva. Em especial,

este aspecto pode ser acrescido do relato acerca da formação onírica inconsciente de morte da mãe e a culpa decorrente por ter em sonho se livrado de sua rival.

Com base no desenho, depreende-se, em cadeia associativa, a existência das figuras da *medusa-mãe* e do *pai-me-quer*. Assim, percebe-se no desenho, a presença de uma criança que contempla um momento de prazer junto ao *pai-me-quer*, contudo o rosto acentuadamente sombreado da criança indica a presença de uma ameaça latente. Logo ali, tão longinquamente próxima da dupla, a *mãe-medusa* retaliadora observa a cena. Além disso, o desenho evoca um espaço tridimensional e ilimitado de corte, intervalo e lapso, somado às sensações de vacuidade, inacessibilidade e de desconhecimento.

Este campo de sentido afetivo-emocional reúne, também, expressões subjetivas centradas em vivências de morte e defesas autísticas. Na tentativa de se proteger da perda dos objetos de amor, principalmente, a mãe, Helena passou a fazer uso de objetos substitutos que se tornaram permanentes. Trata-se de objetos de apoio que funcionam como uma concha protetora contra o mundo externo, constituindo assim uma resposta do indivíduo àquilo que a ausência do objeto de amor desencadeou, a fim de repelir o estado de terror e o sentimento de colapso que ameaça o eu.

Gurkinfel (2017) afirma que experiências traumáticas de separação e perda da mãe concorrem para rupturas na continuidade do ser e, diante da falta de comunicação com esta e da instalação da desesperança que ameaça a integração em uma unidade existencial e psicossomática, a função do objeto se transforma e passa a ser não de comunicação entre o mundo interno e o externo como é no caso do uso dos objetos transicionais, dos quais as crianças saudáveis são portadoras. Mas, passam a expressar a negação de algum aspecto da realidade, ou seja, da experiência de separação e perda do objeto de amor e, assim, o uso do objeto se torna fetichizado, sendo este indicativo de distúrbios na área dos fenômenos transicionais.

De acordo com Zimmerman (2008), a palavra objeto é de origem latina e se constitui pelo prefixo “*ob*” que significa “diante dos olhos” ou “o que é posto a frente”, denotando assim uma relação íntima e proximal com aquele que está diante de si. Outra definição para esta palavra é relativa a própria *ob-jeção*, ou seja, uma atitude de oposição que para Winnicott vai mais além, pois o objeto pode ser também aquele com o qual o indivíduo se reúne no espaço da ilusão (GURKINFEL, 2017).

Tustin (1975/1972) desenvolveu, em seus estudos com crianças, considerações importantes sobre a mobilização de defesas autísticas contra as falhas dos cuidados maternos primários. De acordo com a psicanalista kleiniana, frente a experiências traumáticas precoces de separação da mãe, as crianças tendem a se encapsular, fechando-se para o mundo exterior, como forma de barreira protetiva cristalizada contra a percepção da existência do não-eu.

E, assim, na falta do *objeto-mãe* constitutivo, a criança busca por objetos substitutos de natureza autística para “evitar a frustração e a desilusão da perda do seio”, tendo em vista tamponar o buraco decorrente da “ruptura do conjunto mamilo-boca” (LUCERO, VORCARO, 2015, p. 313). Segundo Ferreira e Abrão (2015), a experiência emocional decorrente não é de ausência do *objeto-mãe*, mas de sensações de nulidade e de vazio dos cuidados maternos que concorrem para a instauração de buracos negros psíquicos e, dessa maneira, precisam ser preenchidos por objetos concretos.

Destaca-se que tanto a boneca Lolô quanto o amigo imaginário Mimi que acompanharam Helena durante a infância se configuram como objetos protetivos, de apoio e de sobrevivência psíquica de Helena, que evidenciam aspectos dissociativos organizados sob a defesa psicótica. Observa-se que a memória evocada de Mimi está vinculada a ansiedades persecutórias, bem como a sobreposição entre fantasia e realidade, pois “alguém queria entrar” o que despertou profundo desespero e pedido de ajuda da criança ao pai.

Percebe-se, por sua vez, que a boneca Lolô foi outro objeto psíquico de sobrevivência que acompanhou Helena por um longo período, isto é, dos cinco aos treze anos de idade. Nota-se que a partir de mecanismos defensivos maciços de identificação projetiva, Helena estabeleceu um contato adesivo com a boneca, de modo que esta passou a lhe propiciar uma vivência de pseudodependência e de reassseguramento narcísico, evitando assim estados de não integração. A partir de uma sensação falseada de proteção com a boneca, Helena extraía desta um sentimento de existência e de suposta continuidade do que tanto lhe faltava.

Atenta-se que a adolescente identificava-se, na infância, com a boneca negra por ela ser diferente e reconhecidamente como estranha em seu meio familiar. Infere-se que partes do *self* de Helena foram introjetados na boneca e, assim, o *self* transformou-se no próprio objeto, de modo que este passou a ser o depositário das vivências iminentes de dissolução e colapso.

A identificação projetiva refere-se a um mecanismo defensivo pelo qual o ego se apodera, por projeção, do objeto externo e o converte numa extensão do sujeito, ou seja, no seu representante (SOIFER, 1982). Como resultado da atuação deste recurso defensivo, o objeto é vivido como se tivesse as peculiaridades do indivíduo, como se esse fosse idêntico ao objeto e, por sua vez, é sentido como idêntico ao indivíduo. Tem-se assim uma total identificação Helena-Boneca.

De acordo com Fulgêncio (2016, p. 43), se a mãe morrer para a experiência psíquica do bebê, ou seja, quando esta “desaparece por um tempo maior do que suportável para mantê-la viva ou presente”, o valor atribuído ao objeto é amplificado, concorrendo para a aniquilação afetiva do objeto, ou seja, para a indiferença pelo objeto. Ou, ainda, segundo o autor, pode se transformar em um *objeto-fetich* ou *objeto-substituto* para suplantar o vazio e a ausência do *objeto-mãe*.

[...] A mãe criada/encontrada/materializada num objeto [deixa de ser], passando a ser algo externo ou sem valor para a criança, ou, então, num sentido oposto, mas patológico, numa tentativa de negar a morte da mãe, ele transforma-se num objeto fetiche ou um objeto que substitui a mãe morta, supervalorizando o objeto como sendo

a mãe, na tentativa de reencontrar a mãe que desapareceu para sempre na sua perspectiva (FULGENCIO, 2016, p. 43).

As intensas e recorrentes crises de “choro e de ansiedade” frente à possibilidade de “morte” da boneca revelam a projeção de conteúdos internos da própria falência psíquica e da angústia associada à perda do objeto de amor, devido a incapacidade deste em sobreviver aos impulsos vorazes primitivos de Helena. As vivências depressivas e de morte em relação a boneca Lolô expressam, assim, a vivência recorrente da perda de objetos que não sobreviveram e, ainda, não sobrevivem à Helena, bem como a tentativa de encontrar nestes objetos substitutos, o *objeto-mãe*, que tanto se “recusa” em ser sua coisa, levando-a a estar incluída, por identificação projetiva, no objeto-boneca, sendo este a correspondência com o objeto perdido.

Observa-se, portanto, na adolescente o predomínio de ansiedades depressivas que denunciam o terror mortificante do eu e da perda do objeto primário. Além disso, fantasias de agressão ao objeto e de inacessibilidade deste também são mobilizadas, visto que o objeto de amor por ser tão desejado, se tornou inacessível e, ainda, não sobreviveu às suas demandas e destruições.

De acordo com Ogden (2017), a perda da “mãe-como-ambiente” constitui-se como um evento catastrófico para o indivíduo que está no início do desenvolvimento emocional e ainda não tem a imago⁴ materna internalizada. Frente a esta perda, o indivíduo responde com um sentimento de tristeza, solidão, culpa e desolação, bem como de perda iminente de si mesmo.

Sob este aspecto, Gazire (2017) afirma que o objeto é fundamental para a instauração do psiquismo e diante do desamparo precoce, a criança passa a se constituir pelas inscrições das experiências de perda do objeto primário, configurando assim uma matriz objetal,

⁴ Conforme as contribuições winnicottianas, a imago corresponde “a imagem de um objeto que é enriquecida pela elaboração imaginativa” (ROSA, 2009, p. 76), ou seja, se trata de um amálgama de fantasias associadas às vivências somáticas da unidade mãe-bebê.

que é tomada como protótipo para uma repetição posterior. Observa-se que em Helena se deu a constituição dessa matriz objetual organizada pela perda do objeto primário e, desde a infância, o *objeto-mãe-cuidador* perdido tem sido buscado ávida e compulsivamente em objetos externos, principalmente, no *objeto-comida*.

Torna-se ainda importante ressaltar que aos oito anos de idade ocorreu um evento importante e desorganizar na vida de Helena: o nascimento do irmão. Após um longo período vivenciando uma insuficiente relação de cuidado com a mãe e, por outro lado, de mimos e afetos com o pai, nasceu o irmão. Até este momento, ela era considerada a “princesa do papai”, tendo todas as atenções paternas para ela. Porém, com o nascimento de Breno, Helena sofreu novamente mais uma dura e incompreensível perda, sendo, assim, desapossada do lugar e da função que ocupava no cerne familiar, principalmente, para o pai.

Ressalta-se que com o nascimento do irmão, a mãe deu início a outra formação profissional, repetindo justamente a mesma situação do nascimento de Helena. Deste modo, uma vez que o pai ficava no período noturno com as duas crianças, suas funções de cuidado se intensificaram e Helena passou a ter menor espaço e tempo limitado com o pai. Nota-se que Helena foi privada tanto do seu “*pai coruja e babão*” como de Naná, sua cuidadora afetiva, pois a demanda das crianças era excessiva e, segundo Helena, os cuidadores não tinham tempo e condições suficientes para o atendimento de suas demandas afetivas.

Assim, com a chegada do irmão, a “*princesa do papai*” perdeu o “trono” e tudo o que este comporta, instalando um sentimento excessivo de ciúmes e inveja e a mobilização de angústias paranoides. A ferida narcísica associada a esta perda culminou no engendramento de crises intensas de choro e de birra, raiva, suscetibilidade, irritabilidade, intolerância à frustração e ciúmes excessivo que se configuram como condutas antissociais. De acordo com Soifer (1982), entende-se que estes sintomas manifestados por Helena são derivados da projeção das

fantasias agressivas recalcadas e dos sentimentos de ódio para com o rival (irmão) considerado, por ela, afortunado por ter todas as atenções e cuidados.

Somada à vivência depressiva dolorosa relacionada a privação do *objeto-mãe*, articularam-se, neste momento de vida, vivências confusionais associadas à sensação de perda da onipotência ligada à fantasia de deprivação do *pai-objeto* de amor que, por sua vez, desencadearam condutas regressivas e agressivas em relação ao ambiente, sendo estas decorrentes dos mecanismos paranoides.

“Peso morto: o estranho que habita”

Este subcampo psicológico-vivencial se constituiu pelo conjunto de significados atribuídos à alimentação e ao alimento e as conotações simbólicas que estes articulam sobre o processo constitutivo de Helena.

Segundo Houaiss e Villar (2009), a palavra “peso” admite em si diversas conotações, de modo que pode ser entendido no conjunto deste campo como a qualidade de um corpo pesado, sendo este resultado da ingestão excessiva de alimento. Significa, também, algo que demanda de forma excessiva que, neste caso, indica a concepção de fardo e incômodo que Helena sente representar para a família. Por outro lado, depreende-se que a palavra peso sugere, ainda, encargo e responsabilidade que se associa a necessidade de Helena em se autoengendrar frente às precoces e sucessivas experiências traumáticas de perda. E, enfim, em sentido figurado peso denota, também, carga de remorso ou arrependimento que se relaciona às vivências de culpa decorrentes das fantasias agressivas e incestuosas da adolescente.

Pressupõe-se que diferentes pesos e medidas da realização dos cuidados parentais, bem como intensas tonalidades emocionais derivadas de perdas não processadas compõem as

dimensões inimaginavelmente extensas em amplitude e profundidade do mundo interno de Helena concorreram para a constituição da estranheza e do estrangeirismo que a habita.

A expressão “peso morto” que foi reiteradamente falada por Helena em todos os encontros corresponde, principalmente, à preocupação central acerca do peso e da forma corporal própria das perturbações alimentares que incluem manifestações subjetivas associadas a autoestima rebaixada, sentimentos de inferioridade e depreciação.

[Na adolescência] não pertencia a grupos e não saía para festas e lugares que “pessoas da minha idade frequentavam”, pois se sentia “envergonhada” por ser “gorda”. E, por este motivo, não era “digna” para estar com essas pessoas e nem para pertencer a grupos (Narrativa psicanalítica do encontro com Helena).

Este subcampo se organiza em torno de sentimentos pungentes de inadequação, incapacidade e insuficiência. Trata-se, assim, de um sofrimento que envolve angústias depressivas vinculadas à condição de não ser aceita e amada. Observa-se que o relato da adolescente é permeado por falas autodepreciativas (“*Lixo de ser humano*”, “*eu sou um nada*”, “*menos importante em tudo*”, “*horrível*”, “*nojenta*”) culpabilizadoras (“*deveria morrer sozinha*”, “*não merecia ninguém*”, “*só fazia coisas erradas*”) e de desprezo por si mesma (“*ridícula*”, “*patética*”, “*paranoica*”, “*humilhada*”, “*ignorada*”, “*desprezada*”), chegando a se reconhecer como indigna de amor e merecedora da morte.

Evidencia-se, também, a dimensão imperiosa de se sentir um fardo pesado e sem existência. Sente-se como um membro deslocado e estrangeiro à sua própria família e a outros grupos sociais e, segundo Helena, estas se esforçam para tolerar a sua presença “*incômoda*” e “*inoportuna*”. Em razão da “*insignificância de sua existência*” para as pessoas, a adolescente se vê estranhadamente como não incluída à comunidade humana, de modo que resta a ela viver uma semivida em busca de “*afetos miseráveis*”. Deste modo, o estrangeirismo a habita e,

paradoxalmente, vive a impermanência das fronteiras entre mundos frágeis que parecem não se conectar.

“Qualquer coisa que acontece tem um impacto sobre mim e acaba comigo. Sou extremamente emotiva e tudo me causa sofrimento e as pessoas não entendem! Não aguento mais ser assim, não quero mais ser um peso morto para as pessoas” (Narrativa psicanalítica do encontro com Helena).

Nota-se, no trecho a seguir, que Helena associa a falta de amor-próprio e a baixa autoestima ao seu *modo de ser*, como se fossem atributos constitutivos de si mesma. Entende-se, segundo os pressupostos winnicottianos, que a revelação da constituição do sujeito, no que diz respeito às suas características, depende da capacidade do cuidador de reconhecer o bebê, num momento de absoluta dependência, como um ser potencial e singular. A adolescente revela, assim, que o seu *modo de ser* tinha sido constituído pelo espelhamento de desafeto e de indiferença dos seus cuidadores.

Reconheceu que o “sentimento de não amor-próprio ia muito além de sua aparência” e que este sentimento tinha a ver com o seu modo de “ser” (Narrativa psicanalítica do encontro com Helena).

A capacidade de acesso à sua dimensão humana somente se torna capaz se houver a presença afetiva de um outro indivíduo que o receba e o insira no terreno de uma existência compartilhada (SAFRA, 2004). Nesse sentido, compreende-se que a constituição da autoestima, do amor a si mesmo, da alegria e da criatividade se dá em um espaço da experiência verdadeiramente humana que requer o encontro da corporeidade viva do cuidador com o corpo receptivo do bebê por meio dos cuidados essenciais (BELMONT, 2006).

Para Winnicott (1971/1975), a autoestima é o reflexo compartilhado e sua emergência está intrinsecamente associada à possibilidade do bebê de ser reconhecido em sua singularidade e inserido no mundo intersubjetivo. Entende-se que, inicialmente, o bebê vê o seu

reflexo nos olhos do cuidador principal que, por sua vez, possibilita a abertura deste imaturo ser para o início da integração e da existência verdadeira (GOMES, 2017).

Caso o espelho humano integrador não consiga desempenhar a função facilitadora da jornada do desenvolvimento emocional que vai da fusão com o objeto em direção a percepção, a apropriação e a atribuição de sentidos ao corpo, pode concorrer em falhas e distorções na constituição da autoimagem e autoestima (SOPEZKI, 2007; WADDELL, 2017). Questiona-se, portanto, em meio a tantos cuidadores, em que espelho ficou perdido o potencial do *vir a ser* de Helena? A voracidade bulímica corresponderia a busca nos objetos externos pela introjeção incorporativa dos aspectos perdidos e dissociados do seu *self*?

Associado a estes aspectos, o subcampo “Peso morto” se amplia e destaca as vivências subjetivas relacionadas às problemáticas alimentares de Helena centradas na obesidade e bulimia nervosa. Infere-se que o *objeto-comida* admite um conjunto de significados que se constitui por modalidades extremas de *tudo* e *nada*.

Enquanto pronomes indefinidos absolutos, o *tudo* e o *nada* comportam denotações subjetivas que desvelam os significados atribuídos pela adolescente aos cuidados parentais. Deste modo, o *tudo* é evidenciado na avidez compulsiva e incorporativa do alimento encontrada nas origens da obesidade e da crise compulsiva da BN e, por outro lado, o *nada* corresponde a autoimposição da interdição do alimento por meio do controle rígido e onipotente que é retradada na realização de dietas e jejuns, sendo estes próprios do comportamento compensatório inapropriados da BN.

O alimento e a alimentação são inerentes às relações de cuidado. Desde o nascimento, o alimento e o ato alimentar estão relacionados a um contexto inter-relacional, visto que o alimento é apresentado pela mãe ao bebê e, desta maneira, esta relação de cuidados com ênfase na alimentação é tomada como protótipo das futuras relações do indivíduo com outros objetos. (ALVARENGA, 2004; ARAÚJO, 2004; DERONZIER, 2015; FRANÇA,

2011). Entende-se que as relações alimentares primárias têm função estruturante para a personalidade do indivíduo, na medida em que o bebê ao se alimentar tenta incorporar, digerir e metabolizar as experiências sensoriais e emocionais decorrentes da relação com o *alimento-mãe* (DERONZIER, 2015).

Segundo Deronzier (2015), as qualidades do vínculo com o objeto nas experiências básicas de alimentação, em especial, na amamentação, se convertem no alimento, cujas relações passam a ser repetidas ou cocriadas, a depender da relação inicial. Assim, o alimento e o ato alimentar estão associados às experiências emocionais decorrentes das relações de cuidado e, assim, admitem diferentes significados culturais, familiares e individuais (BORDET et al., 2011/2; COBELO, 2004; D'AMORE; TARANTINO, 2013).

Com base nas vivências afetivo-emocionais de Helena e, em especial, no trecho narrativo a seguir, nota-se que o alimento assume diferentes qualidades e funções que incluem o controle, o refúgio, o conforto, o consolo, o prazer, a culpa e a raiva.

Conversamos, então, sobre o que o alimento representava para ela. Disse que tinha conseguido identificar que o alimento era uma “forma de controle dela mesma e da vida”. Explicou que quando tudo estava descontrolado, tentava se controlar e a dieta lhe dava esse “controle”. Disse, ainda, que ao mesmo tempo, a comida era conforto diante de algo triste ou ruim que lhe acontecesse (Narrativa psicanalítica do encontro com Helena).

A adolescente afirma, ainda, que dos três aos cinco anos de idade não se lembra de ter tido problemas com a alimentação, pois gostava muito de comer e enfatiza que, naquele momento, “gostar muito de comer” não era considerado um problema. Contudo, a alimentação passou a ser uma perturbação e a tomar mais espaço em sua vida na pré-adolescência, conforme evidenciado nos trechos narrativos a seguir.

[...] Antes quando queria comer, apenas comia, não se controlava e não ligava para a quantidade de calorias do alimento, de modo que o alimento era sua fonte de

felicidade e era feliz comendo e isso não era um problema para ela. Não sentia medo de comer e quando estava muito triste comia em excesso [...].

Ela disse que era muito “gordinha” na infância e tudo piorou na adolescência, porque as pessoas riam dela e era excluída dos grupos de amigos. Disse que comia tudo que via e passava o tempo todo sozinha em casa, pois os pais trabalhavam muito [...] (Narrativas psicanalíticas do encontro com Helena).

O alimento configurou-se, para Helena, na infância como fonte de felicidade e de prazer, mas já expressava sua dimensão excessiva e de válvula de escape, ou seja, a busca pelos objetos primários perdidos e irrepresentados no *objeto-comida*, denotando a existência de fantasias inconscientes de nutrição afetiva decorrentes desde a infância.

Atenta-se que aos dez anos de idade, a adolescente já não saía de casa e não pertencia a grupos sociais, pois estava “gorda” e aos quinze anos de idade, Helena chegou a pesar 105 kg. Reconhece-se que desde a infância, Helena já apresentava comportamentos alimentares perturbados, sendo estes organizados em torno de padrões de ingestão excessiva e descontrolada de alimentos a ponto de alcançar a obesidade.

De acordo com Andrade (2018), o alimento para as crianças obesas corresponde a tentativa por meio da comida de representação da figura materna. Entende-se, de acordo com a compreensão psicanalítica psicodinâmica, que a impossibilidade de introjeção simbólica das figuras parentais durante o processo inicial de desenvolvimento, assim como a dificuldade familiar em aceitar e integrar os afetos hostis e ameaçadores no *self* de cada membro da tríade (filha, mãe e pai) pode concorrer para a projeção destes sobre o objeto externo, sendo o alimento depositário representativo da obesidade.

Observa-se que Helena fazia às vezes suas refeições com os pais quando estes estavam em casa. Contudo, na maioria das vezes fazia suas refeições com a Naná que, conforme ressaltado em entrevista pela adolescente, promovia um ambiente agradável e tranquilo para a sua alimentação. Sugere-se, a partir destas vivências, a configuração de uma relação de alimentação prazerosa com a Naná e de ausência com os pais. Ressalta-se, assim, que as

memórias afetivas evocadas relacionadas aos cuidados e, em especial, a alimentação estão associadas à Naná e é, justamente, em direção a esta, que de forma ávida e obstinada, Helena vai em busca de alimento nutricional-afetivo.

Este campo de sentido-afetivo emocional se constitui, também, por vivências solitárias e de desamparo que perpassam as relações de cuidados, especialmente, as alimentares. Nota-se, como evidenciado no desenho-estória a seguir que a mesa assume a cena, entretanto, não está servida com alimentos. Posto que é estabelecida uma analogia entre o alimento nutricional e o alimento afetivo, pressupõe-se que semelhante a ausência de alimentos sobre a mesa, Helena comunica inconscientemente que também não foi servida com afeto. Logo, infere-se que o “afeto está à mesa” e, desta forma, Helena não tem a oportunidade de experienciar o banquete satisfatório da relação entre mãe e filha.

Figura 3. Desenho-Estória da adolescente referente à proposta temática: “Desenhe uma filha sendo alimentada”



Fonte: elaborado por Helena.

Outro aspecto que se evidencia neste campo de sentido é a presença de manifestações subjetivas de não ser digna e merecedora de partilhar de uma comunidade humana (família e relações sociais), de modo que a única coisa que lhe restava era o *objeto-comida* que precariamente lhe fornecia uma sensação efêmera de acolhimento e prazer. Deste modo, desde criança sua voracidade por comida era notória e, assim, buscava devorar o alimento em busca do afeto e do *objeto-mãe* perdido.

Helena alegou que na infância tinha uma boa relação com a comida, porém na pré-adolescência comia para poder se “consolar” e pensava que comia porque “era o que lhe restava e merecia aquilo, pois já era gorda” (Narrativa psicanalítica do encontro com Helena).

Etimologicamente, a palavra consolar, de origem latina, deriva do prefixo *com* (união, cooperação) e do verbo *solari* (aliviar, apaziguar, acalmar) que significa, em termos gerais, o ato de aliviar com o outro. Entende-se que Helena expressa, ao se referir ao alimento como consolo, a urgência por alguém que pudesse compartilhar e aliviar sua dor, a fim de vislumbrar a presença afetiva humana.

Observa-se que para a adolescente ser “gorda” tem conotação pejorativa e depreciativa análoga ao se sentir “horrível” e “nojenta” e se associa às vivências de exclusão e abandono familiar e social, bem como de humilhação, inadequação, inferioridade, desamparo e solidão.

[...] Prosseguiu e afirmou que possuía, atualmente, “problemas” com ela mesma, porém naquela época era “pior”, pois era “40 kg mais gorda”. Complementou que ninguém nesta época queria “ficar” com ela, que via todas as meninas da sua idade saindo com meninos, usando biquíni, indo para festas e ela era o oposto, o que “contribuiu” para que ela tivesse uma autoestima muito “danificada” (Narrativa psicanalítica do encontro com Helena).

Segundo Helena, em torno dos dez anos de idade passou a apresentar baixa autoestima e a ficar mais “quieta” e “triste”, sendo este um período considerado muito difícil

por ela. Embora desejasse a presença humana, não se sentia pertencente a um grupo social, assim como não tinha experiências próprias que os adolescentes de sua idade vivenciavam, tais como: conhecer, sair e conversar com pessoas da mesma faixa etária, pertencer a grupos, ir a festas e ter relacionamentos amorosos. A adolescente justifica que por ser “gorda”, “ninguém” a aceitava e, logo, não era incluída em grupos, além de não ser desejada afetiva e amorosamente. Sentia-se, então, “inferior”, “envergonhada”, “danificada”, “indigna” e “inexistente”, sendo, assim, apenas um “*peso morto*”.

As alterações emocionais entre a passagem da infância para a adolescência foram justificadas pela adolescente como decorrentes das transformações da puberdade e, além disso afirmou atraso no seu processo de desenvolvimento puberal em comparação com o das meninas da sua idade. Alegou que enquanto estas já apresentavam as transformações corporais e características sexuais próprias da idade, tais como “corpos com curvas”, ocorrência da “menstruação” e “relacionamentos amorosos”, por sua vez, Helena “ainda” aos quinze anos de idade “não tinha menstruado”, era “gordinha”, “desajeitada” e “introvertida”.

A adolescente encontrava-se, neste período, em intenso sofrimento psíquico por não fazer parte da comunidade humana e, ainda, por se sentir fisicamente “estranha”, “danificada” e obesa. E, então, motivada pelas palavras de um monge que orientava sobre a autolibertação do sofrimento por meio de transformações pessoais, Helena decidiu que não iria mais sofrer e de forma determinada iniciou o processo de emagrecimento. Contudo, acreditando que se libertaria da dor, lançou-se à outra modalidade transvestida de sofrimento que envolvia o corpo e o alimento, a bulimia nervosa.

Obstinada em emagrecer, promoveu mudanças em sua alimentação e sem orientação de um profissional, começou a fazer dietas balanceadas. Ressaltou que inicialmente não deixou de se alimentar, porém realizava a prática regular de exercícios. A partir das dietas

e dos exercícios diários, emagreceu 20 kg nos primeiros seis meses. Helena caracterizou esse período como importante e sem grandes dificuldades.

No entanto, após esse acentuado emagrecimento, relatou uma estabilização deste processo e dificuldades para perder massa corpórea, o que a levou a adotar métodos “mais radicais”. Assim, passou a reduzir drasticamente a ingestão de alimentos, ficando por longos períodos sem se alimentar e, além disso, começou a realizar exercícios mais extenuantes, de modo que em vários momentos a adolescente chegou a “passar mal de fraqueza”. O resultado desta segunda fase de emagrecimento foi a perda de 8 kg. Nota-se, portanto, que Helena perdeu, em menos de doze meses, 28 kg.

Para a adolescente, o emagrecimento promoveu mudanças significativas em sua vida, de modo que passou a ser reconhecida e aceita no meio familiar e, também, a ser incluída em grupos sociais, o que a levou a ter a oportunidade inédita de experimentar uma vida “normal”.

Enfatiza-se que embora Helena tenha admitido de forma acentuada a importância positiva do intenso emagrecimento, revelou sua insegurança acerca dos aspectos negativos envolvidos neste, pois passou a ser acometida pelo “horror de engordar” e de “perder o controle frente a comida”, bem como passou a ter “fissuras” em relação ao emagrecimento, pois considerava que a perda de peso não tinha sido suficiente, ficando assim “fixada” em emagrecer. Ressalta-se que até este momento da vida, a adolescente não realizava a autoindução do vômito.

Inferi-se que, tendo em vista o fragmento narrativo a seguir, Helena buscou encontrar alguma forma de reassegurar sua existência pela via de outros sintomas na tentativa de dissimular o próprio sofrimento. E, assim, a fim de tentar suplantiar o vazio existencial, a adolescente lançou-se à simulacros de experiências que pudessem, de alguma forma, atender suas necessidades afetivas e relacionais, bem como lhe inserir no espaço intersubjetivo.

Passou a emagrecer e afirmou que nunca mais voltaria a ser gorda, por conta de tudo que havia sofrido. Falou que em razão do seu emagrecimento, passou a ser incluída em grupos e a ter uma vida “normal”. Só que por conta do temor de engordar, a comida se tornou uma preocupação constante (Narrativa psicanalítica do encontro com Helena).

O desejo em ser aceita e acolhida no meio humano, a conduziu a radicalidade das suas condutas. E, embora, tivesse emagrecido, Helena continuava estrangeira a si mesmo e ao outro, habitando os mesmos espaços infinitos vazios que passaram a ser acrescidos de fissuras pelo objeto do desejo fascinante e pelo horror frente o descontrole.

Conforme se observa no trecho narrativo a seguir, Helena enfatiza a constituição de inscrições psíquicas profundas em seu ser, sendo estas decorrentes das constantes e intensas falhas nas relações de cuidado. Porém, os seus esforços ainda não tinham sido suficientes para impedir o colapso de um iminente estado de desorganização do *self* e, assim, a bulimia nervosa passou a ser uma precária tentativa de permanente reestruturação no ato de se alimentar, ou seja, o esforço de encontrar o objeto perdido e, ao mesmo tempo, de negar e evitar a manifestação das angústias persecutórias e de vazio.

Perguntei como a família notou o seu emagrecimento e ela disse que todos ficaram muito felizes e orgulhosos. Entretanto, afirmou que anteriormente, os pais a viam como “gorda” e “a errada” e diziam frequentemente para ela emagrecer e isso havia lhe causado um impacto emocional que ainda a acompanhava. E, assim, ter emagrecido 40 kg ainda não tinha sido o “suficiente” (Narrativa psicanalítica do encontro com Helena.).

Percebe-se, também, que neste processo de emagrecimento, os pais não auxiliaram e não conversaram com a adolescente sobre seus sentimentos e dificuldades. Segundo Helena, eles apenas reconheciam como positivo o emagrecimento e instigavam o terror da adolescente frente a possibilidade de voltar a engordar, como evidenciado na seguinte reprodução acerca da fala paterna: “*Cuidado para não engordar! Guarda essa comida! Você vai ficar igual ao que era antes e voltar a ter 100 kg*”.

Destaca-se que com o início das dietas, a adolescente passou a preparar separadamente os próprios alimentos e a evitar as refeições junto a família, pois além de não comer, considerava estes momentos estressantes e turbulentos devido o caos familiar. Por outro lado os pais, frente a não participação de Helena nas refeições, não a convidavam a partilhar do momento familiar, pois segundo justificativa melancólica da adolescente, já haviam se acostumado com a sua inexistência.

Outro dado significativo decorrente da análise deste campo subjetivo é a realização das refeições familiares por Helena. Enquanto se recusava a sucumbir a natureza voraz de seus impulsivos canibais e agressivos não tolerados, a adolescente preparava o alimento afetivo-nutricional que deveriam ter oferecido a ela. Desta forma, numa tentativa insistente de perseguir o que lhe persegue, a adolescente preparava as refeições, distribuindo nos pratos o apelo ao outro de poder compartilhar de um banquete de afeto e cuidados.

Assim, à medida que o outro se alimentava e devorava o alimento oferecido por ela, pelo inverso, a adolescente desejava inconscientemente ser amada e alimentada. Helena fascinava-se frente à mesa posta com o alimento afetivo preparado por ela, porém de forma paradoxal, não se sentava à mesa para presenciar o banquete familiar, pois apresentava horror e medo das mordidas carnívoras da família que infligiam “grosseiras” marcas em seu corpo e psiquismo.

Depreende-se, deste campo de sentido, outro significado particular que confere à palavra “peso” uma denotação de culpa, sendo figurado como carga de remorso e arrependimento vinculado às fantasias incestuosas e sádicas agressivas da adolescente.

“Eu não sei o que fazer! Eu acho que sou uma pessoa boa! Mas, eu acho que não sou, porque senão as pessoas ficavam!”

[Alegou que as pessoas não se importavam com ela] porque ela própria tinha “feito algo”, mas “não sabia o que era” (Narrativas psicanalíticas do encontro com Helena).

Infere-se que a demanda de amor voltado ao pai e a proximidade relacional entre ambos, com a chegada da adolescência, evocaram em Helena uma situação alarmante, visto que com a puberdade as transformações hormonais despertavam a sexualidade, mobilizando conteúdos recalcados e a possibilidade de realização dos desejos incestuosos com o pai e as fantasias destrutivas em relação à figura castradora.

Nota-se nos fragmentos narrativos, a presença de um acentuado sentimento de culpa, considerando-se má e responsável por algo que havia feito, mas não tinha consciência do que era. Pressupõe-se que a culpa está vinculada ao arrependimento de ter em fantasia consumado o desejo incestuoso e eliminado a rival, a mãe. Entende-se, deste modo, que os conflitos edípicos que não foram elaborados a nível simbólico na infância se encontraram potencialmente revividos na adolescência, concorrendo para a eclosão de fantasias incestuosas, de gravidez, de destruição e de castração, conforme também foi evidenciado em estudo realizado por Leonidas (2016).

Observa-se que a adolescente ressaltou o atraso no desenvolvimento das características sexuais na puberdade, questão que desperta reflexões acerca da presença do temor inconsciente de aceder a um corpo adulto que se torna biologicamente apto para a concretização da fantasia de amor com o pai. Outro aspecto relevante é o terror excessivo da adolescente em engravidar que pode corresponder a uma inversão inconsciente do verdadeiro desejo, sendo, assim, um sentimento diametralmente oposto ao desejo real recalcado de engravidar do pai.

De acordo com Jeammet (1999), entende-se que a relação com o alimento se configura como um embate, decorrente das relações intersubjetivas primárias entre alcançar o prazer e a gratificação e, por outro lado, renunciar o que deseja, lançando-se à busca de objetos substitutos para preencher o vazio que o objeto original deixou. Ainda de acordo com o autor, pacientes com BN têm a propensão em se entregar às escondidas aos prazeres e a satisfação,

pois têm dificuldade em se autorizar no desejo e, também, possuem um temor inconsciente da figura castradora e retaliadora.

Assim, as relações com o alimento são orientadas segundo o protótipo das relações deste paciente com os objetos primários, visto que estas são organizadas em torno da fantasia de roubo recíproco, isto é, a filha que, em fantasia, rouba a mãe e esta que, por sua vez, usurpa o pai da filha. Logo, o “único meio de escapar ao domínio do olhar materno, é com efeito, realizar seus prazeres escondido” (JEAMMET, 1999, p. 37).

“Para além de terras estrangeiras: louca, só e má”

Este subcampo de sentido afetivo-emocional comporta associações acerca da experiência agônica e terrorífica vivida em uma terra gélida e estrangeira. Destinada desde o nascimento a ter uma experiência que não lhe pertencia, Helena partiu rumo a uma jornada de vivências traumáticas e dissociativas. Deste modo, este subcampo abarca os significados e as experiências emocionais atribuídos aos cuidados parentais que estão relacionados a viagem que fez a um país europeu, onde fez morada inabitada, estranha e violenta.

Além de viver como estrangeira em seu corpo e em próprio lar e sem a possibilidade de habitar os espaços de partilha inter-humana, a adolescente se lançou a um destino arriscado rumo a uma nova terra desconhecida, fria e estrangeira. Esclarece-se que, neste estudo, o termo estrangeiro foi privilegiado por possuir diversas conotações, de modo que em linguagem literal significa o que pertence a outro país e em sentido simbólico denota a condição de estranhamento de si mesmo e de irrepresentabilidade da experiência traumática vividos por Helena.

A adolescente relatou com aflição e intensa dor os momentos que viveu no exterior, sendo esta vivência amplificadora do seu sofrimento e adoecimento psíquico. Considerada a pior experiência em sua vida, aos dezesseis anos de idade, quando ainda se sentia imatura,

insegura e sem condições para entrar em contato com o mundo que se apresentava assustador, Helena realizou o desejo materno de estudar na Europa, como evidenciado no trecho narrativo anterior, na tentativa de uma possível aproximação vincular.

Com o olhar assustado e o corpo contraído, afirmou enfaticamente que aquele era um sonho que não era dela, que antes de nascer a mãe já havia planejado a viagem de estudos para a filha. Disse: “Era um sonho da minha mãe! Antes de eu nascer minha passagem já estava comprada! Ela que queria ter ido pra lá e ter tido essa experiência! Não eu! E achando que seria importante pra mim, pra eu conhecer pessoas e estudar, me levou a realizar um sonho que era dela!” (Narrativa psicanalítica do encontro com Helena).

Pressupõe-se, com base no fragmento narrativo acima, que a mãe ressentida por não ter realizado os próprios desejos enclausurou a filha à realização destes. E, por outro, tem-se uma filha que ávida pelo *objeto-mãe* e esperançosa em acessar um nível de comunicação afetiva mais proximal deixou de encontrar/criar a si mesmo e o que precisava, a fim de realizar o sonho materno que fora atribuído.

Exilada num país estrangeiro, a adolescente vivenciou experiências tantalizadoras que se constituíram em dimensões intoleravelmente traumáticas e violentas para o seu psiquismo, cuja natureza envolveu *excessos de invasão* (“ser expulsa” da casa do tio materno, assim como ser tratada por este como “lixo”, sobreviver em um país distante, realizar o sonho materno) e, também, de *excessos de ausência* (estar sozinha, desamparada e longe dos pais e em um outro país).

As relações de cuidado de Helena permaneceram sendo atravessadas por descomedidas falhas ambientais, cuja repetida ocorrência de experiências traumáticas impossíveis de serem elaboradas em razão da fragilidade e imaturidade egoica, a conduziram a uma semi-vida *sem-existência*, bem como mobilizaram mecanismos defensivos atuados e cindidos exteriorizados no ato bulímico e nas automutilações.

A partir das relações de cuidado traumáticas com os objetos, Helena se afastou das relações humanas e passou a investir os alimentos, com os quais atuava o mesmo tipo de relação sádica, onipotente e narcísica que os objetos primários a submeteram. A perda dos limites de si mesma e a falta de espaço interno que possibilitasse a vivência e a articulação de significados às suas experiências, sendo estas resultantes da repetição de diversas experiências pautadas em excessos ambientais de invasão e de ausência, concorreram para múltiplas dissociações.

O horror existencial passou, então, a ser presentificado no transtorno alimentar, por meio do qual a adolescente recusava obstinadamente a ingestão do *objeto-alimento* e, em outro momento, o possuía e o destruía canibalisticamente para logo, em seguida, o expulsar por meio do vômito purgativo e anulador.

As distorções nas condutas alimentares que eram, anteriormente na infância, organizadas sob o formato da obesidade, alcançou outra modalidade na adolescência, configurando-se na bulimia nervosa. Infere-se, deste modo, que o alimento e o ato alimentar são elementos centrais em suas experiências emocionais e têm como função o aplacamento de angústias arcaicas, o reencontro com o objeto perdido e a proteção contra a fragmentação do *self* e da aniquilação psique-soma.

A angústia existencial de Helena se transformou em derivados centrados na preocupação e necessidade constante em emagrecer e no medo de engordar. Propõe-se que a repetida e atuada conduta de ingerir e expulsar o objeto-alimento corresponde a compulsão a repetição às experiências traumáticas com o *objeto-mãe*, a fim de que possam ser elaboradas.

Por compulsão à repetição entende-se, com base nos pressupostos winnicottianos, a existência do impulso do ser humano em retornar a uma situação na qual o *self* possa agir e, também, não reagir em relação à situação traumática que aniquilou no passado sua continuidade de ser (FULGENCIO, 2016). Vivenciar uma situação de violência ameaçadora corresponde a impossibilidade de integração desses acontecimentos ao controle onipotente dos fenômenos

internos. Entende-se que o que não foi vivido não pode ser experienciado, ficando assim congelado ou guardado à espera de ser elaborado, corrigido ou restituído. Infere-se, portanto, que em busca de *ser-no-mundo*, Helena naufragou nas profundezas do vazio de si mesmo e do outro, só que desta vez em águas estrangeiras e demasiadamente turvas e revoltas.

Dilacerada pela reincidência traumática de intensidade sobrehumana, a adolescente acabou por deixar, no percurso do seu acontecer, as partes não vividas de sua história. O somatório de tais experiências conduziu Helena a marcas psíquicas relacionadas à intensificação da impossibilidade de ser, de existir, de se integrar e de vivenciar o gesto compartilhado com o Outro. Assim, frente a ameaça à existência pessoal do eu, sucumbiu a radicalidade de múltiplas dissociações.

Pressupõe-se que sobreposto a um eu ainda imaturo e em ruínas incidiram reiterados e múltiplos traumatismos que levaram a adolescente a mobilização psíquica de um arranjo defensivo anti-traumático de natureza dissociativa perante a ameaça ambiental de despersonalização e de desintegração. Segundo Dias (2008), esta modalidade defensiva primária expressa a seguinte forma: “não serei mais atingido porque estarei espalhado, não podendo, portanto, ser encontrado em nenhum lugar, desse modo, não serei aniquilado pela perda da integração porque já vivo semi-integrado” (p. 116).

Para Schor (2017), os processos de dissociação levam o ser humano a estados latentes de retraimento e de desespero, sendo estes decorrentes de experiências de desamparo relacionados à renúncia do objeto de amor ou ao luto deste. O indivíduo entra, deste modo, em um estado de suspensão de si mesmo dominado exclusivamente pelo pavor frente a possibilidade de (re)encontrar com o passado que nunca ocorreu. Entretanto, embora o encontro seja temido é, paradoxalmente, buscado compulsivamente (WINNICOTT, 1963/1994).

Deste modo, quando estava prestes a perder o conluio psicossomático, em razão da brutalidade dos acontecimentos, Helena passou a manifestar crises compulsivas vorazes pelo

objeto-comida e a induzir diariamente o vômito, formalizando, assim, a constituição do transtorno alimentar que já estava em processamento.

Faminta por afeto e na tentativa de obliterar o sofrimento psíquico e o vazio existencial, a adolescente começou a apresentar comportamentos compulsivos, instáveis e autodestrutivos. E, assim, associada às rígidas dietas passou a ter rompantes frequentes de alimentação excessiva e como resultado do ataque impiedoso ao objeto, se culpava e vomitava, expurgando sua dor.

A adolescente relatou que somente a partir do momento que morou na Europa começou a manifestar, de fato, a bulimia nervosa. Mas, não tinha conhecimento do momento preciso que este tinha acontecido. Contudo, à medida que os encontros de entrevista clínica foram transcorrendo, oportunizando um espaço para a emergência e vivências emocionais, Helena teve acesso ao registro mnêmico do início dos comportamentos purgativos e isso a aterrorizou. Frente às lembranças atormentadoras, a expressão estético-corpórea foi de absoluto assombro e terror. Recordou, assim, em ambiente protegido junto à psicóloga-pesquisadora, que tinha induzido o vômito pela primeira vez na casa do tio materno. Diante disso, conduzida por uma postura sensível e sensorial e, ainda, sustentada em livres associações de ideias, sobressaiu em minha mente a seguinte imagem: uma menina desamparada em uma terra gélida e estrangeira que visceralmente vomitava sua dor.

Inferre-se que frente às experiências intoleráveis vividas por Helena de ausência e excesso de estímulos, acionaram-se modalidades defensivas dissociativas que concorreram para a formação dos sintomas associadas à bulimia nervosa. Alinhada às contribuições de McDougall (1983; 1989), entende-se que os atos violentos irrepresentáveis e não integrados de Helena transformaram-se em ato-sintoma, tendo seu escoamento em condutas compulsivas, imediatas e brutais, a fim de reduzir a intensidade insuportável da estimulação dolorosa.

O comportamento alimentar atuado, o ato sintoma alimentar, vem ocupar o lugar da elaboração psíquica driblando-a e substituindo-a através de um mecanismo de desvio e descarga em curto circuito, como modo predominante de resolver as tensões e as crises que desestabilizam o sujeito. O agir surge em vez de, no lugar do que seria o trabalho psíquico de representações. O comer compulsivo, assim como a expulsão da comida, são atuações que teriam como efeito evitar o pensamento, a reflexão e a angústia em pessoas cuja fragilidade narcísica não o suporta (FUKS, 2006, p. 51).

O ato-sintoma configura-se, portanto, como uma forma de proteção contra o temor do aniquilamento e da fragmentação de si mesmo (FUKS, 2006). Assim, com o intuito de evitar o pensamento e a angústia, o comportamento alimentar atuado seja por meio do comer compulsivo ou pela expulsão da comida, Helena buscava uma via de compensação e de desvio das tensões psíquicas derivadas das impactantes experiências emocionais (MCDOUGALL, 1989).

Além da autoindução do vômito e da prática de extenuantes exercícios que já comportam em si uma natureza autopunitiva, a adolescente passou a realizar outros comportamentos atuados autolesivos e, ainda, a ter ideação suicida. Assim, Helena em terras estrangeiras e, ainda, estrangeira a si mesma, começou a se automutilar, na tentativa de encontrar um sentido primitivo de integração e de sentir precária e minimamente uma sensação de existência, nem que fosse por meio da dor.

A automutilação é, segundo a psicanálise, a própria repetição simbólica do traumatismo. Para Drieu, Proia-Lelouey e Zanella (2011), as incisões no corpo por meio de lâminas tentam alcançar a profundidade psíquica, escarnificando e sangrando a própria subjetividade. Infere-se, deste modo, que as automutilações denunciam as inscrições psíquicas sofridas por Helena que de tão intoleráveis transbordaram a psique e invadiram o corpo, sendo assim o corte uma tentativa de distrair o ininterrupto pavor do aniquilamento.

Entende-se que subjacente às atitudes autodestrutivas e autoagressivas de Helena, encontrava-se, pelo inverso, a busca em sentir-se viva dentro de um corpo sofrente (VILHENA, 2017). Corpo e psique se tratam de um mesmo território de experiência da potencialidade

desveladora de si mesmo e também de suspensão torturante da não integração. Deste modo, por meio da dor provocada pelas condutas autolesivas, a adolescente buscava sentir e integrar precariamente os fragmentados constitutivos de sua frágil existência e, ainda, aliviar a dor psíquica impensável.

Observa-se em Helena o emprego, neste momento, de um conjunto de diversos mecanismos defensivos psíquicos considerados imaturos para obliterar a dor e preservar a integridade do *self*, tais como: a identificação projetiva e por incorporação, a somatização, a cisão e o *acting out*. De acordo com McWilliams (2014), entende-se por defesas imaturas ou primitivas àquelas que observam uma fronteira frágil entre o *self* e o mundo anterior, sendo próprias ao período anterior em que a criança desenvolve a constância do objeto.

A cisão diz respeito a tentativa de expulsar as experiências intoleráveis a partir da divisão do objeto externo, para que estas fiquem localizadas para fora de si. Contudo ao cindir o objeto externo, o ego também é cindido e, assim, a parte destrutiva é projetada para fora em objetos (MCWILLIAMS, 2014). Por sua vez, o *acting out* corresponde, segundo a autora, a maneira como um sujeito passa inconscientemente ao ato, de modo que age de forma impulsiva sem ter a mediação do pensamento, como por exemplo as condutas automutilatórias e compulsivas.

Já no tocante a identificação projetiva, Helena atacava vorazmente o alimento adesivando-se a ele para ter conforto e afeto e à medida que o incorporava àvida e compulsivamente tentava se apropriar do *objeto-cuidado*. Pressupõe-se com base no relato da adolescente que o *objeto-alimento* devorado oferecia a ela uma sensação de preenchimento do seu mundo interno e suposta integração psicossomática.

Contudo, este objeto sob ilusório domínio passava a ocupar o lugar do objeto-perdido, substituindo a representação e, em decorrência, por não conseguir reconhecer simbolicamente esta experiência como parte integradora de si mesma, pois estava dissociada,

eram mobilizadas angústias persecutórias que levavam a expulsão do ameaçador objeto-perdido (mãe) que não sobreviveu a sua retaliação.

A implacável e insaciável incorporação do *objeto-alimento* por meio da conduta atuada somada, principalmente, ao vômito expiatório e anulador revelam a impossibilidade, pela adolescente, de introjeção de um objeto especular e estruturante vinculado à função de cuidado exercido pelas figuras parentais. Visto que a presença materna é notadamente reconhecida, por Helena, como ameaçadora, seja em razão do medo da invasão relacionada à apresentação precoce ao mundo que foi exposta ou devido à ameaça da perda do objeto de amor que, também, se estende ao pai.

No período que esteve no exterior, realizou o curso de graduação em psicologia, sendo esta a mesma formação acadêmica materna. Nos primeiros quatro meses na Europa, a adolescente morou com a família do tio materno e por conta de pensamentos intolerantes e preconceituosos deste acerca das contadas de Helena, ele a expulsou de casa, o que a fez morar sozinha pelo restante do tempo que permaneceu no país.

Desamparada, com escassez de recursos internos e externos e, ainda, incapacitada para o enfrentamento da vida, entrou em estado de intensa tristeza e horror. E, assim, sem se sentir pertencente àquele lugar, bem como, sem conseguir se adaptar e vivenciar a experiência, Helena quis regressar ao seu lar no Brasil. Conforme destacado pela adolescente, seu pai compartilhava do mesmo desejo e estar longe dela, o fazia sofrer e ansiava por sua volta.

A adolescente reconheceu que “sentia falta” da mãe, mas “sentia muito mais falta” do pai. E, embora, desejasse retornar para casa e ter solicitado diversas vezes à mãe pelo seu regresso, esta não autorizava. A experiência avassaladora no país estrangeiro, fez Helena entrar em profundo sofrimento e passou a recorrer à mãe como via de consolo para sua dor. Então, mãe e filha começaram a se falar todos os dias e, segundo a adolescente, este foi o único

momento na vida que ambas vivenciaram uma relação íntima e afetiva, considerando-a “sua melhor amiga”.

A experiência vivencial de Helena denota que a mãe manteve de forma obstinada a tentativa de realização do seu sonho pessoal por meio da filha e mesmo tendo conhecimento das vivências emocionais agônicas desta, não autorizou seu retorno. Com base no relato da adolescente, apreende-se que a intenção da mãe era promover de forma precoce o desenvolvimento da filha, porém para isso a manteve em uma condição de sofrimento.

Entende-se que a relação mãe e filha era tão estrangeira quanto a relação que Helena estabelecia com o próprio corpo e o lugar que se encontrava. Nota-se a existência de um caráter de estranhamento e de distanciamento na relação mãe e filha que apenas foi amenizada quando esta vivenciou, na Europa, momentos máximos de sofrimento envolvendo compulsões, purgações e autolesões.

Após permanecer quase dois anos em terras inóspitas, Helena em um momento de intenso desespero entrou em contato com os pais e recebeu o aval paterno para retornar para casa e, diante desta situação, a mãe sem ter condições de se opor, também validou seu regresso ao Brasil. Deste modo, a adolescente voltou para sua casa tomada pela esperança de fazer morada e se fazer existente em seu lar. Mas, ao chegar em terras familiares não encontrou pelo “pai coruja de coração mole” e a mãe permanecia “seca, fria, ausente e distante”. E, assim, tão estranha e tão familiar permanecia a sua condição. E Helena continuava suspensa no vazio infinito familiar e forasteira à sua própria história subjetiva.

Ofegante e com o corpo intrépido, chorava ao relatar este momento, tentando expurgar a raiva e o intenso sofrimento ao entrar em contato com essas memórias [de quando retornou ao Brasil]. Logo, “controlou” suas emoções, fez um intervalo e com um tom pétreo e lascivante, afirmou: “Quando voltei não tinha família, não tinha amigos e não restava mais nada de mim”. Deu-se uma pausa de dor. Continuou e disse que achava que acreditou que sua mãe estaria mais próxima dela, mas voltou a se distanciar. Alegou também que não tinha mais amigos, pois tinha “ficado muito tempo longe” e que, de fato, nada tinha mudado e tudo tinha piorado. Ao dizer isso, Helena estava muito abatida e manifestava consternada tristeza e desilusão (Narrativa psicanalítica do encontro com Helena).

Como evidenciado no fragmento narrativo acima, este subcampo de sentido também comporta manifestações psicológicas intersubjetivas associadas a desilusão paterna. Quando retornou do país estrangeiro, na expectativa de encontrar o pai idealizado de outrora, Helena sofreu mais uma difícil perda e teve que vivenciar mais um luto não elaborável. O pai enquanto fonte máxima de afeto “adoeceu” e se transformou em mais um *objeto-perdido*.

A relação de cuidado pai-filha era, até sua viagem para o exterior, permeada por afeto, atenção e partilha. Contudo, segundo Helena, o pai sofreu por graves problemas financeiros durante o período que esteve na Europa e quando ela retornou para o Brasil, encontrou o pai desvitalizado, depressivo, descrente e apático, o que concorreu para alterações abruptas na relação pai-filha. Deste modo, o desejo de retornar e ser acolhida e amada pelo pai se transformou em uma repetida experiência de violência psíquica, de modo que no lugar do colo, encontrou apenas o infinito vazio.

O pai que anteriormente era seu melhor amigo e muito presente em sua vida passou, após a viagem de Helena, a estabelecer com ela uma relação de estranhamento, desafeto e indiferença. Destinada ao estranhamento, a “princesa do papai” além de nunca ter encontrado o *objeto-mãe*, ter perdido o trono para o irmão, ter vivido relações inconstantes com Naná e a avó paterna e, ainda, ter passado por experiências de violação do *self* no exterior, foi impetuosamente privada da relação de amor com o pai, concorrendo para a abrupta desilusão da relação pai-filha.

Predominam, neste subcampo, intensas sensações de morte, fracasso, abandono e impotência diante da impossibilidade de vivência e de restituição da relação pai-filha. A relação entre a adolescente e o pai passou a ser regida por condutas de distanciamento e vazio, de modo que não conversavam e nem se olhavam mais, como se fossem estranhos. Helena relatou que o pai parecia não amar e se importar mais com ela e, assim, passou a desacreditar e a se desiludir com uma possível reconexão.

O distanciamento entre a dupla pai-filha se agravou quando segundo a adolescente, o pai havia “revelado a verdade de tudo”, ou seja, o “desejo dele era ter um menino” e se “arrepentia de ter tido” Helena. Sem ser vista e percebida pelos pais, a adolescente entrou em contato violento com a “verdade” do pai, levando-a a “uma quebra de ilusão maravilhosa”, pois percebeu que “era como se não existisse mais pra ele”.

[...] Ela então reproduziu a fala do pai, reproduzindo, com entonações de voz e expressões faciais, a cena observada entre o pai e a mãe: “Não, você não viu as coisas que ela falou pra mim hoje! Nunca vi tanta falta de respeito! Ela não tem filho, ela não tem o que falar! O filho é meu, não foi ela que pariu, foi você! É a gente que cuida! Eu não sei o que aconteceu com ela, eu acho que não dei porrada o suficiente quando ela era menor, que menina estúpida, que menina burra!”

Helena relatou que naquele momento pensou que o pai não podia estar falando dela, pois “nenhum pai” falaria aquilo de um filho. Com respiração acelerada e mantendo a entonação vigorosa, deu prosseguimento a conversa entre o pai e a mãe, personificando novamente o pai e reproduzindo suas palavras: “Eu sempre quis ter filho e quando você ficou grávida, eu fiquei muito feliz, mas eu paro e penso na filha que eu fui ter e hoje em dia eu acho que não recomendaria filhos para as pessoas”

Em um visível o embate entre o transbordamento emocional e a tentativa de controle de suas emoções, Helena interrompeu o choro, recuperou as forças e reproduziu mais um trecho da fala paterna para a mãe: “Não sei se é possível o amor mudar, mas o meu amor mudou, não é mais a mesma coisa” (Narrativas psicanalíticas do encontro com Helena).

Observa-se, nos trechos narrativos, a inscrição agressiva do acontecimento em Helena. O foco do sofrimento da adolescente sempre tinha sido a mãe que ocupava, segundo ela, “muito espaço” em sua vida. Mas, ao trazer o pai para a cena analítica, nota-se que o sofrimento em relação a este foi tão excessivo que se configurou como indiferença e apatia, sendo seu acesso inviabilizado. Infere-se, deste modo, que na infância de Helena o objeto perdido foi a mãe, já na adolescência, ela se viu diante da repetição de outra difícil perda a do *objeto-pai*. Deste modo, acrescido ao questionamento acerca da perda do *objeto-mãe*, “Onde está a mamãe?”, desponta-se um novo enigma irrepresentável e trágico para a adolescente: Pai me quer, mal me quer.

Entende-se que ao retornar do exterior, a adolescente tinha a urgência de ser acolhida e olhada por alguém que pudesse lhe auxiliar a dar continência e sentido a sua dor. Entretanto, novas fraturas incidiram sobre a possibilidade de sua acontecência humana e o ambiente que já era considerado instável e ambivalente, passou a ser desolador. Cética de si mesma e da possibilidade de ser amada, a adolescente ficou aprisionada em angústias, culpa e solidão, em uma condição de intolerável desamparo em um mundo sem afeto, alívio e continência. Helena ao habitar o espaço vazio da indiferença, deixou de ser alguém à espera de ser. Vivenciou, assim, mais uma repetida e terrível perda, cujo trabalho de luto não foi passível de elaboração.

Inferre-se que Helena não teve a oportunidade de viver as relações inter-humanas com constância e afeto. Desafortunada em meio familiar, somaram-se contínuas perdas devastadoras que se configuraram como vazios infinitos fragmentados. De acordo com os pressupostos de Safra (2004), “a queda plena no indizível, no oculto, na solidão, no escuro, leva o indivíduo às agonias impensáveis, ao sofrimento sem morte, ao fora absoluto que o torna andarilho sem sombra” (p. 25).

Compreende-se, assim, que a adolescente sem ter condições de viver a seu modo e de experienciar o tempo subjetivo a partir dos cuidados recebidos, se viu suspensa em intermináveis estados psíquicos diferentes, o que a levou às vivências depressivas e ansiosas intermináveis, “sem poder viver ou morrer” (SAFRA, 2004, p. 68).

Em sequência, aos relatos pincelados anteriormente, com a voz trepidando, prosseguiu: *“Eu choro hoje, mas na hora eu não chorei, nem fiquei triste. Só pensei, tá bom!”* (p. 349). Evidencia-se que o seu sofrimento a partir da desilusão paterna adquiriu uma nova configuração, associada ao não sentir e a indiferença frente a vivência de uma experiência excessiva.

Entende-se que a vivência de modalidades de sofrimento varia de acordo com o nível de integração e de constituição existencial do indivíduo frente às falhas traumáticas ambientais (WINNICOTT, 1965a/1994). Deste modo, pressupõe-se que em estado de fragilidade e dissociação psíquica, Helena passou por novas violações que concorreram para a organização de defesas primitivas, no sentido de se tornar invulnerável contra a ameaça de aniquilamento e de fragmentação. Instaurou-se, assim, um estado patológico caótico constituído pela desesperança, submissão e conformismo que revela a presença de um falso-*self* (CAMBUÍ, NEME, ABRÃO, 2016).

A indiferença de Helena corresponde, assim, a manifestação de um caráter de invulnerabilidade e tentativa de não afetação, a fim de se blindar da impiedosa realidade. Compreende-se, portanto que a vivência do sofrimento desafetado se trata de uma manifestação reativa, inibitória e de distanciamento emocional para desinvestir o objeto que lhe causa dor.

Segundo Figueiredo (2018), “há modalidades de sofrimento e dor que ultrapassam as capacidades ativas do psiquismo, deixando-o provisoriamente ou definitivamente, em estado de morte ou quase morte” (p.28). Infere-se que os cortes de lâmina no corpo e o transtorno alimentar não foram suficientes para obliterar as angústias impensáveis, o que levou Helena a recorrer ao recurso ulterior de invulnerabilidade psíquica.

Por fim, para além das terras estranhas e inabitáveis tanto internas quanto externas, Helena tornou-se “louca”, “só” e “má”. Depreende-se que a impossibilidade de atribuir sentidos às suas vivências e de alcançar sua existência e morada no meio familiar e social, fez com ela se caracterizasse como “louca”, “doente” e causadora de algo ruim. Além disso, as experiências emocionais vinculadas às relações de cuidado permeadas pela inconstância, perda e desilusão desencadearam sentimentos de absoluto abandono, rejeição e vivências de morte, acrescidos dos sentimentos de culpa, destruição e de autopunição decorrentes das fantasias agressivas inconscientes.

Madá, a mãe

Madá⁵ uma mulher que se apresenta visivelmente rígida, séria e evitativa. Inicialmente, manteve-se defensivamente atenta e responsiva às minhas condutas, respondendo de forma breve e objetiva sem manifestação de emoção. Distante fisicamente, estabeleceu de forma clara os limites que eu não deveria ultrapassar e destilou diversos comentários ácidos ao encontro.

Embora tivesse outras “prioridades” e estivesse ali por conta da cobrança da filha, Madá se surpreendeu à medida que a entrevista foi transcorrendo, fato que chegou a reconhecer ao final do encontro.

Em especial, a transformação na conduta de Madá se deu em virtude da configuração da entrevista ao redor do Procedimento de Desenho-Estória com Tema. Embora tenha sido recebido com repúdio e contestação em razão do receio de ter seus traços-rabiscos analisados, posteriormente Madá deixou-se lançar a abertura e a comunicação mais relaxada e menos defensiva que contribuiu, assim, para a emergência da manifestação emocional menos consciente.

O encontro que teria duração de uma hora se estendeu para 2h10min, devido o maior envolvimento de Madá no encontro após fazer uso do recurso apresentativo-expressivo.

O conjunto de significados e das experiências emocionais apreendido a partir da narrativa psicanalítica se organizou segundo a criação associativa das pesquisadoras-psicólogas nos seguintes campos de sentido afetivo-emocional: “Colheradas de *(des)afeto*: resquícios psíquicos”, “*Réu-confessa: entre ela, eu e o outro*”, “*A analista-mãe*”, “*O fantasma materno e a herança familiar*” e “*A fome: tão íntima, tão estranha e tão familiar*”.

⁵ Ressalta-se que houve a alteração do nome e de alguns aspectos que não alteram a essência das experiências afetivo-emocionais, a fim de preservar o sigilo e o anonimato da participante.

“Colheradas de *(des)afeto*: resquícios psíquicos”

O campo de sentido afetivo-emocional “Colheradas de *(des)afeto*: resquícios psíquicos” comporta manifestações subjetivas vinculadas a dificuldade materna em realizar os cuidados essenciais à filha, sem o auxílio de manuais e de prescrições médicas. Esclarece-se que o prefixo “*des*” eleito para o título deste campo afetivo-emocional comporta a ideia de separação que alude as condutas maternas associadas às barreiras na comunicação emocional com a filha, além de distanciamento com a mesma, sendo que estas indicam a desvinculação das emoções da mãe no exercício do cuidado e o emprego de recursos defensivos que a capacita a permanecer isolada dos próprios estados emocionais.

Este campo de sentido constitui-se, assim, por vivências subjetivas em torno da dificuldade materna em se identificar com o bebê e adaptar-se sensível e ativamente a ele, o que a leva a contagem dosificada de colheradas de amor à Helena.

O desejo em ter um filho relatado por Madá remonta aos primórdios das experiências precoces infantis que por meio das brincadeiras com bonecas já demonstrava o intenso desejo de ser mãe. Este desejo idealizado tornou-se real na vida adulta, só que não se travava mais de brincadeiras infantis. Assim, a menina Madá tornou-se mãe.

Segundo Winnicott (1947/2012), “a história de um ser humano, não começa aos cinco anos, nem aos dois, nem aos seis meses, mas ao nascer – e antes de nascer, se assim se preferir” (p. 96). Dessa forma, a concepção subjetiva é o início da dramática humana. Entende-se que antes mesmo do seu nascimento, a criança desconhecida, já foi delineada na realidade psíquica dos pais, sendo embalada por sentimentos, ilusões, desejos, imagens, memórias, expectativas e fantasias primitivas vinculadas ao próprio mundo interno parental.

Segundo Szejer e Stewart (1997), o bebê concebido subjetivamente passa a adquirir características, sendo investido das propriedades do universo interior particular e partilhado do casal. Nesse sentido, esse bebê imaginário pode tanto representar aspectos positivos de

realização, orgulho e enriquecimento ou, por outro lado, pode evocar aspectos sombrios, persecutórios e aterradores, sendo estes intrínsecos ao mundo interno dos pais. Sob este aspecto, de acordo com Raphael-Leff (2017), o bebê concebido na realidade subjetiva dos pais desvela narrativas internas complexas constituídas pelo reconhecimento ou temor das próprias potencialidades e, também, por imagens imprecisas e confusas de figuras significativas do passado. Observa-se que Madá ao brincar com suas bonecas e em referência à sua própria história, concebeu subjetivamente um filho, demonstrando-se consciente e completamente disponível para amá-lo.

A concepção pode surpreender uma mulher que se descobre grávida [...]. Pode ser a realização de um sonho longamente acalentado desde a infância, ou a anulação de sua existência livre. A gravidez pode preencher um doloroso vazio interno ou refletir uma fome de "chocar" um bebê, ou pode constituir-se numa indesejável invasão (RAPHAEL-LEFF, 2017, p. 24).

Para Piccinini et al. (2008), a concepção subjetiva do bebê pelas figuras parentais pode reativar angústias primitivas, fantasias infantis e conflitos não resolvidos com os pais arcaicos. Dessa forma, o desejo de ter o bebê e a concretização da gravidez podem ser motivados pela necessidade de reparação do passado, de renovação de antigos relacionamentos, de afirmação da potência orgânica e sexual, bem como de retorno à fusão simbiótica no útero materno, de mudanças do futuro e, ainda, de espelhamento e personificação de si mesmo (RAPHAEL-LEFF, 2017; SOIFER, 1992).

Pressupõe-se que as configurações inconscientes de Madá foram matizadas pela própria constituição emocional decorrente de suas experiências vivenciais, acrescidas do lugar e da função que foi atribuída ao bebê em sua realidade psíquica. Anteriormente a gravidez, observa-se que a mãe se identificou com a filha a ponto de idealizar como seria o momento da concepção e vislumbrar possíveis sonhos e esperanças para o bem aventurado ser.

Após alguns anos de namoro, Madá e José se casaram e desejavam ter um filho, cuja realização se deu posteriormente a dois anos da união do casal, de modo que na época a mãe tinha aproximadamente vinte e seis anos de idade. Esclarece-se que a mãe manifestou dois tipos de desejo, sendo estes: o desejo de ser mãe e o desejo de ter um filho. Entende-se que o desejo em ser mãe corresponde ao desejo de gestar física e psiquicamente o bebê e, por sua vez, o desejo de ter um filho diz respeito a ter um projeto de cuidados para com o bebê, visto que este envolve aspectos concretos da realidade externa.

Para Raphael-Leff (2017), a maternidade constitui um conjunto complexo de fantasias que perpassam a identificação inconsciente da mulher com a própria figura materna, bem como incluem as fantasias de completude, de onipotência, de reparação e de restauração da imagem interna da mãe. Entende-se que fragmentos de memória, percepções e registros não conscientes, assim como questões não resolvidas de aspectos transgeracionais associadas às fantasias inconscientes decorrentes da própria história são mobilizados na gravidez e após o nascimento do bebê. Este conjunto influencia a modalidade de interação pré e pós-natal entre mãe e filho e, também, a realização dos cuidados essenciais.

De acordo com os pressupostos psicanalíticos, o cuidado realizado pela mãe corresponde a internalização dos cuidados maternos que foram recebidos na própria infância, de modo que o bebê ao nascer torna-se parte desta dramática vivencial das relações de cuidado transgeracionais (WINNICOTT, 1966/2002). Pressupõe-se que Madá por meio do desejo de ser mãe buscou inconscientemente restaurar a imagem interna que possui da própria mãe e entrar em contato com as próprias vivências de quando foi um bebê e cuidada por sua mãe, além de projetar em Helena o desejo da autorrealização de ideais e de oportunidades perdidas.

“Vá e fazes tu mesmo!” Uma das metas importantes do cuidador é levar o sujeito a desenvolver capacidades cuidadoras. Uma mãe ao cuidar de sua filha não a ensina como ser mãe, o que ocorre é uma introjeção criativa das funções cuidadoras. Em síntese, cuidar bem é transmitir bem as funções cuidadoras (FIGUEIREDO, 2012, p. 143).

Pressupõe, com base na narrativa psicanalítica de Madá, que a gravidez de Helena foi “extremamente planejada” e, assim, não constituiu abertura para uma experiência genuinamente espontânea e emocional de ser mãe. Assim, a objetividade em realizar o desejo de ser mãe por meio do controle onipotente denuncia a idealização e a dissociação da própria experiência, desconsiderando as urgentes demandas de uma experientiação compartilhada com o bebê.

Nota-se que Madá enfatizou que embora não fosse “dona do corpo orgânico”, ou seja, não tinha o controle sobre o corpo e o processo reprodutivo, tudo transcorreu como “previsto” e ela engravidou em um cenário idealizado e desejado. Infere-se, de acordo com o relato materno, que antes de nascer, de fato, o destino de Helena já estava traçado, pois ela foi concebida em um país estrangeiro, carregando assim as marcas de *outrem* e da dificuldade de fazer morada no ambiente familiar. A ênfase materna na “história europeia” da gravidez revela que Helena já nasceu destinada ao estrangeirismo.

Em entrevista a mãe informou que a filha nasceu de forma programada ao final do ano e ela retornou às suas atividades acadêmicas em fevereiro e por essa razão não havia tempo suficiente para realizar os cuidados à filha. Infere-se que Madá ao planejar de forma detalhada o nascimento da filha, já tinha estabelecido uma limitada disponibilidade física e temporal no exercício do cuidado e, desse modo, não havia tempo de ser mãe, pois outros compromissos eram “prioridades”. A mãe realizou, assim, o cuidado à Helena durante os três primeiros meses e, posteriormente, atribuiu integralmente esta função ao pai no período noturno.

De acordo com Winnicott (1968a/2002), algumas mulheres não conseguem entrar em um estado de preocupação materna primária, sendo este caracterizado como um estado psíquico vivenciado durante a gravidez e o puerpério e que possibilita à mãe identificar-se com o seu bebê e proporcionar uma adaptação ativa de acordo com a demanda da criança. O psicanalista afirma, ainda, que “muitas mulheres temem que esta condição vá transformá-las

em vegetais, e então elas se prendem aos vestígios de uma carreira como a um salva-vidas e nunca se entregam por completo, nem mesmo temporariamente, a um envolvimento total” (WINNICOTT, 1968a/2002, p. 83).

Sob este aspecto, Dethiville (2011) explica que a mãe pode não ser capaz de entrar nesse estado particular em virtude da preocupação e do temor de não recuperar a própria individualidade. A autora considera que a identificação com o bebê pode remetê-la a uma ameaça caótica e desorganizadora que ela mesma viveu quando bebê. E, assim, sentindo o bebê como ameaça contra si mesma ou sendo ameaçadora para ele, pode preferir se distanciar do mesmo (DETHIVILLE, 2011).

Pressupõe-se que em contraposição à fantasia idealizada acerca da maternagem, Helena veio ao mundo real e, diante desta, Madá se assustou e voltou-se para a realização demasiada de atividades cotidianas e acadêmicas como meio de manter-se física e afetivamente distante daquele dependente ser. Deste modo, nota-se que algo aconteceu no encontro entre mãe e bebê que não permitiu um encontro afetivo e a vivência da maternagem. Entede-se, sobretudo, que Madá ao entrar em contato com o bebê se sentiu igualmente tão desamparada e sem recursos internos para lidar com o desconhecido, de modo que este se configurou como a representação viva de sua própria vulnerabilidade, o que pode ter concorrido para a mobilização de vivências de insegurança que, por sua vez, a fez se distanciar do bebê.

Certamente algo acontece às pessoas quando elas se veem confrontadas com o desamparo que supostamente caracteriza o bebê. [...] Poderíamos quase dizer que as pessoas que cuidam de um bebê são tão desamparadas em relação ao desamparo do bebê quanto o bebê o é. Talvez haja até mesmo um confronto de desamparos (WINNICOTT, 1968a/2002, p. 91).

Ao relatar sobre a chegada do bebê ao mundo, nota-se, a partir da narrativa psicanalítica, a presença de objetividade, neutralidade e escassez de profundidade emocional de Madá que denotam acentuado distanciamento, como se o bebê não fosse parte da mãe.

Infere-se que a recepção de Helena na realidade compartilhada se deu de forma impessoal, o que levou a mãe a fazer uso da sintetização para evitar e isolar afetos intensos ou dolorosos.

Em especial, observa-se que ao fim da entrevista clínica, com as defesas reduzidas e manifestando um inusitado e doce sorriso, Madá descreveu as características da filha de forma alegre e afetiva, sendo estas: “*cute*, esperta, carinhosa, espoleta, recatada e calminha”. A mãe informou que Helena tinha sido seu “amorzinho” e a relação delas tinha sido muito boa. Supõe-se que a mãe ao reviver o universo vivencial associado aos períodos remotos da gestação e dos cuidados de Helena, revitalizou aspectos ocultos importantes que foram soterrados pelas defesas que tentaram suprimir ou distanciar os afetos.

Percebe-se no relato de Madá que houve amor e desejo pela filha, mas defendendo-se contra a ambivalência de sentimentos desconcertantes e do temor de exploração e subjugação do demandante bebê, a mãe deparou-se com a necessidade de se proteger acionando medidas defensivas obsessivas e dissociativas.

Outro aspecto que pertinente é o uso pela mãe, no decorrer do encontro, de diversas palavras em inglês que veiculam o caráter de estrangeirismo. Entende-se que, assim como Helena, a mãe não encontrou, em seu idioma pessoal, palavras que pudessem dar sentido às experiências emocionais, o que denota, da mesma forma que a filha, a vivência de estranhamento da ordem do *não-saber*.

Em relação ao nascimento de Helena ter sido minuciosamente planejado e organizado em função de suas atividades acadêmicas, observa-se que a mãe não se permitiu vivenciar experiências emocionais profundas, mantendo níveis elevados de rigidez e afastamento dos afetos, justificando que “fez o que achava ser melhor” e que se “voltasse no tempo”, “faria a mesma coisa”.

Infere-se que Madá sustentada em uma imagem idealizada e onipotentemente perfeita acerca de ser mãe e do exercício da maternagem se impactou com a chegada da filha,

deparando-se com a impossibilidade de efetivar o modelo maternal ideal que havia concebido em sua realidade interna. A partir da real concretização dos cuidados com o bebê, a mãe pode ter se sentido tão desamparadamente dependente como ele, o que fez transparecer sua intimidadora impotência e insegurança e, em consequência, expor a sua ineficácia em realizar as habilidades de cuidado que julgava ter. Assim, frente a desencantadora desilusão, Madá optou em se aproximar das atividades acadêmicas e do trabalho, de modo que pudesse evitar o exercício da maternidade e, por sua vez, reforçar sua identidade como mulher independente, autônoma e onipotente.

Nota-se que o cuidado materno à filha ocorreu de forma integral nos três primeiros meses e, posteriormente, foi delegado ao pai a função. Quando Helena tinha três anos de vida, a mãe finalizou sua primeira graduação e, logo, já iniciou outros cursos acadêmicos. Tornar-se mãe e assumir, de fato, os cuidados da filha ainda se configurava uma realidade difícil e assustadora, o que fez Madá continuar seus estudos.

De acordo com o relato da mãe, ela fez “pós, depois outra graduação, pós de novo, pós de *novo*”, cuja formação acadêmica abarca duas graduações e diversos cursos de pós-graduação *lato sensu*, o que revela o caráter defensivo obsessivo de evitar entrar em contato com as questões emocionais e voltar-se para atividades sublimatórias. Este aspecto denota a dificuldade da mãe de se fazer presença viva para Helena na realização dos cuidados ao longo do seu processo de desenvolvimento, bem como a motivação inconsciente de se manter à distância para proteger a si mesma do desamparo e impotência evocados pelo bebê e, ainda, a tentativa, por meio da sua ausência, de manter a filha distante de seus impulsos hostis e agressivos.

Raphael-Leff (2017) propõe uma diferenciação entre a mãe facilitadora, reguladora e alternativa em relação às questões do universo da maternidade. De acordo com o autor, as mães reguladoras retornam muito rapidamente ao trabalho e às atividades cotidianas e não

apresentam, de modo geral, preocupação com a separação do bebê. Orientadas pelo repúdio a devoção maternal, sendo este considerado “um mito superavaliado, propagado pela sociedade para conservar as mães em casa” (p. 206), este tipo de mãe retorna ao trabalho, a fim de evitar ser submersa na domesticidade que solicita esta nova configuração.

Este subcampo de sentido afetivo-emocional organiza-se também em torno da relação de cuidado, cuja natureza denota “obrigatoriedade” e “cumprimento” de dever, visto que o cuidado à filha foi descrito como uma “responsabilidade” e “competência” do “casal”. Percebe-se, de acordo com a narrativa psicanalítica, que os cuidados dispensados ao bebê se configuram como requisitos práticos e obrigatórios que foram efetivados de forma sistemática e disciplinar.

Pressupõe-se, com base nas contribuições winnicottianas, que o exercício do cuidado de um ser humano imaturo e desamparado requer um espaço potencialmente lúdico e transicional que viabilize a travessia entre o mundo interno e externo de modo criativo e sustentado. Assim, entende-se que a responsabilidade é inerente ao cuidado parental, entretanto este não deve ser suplantado pelo mero dever e cumprimento de obrigações.

Verifica-se que os cuidados disponibilizados pela mãe à Helena no período de zero a três anos se organizam em torno de manifestações subjetivas centradas na rigidez e no controle, especialmente, na esfera da alimentação. Nota-se o predomínio de normas e regras que tornaram o cuidado “impecável”, de modo que este era realizado de acordo com as instruções médicas, sem considerar a intuição e a sensibilidade materna.

Entende-se que o termo proposto por Winnicott (1960b/1983) referente a mãe suficientemente boa não designa uma mãe perfeita, mas aquela que se adapta sensivelmente às necessidades do bebê, cuja descoberta em ser mãe se dá no encontro sensivelmente complexo e enigmático com o bebê ao realizar o cuidado rotineiro. Trata-se de uma pessoa real que tenta

cuidar de forma satisfatória e adequada, sendo que estes cuidados são particularmente pessoais e próprios da relação que está se estabelecendo (WINNICOTT, 1947/2012).

Deste modo, embasada na teoria winnicottiana, compreende-se que especialistas e médicos podem ter o conhecimento teórico e técnico acerca do cuidado, porém desconhecem a delicada artesanaria vivencial da singular relação humana entre mãe e filho, que “está acima de normas e regras e só a mãe pode saber como agir” (WINNICOTT, 1954/2012, p. 211).

Com base no fragmento narrativo a seguir, atenta-se ao fato de que os cuidados dispensados por Madá à filha, principalmente, em relação à alimentação seguiam prescrições médicas e de manuais, o que sugere que o cuidado seguia um *script* médico inflexível e técnico e não era orientado de acordo com a sensibilidade materna em direção às necessidades do bebê.

Descreveu que todos os “quesitos fundamentais” relacionados aos “cuidados” foram precisamente seguidos, tais como: “amamentar”, fornecer “leite materno até os seis meses”, “sopinha natural” e “suplementos alimentícios”. E, inclusive, até o primeiro ano de vida, Helena não comia alimentos considerados inadequados para a idade, como por exemplo, chocolate. Disse que teve um “cuidado extremo com a alimentação” da filha e, também, descreveu os cuidados do pai como “impecáveis” (Narrativa psicanalítica do encontro com Madá).

Em relação à amamentação, reconhece-se, sobretudo, o cuidado da mãe em retirar o leite para que o pai pudesse dar ao bebê em sua ausência. Esta conduta indica a preocupação de Madá com a alimentação da filha, sendo o leite materno reconhecidamente vital. Percebe-se, no entanto, que embora a mãe tenha dito que o pai levava a filha à faculdade para que pudesse ser amamentada ao seio, parece que estes momentos foram escassos, pois o que predomina no discurso materno é que ela retirava o leite para que o pai pudesse dar à criança por meio da mamadeira.

Segundo Raphael-Leff (2017), a mãe do tipo reguladora atribui a uma variedade de pessoas a realização dos cuidados do bebê. Para o autor, o cuidado compartilhado reduz o grau de exposição da mãe de futuras críticas acerca da realização do cuidado, preserva o bebê da real

ou imaginada maldade ou hostilidade, atenua as ansiedades relacionadas à sensação de impotência e de insuficiência das próprias qualidades maternais, bem como protege a si mesma das forças malévolas e das figuras internas persecutórias associadas à própria mãe e aos cuidados recebidos.

A mãe reguladora se ampara na crença de que o filho pode organizar uma falsa ideia de ela que é a única fonte de prazer e bem-estar. E, deste modo, concebe que a variedade de cuidados ofertada por diferentes pessoas, pode levar o bebê, segundo sua perspectiva, a entrar em contato com outras pessoas e se preparar para as exigências do mundo, contribuindo assim para o processo de independência (RAPHAEL-LEFF, 2017). Supõe-se que as concepções de maternidade de Madá organiza-se segundo o modelo de mãe reguladora, proposta por Raphael-Leff, visto que se orienta por especialistas e faz uso de vários cuidadores para promover o afasamento do bebê que representa os próprios aspectos íntimos repudiados.

Madá alegou que uma vez que seu desejo de ser mãe tinha se concretizado, tentava suprir da melhor forma possível os cuidados da filha, principalmente, àqueles relacionados à alimentação. O “cuidado extremo com a alimentação” da filha denota a existência de um excesso que está vinculado ao controle da quantidade da alimentação e do inflexível intervalo de tempo da amamentação.

Observa-se, conforme fragmento narrativo a seguir, que os horários da amamentação eram rigidamente estabelecidos, de modo que a criança era alimentada de forma regrada de acordo com os horários estipulados pela prescrição médica, não sendo, portanto, flexibilizados. Helena era amamentada sistematicamente de cinco em cinco horas, porém foi estabelecido um intervalo maior durante a noite, de modo que a última mamada à noite acontecia às 11h e a bebê somente voltava a mamar às 5h do outro dia, o que denota a impetuosa fome que Helena sentia e a suposta voracidade ao encontrar o *objeto-alimento*.

Questionei como tinha sido a amamentação e Madá afirmou apenas que “foi boa”. Informou que Helena “mamava de cinco em cinco horas” e que ela levantava a noite para amamentar a filha, mas “não de madrugada” por que foi “cortando isso”. Assim, a bebê era alimentada à noite e voltava a mamar somente às cinco horas da manhã do outro dia. A mãe confirmou que “amamentou” Helena até os seis meses de idade, porém para que as mamadas ocorressem no período que ela estava na faculdade, retirava o leite e o marido a alimentava em casa dando as mamadeiras. Contudo, quando a mãe retornava da faculdade, já a encontrava “desesperada de fome” e, embora, ela já tivesse “mamado” e “papado”, ela só “queria o mamá antes de dormir”. Disse, então, que perto das onze horas da noite, o “reloginho biológico já despertava para mamar para dormir” (Narrativa psicanalítica do encontro com Madá).

Outro dado que chama atenção são os gritos desesperados de Helena, quando bebê, para ser alimentada, uma vez que os horários das mamadas eram fixos e não era permitido pela mãe a quebra das orientações médicas. Os gritos de fome da bebê “tomavam todo o prédio” e se reverberava na rua, como forma de preenchimento do vazio que a habitava. Entende-se que o apelo urgente por alimento nutricional e afetivo não era atendido prontamente e a filha se colocava avidamente à espera do encontro inter-humano e pela saciação de suas necessidades e desejos.

De acordo com Raphael-Leff (2017), as mães reguladoras se protegem contra os múltiplos perigos que a maternidade evoca, articulando várias modalidades dissociativas no âmbito das condutas, sendo estas: a negação e a cisão das fantasias para obliterar a identificação inconsciente com o bebê ou com a figura da mãe internalizada, o enrijecimento do controle e dos mecanismos defensivos que contribuem para o distanciamento emocional, o estabelecimento do cuidado do bebê de forma compartilhada que acaba por fragmentar o próprio cuidado oferecido e, ainda, a imposição de uma rotina rigorosamente determinada, a fim de eliminar a “necessidade de reciprocidade empática; minimizando os perigos de negligência ou excessiva indulgência e o ímpeto de invejar o cuidado do bebê” (p. 214).

A partir das contribuições acerca do modelo de mãe reguladora, compreende-se que Madá se orientou de acordo com o pressuposto de que o bebê precisa se adaptar ao mundo e, dessa forma, a tarefa materna essencial se centrou em “tornar social o bebê pré-social” a partir

da imposição de regras a seus impulsos e da inibição de condutas espontâneas por serem consideradas inviáveis.

Desde que acredita que o recém-nascido não faz distinção entre aqueles que o cuidam, a mãe Reguladora cedo apresenta cuidadores auxiliares, uma vez que estabeleceu regularidade ótima. Para esse fim, estabelece uma *rotina*, que assegura a previsibilidade da rotina e potencialmente desconcertante situação e proporciona à mãe e filho uma sensação de segurança. Alimenta a criança a intervalos regulares, com horários estabelecidos para cada alimentação; se estiver amamentando, fornece mamadeiras suplementares para possibilitar as outras pessoas que cuidam da criança alimentarem-na e pretende iniciar o desmame com a introdução de sólidos (RAPHAEL-LEFF, p. 206, grifos do autor).

De acordo com a narrativa psicanalítica da mãe, o alimento foi quantitativamente determinado e não disponibilizado de acordo com as necessidades do bebê, posto que a mãe oferecia a quantidade exata de comida que era previamente definida pelo médico. Infere-se que a mãe não considerou e foi incapaz de atender os impulsos relacionados à fome e os desejos da filha de ser acolhida e amada, cuja fome passa a ser uma experiência afetiva de “fome-morte” carregada de intensidade afetiva e sem representação psíquica (MINERBO, 2009).

Evidencia-se no relato de Madá a recorrência de comparativos entre quantidade e qualidade. Embora, considere a diferenciação entre disponibilizar a quantidade necessária e a qualidade do que é oferecido na relação alimentar, nota-se a confusão materna sobre estes aspectos e a valorização da execução técnica da ação e da quantidade.

A mãe considerou que na “medida do possível” fez o que acreditava estar correto e, de fato, entende-se que seguindo as orientações de especialistas que detém o suposto saber de cuidar e a partir de suas dificuldades de estabelecer uma sintonia mais sensível com a filha, a mãe tentou, mesmo que insuficiente e precariamente, atender as necessidades de Helena. Assim, Madá ofertou ao seu bebê colheradas prescritas de alimentos para garantir a sobrevivência física, contudo foram colheradas destituídas de afeto, comunicação e proximidade vincular, deixando a filha desesperadamente faminta pelo *seio-mãe*.

Nota-se na seguinte fala materna, “Helena era ruim de comida”, a atribuição de características pejorativas à filha e a não aceitação da criança aos alimentos que ofertava, assim como, a presença de fantasias maternas que os próprios conteúdos eram “ruins”. De acordo com as contribuições psicanalíticas winnicottianas, entende-se que aceitar o alimento corresponde a experiencição do criar/encontrar o que precisa ser encontrado em um ambiente subjetivamente compartilhado. Porém, o alimento não foi ofertado segundo a demanda de Helena e, assim, uma vez que o objeto não é criado/encontrado, não podia ser “aceitado”, assimilado e incorporado.

De forma abrupta, como quem precisa dolorosamente revelar algo tão íntimo e não sabe como, disse que iria ser “franca” e que tinha sido muito rígida com Helena em relação à alimentação até, aproximadamente, os três anos de idade. Ela afirmou “a gente retoma aquilo que você gostaria de ouvir, penso eu, em relação ao estrutural dela. Eu contava as colheradas que ela comia por que tinha que ser saudável, mas eu nunca a forcei comer tudo” (Narrativa psicanalítica do encontro com Madá).

Observa-se no trecho narrativo acima, que em busca de promover a “saúde do bebê”, Madá, por ser, segundo sua percepção, “mãe de primeira viagem”, consultava o médico sobre o fornecimento de alimentos saudáveis e os introduzia obrigatoriamente. A partir de uma alimentação (des)afetada, sem considerar as necessidades, o desejo e os níveis de tolerância de Helena, a mãe introduzia a alimentação a força de forma perversa. A quantidade de leite e de colheradas de papinha era rigidamente seguida segundo as prescrições médica e dos manuais. Observa-se, no fragmento a seguir, a dificuldade e a indisponibilidade materna em receber, conter e considerar as necessidades da filha.

Continuou e relatou de forma um pouco sobressaltada que sempre conversava com o médico para saber o que era saudável ou obrigatório para a saúde do bebê e por ser “marinheira de primeira viagem” queria que as “coisas” fossem saudáveis e, então, se o médico falasse a quantidade de colheradas que deveria dar à filha, ela contava a quantidade exata e a alimentava, somente com aquela quantidade que havia sido orientada. Lembrou-se, então, das instruções do médico: “se ela comer umas dez colheradas está bom”. Deste modo, como o médico havia lhe dito que o estômago dela era pequeno, a mãe não a forçava a comer de tudo, mas algumas coisas ela insistia e forçava. Até que um dia, tentou dar comida à filha e esta não queria comer tudo que ela tinha preparado e naquele dia estava, conforme relato, muito irritada e ficou muito brava com ela a ponto de gritar tanto com a criança que Naná, a

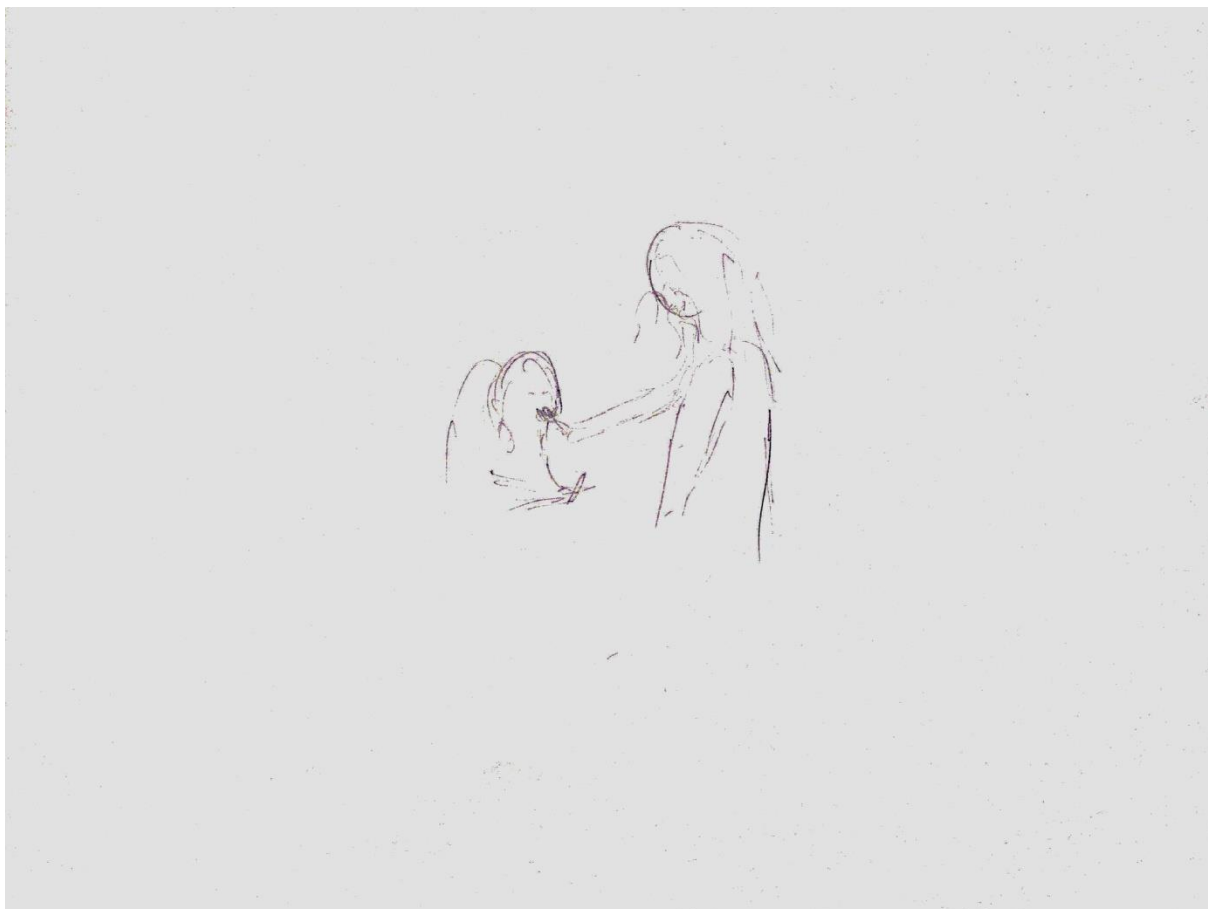
“funcionária que era sua comadre” teve que interferir, “cessando” a situação, pois a mãe queria que ela comesse exatamente a quantidade de alimento prescrita pelo médico (Narrativa psicanalítica do encontro com Madá).

Infere-se que Madá não conseguiu investir o alimento de afeto, ser presença viva e constante e, ainda, se oferecer enquanto morada receptiva, segura e continente dos ávidos impulsos da bebê. Contrariamente à vivência de uma experiência compartilhada com o corpo materno pulsante e afetivo, Helena vivenciou experiências ambivalentes de invasão ao ser forçada a comer e de ausência do *seio-mãe* devido os intervalos intermináveis de fome e dor, ficando sem respostas e o atendimento de suas urgências emocionais que, por sua vez, concorreram para a mobilização de sensações de continência insegura e vazada (WADDELL, 2017).

Percebe-se, deste modo, que a mãe não conseguiu ser continente psíquico, a fim de promover e preservar o *vir a ser* do bebê, assim como, ser facilitadora dos processos de integração, personalização e realização, visto que a realização dos cuidados vinculados ao holding, handling e apresentação de objetos se deu de forma inconstante, hostil e distanciada. Verifica-se, igualmente, marcante a dificuldade materna em compreender e considerar os sentimentos e as necessidades de sua filha, relegando-os a um *não-lugar*.

Revela-se, a seguir no desenho-estória de Madá, a presença de manifestações subjetivas que expõe a relação de cuidado em torno da alimentação de Helena. As linhas interrompidas e ligeiramente esboçadas rascunham figuras humanas inacabadas, desamparadas e distanciadas, cuja sensação é de desvitalização, inacessibilidade, desafeto e evitação. De modo que são estas características representativas deste campo de sentido afeito-emocional.

Figura 4. Desenho-Estória da mãe referente à proposta temática: “Desenhe uma filha sendo alimentada”



Fonte: elaborado por Madá.

Destaca-se um aspecto importante relacionado ao cuidado materno neste período que é a indisponibilidade, distanciamento e ausência materna. Em razão disso, a mãe alega “carregar o peso da culpa”. Porém, a mãe se faz, ainda, ausência para a filha, evitando situações de maior envolvimento e profundidade emocional. Conforme fragmento a seguir, evidencia-se o reconhecimento de Madá acerca da existência de falhas parentais precoces associadas às relações de cuidado, visto que estas foram centradas, especificamente, na rigidez da alimentação e na sua ausência, que segundo a mãe deixaram “resquícios” em Helena.

Madá reafirmou ter sido “ausência” para Helena e acreditava que “em um determinado período” quando a filha era pequena, “tiveram umas faltas” e que Helena tinha “sentido muito a sua falta” (Narrativa psicanalítica do encontro com Madá).

Embora, a mãe tenha reconhecido a ocorrência de falhas nas relações de cuidado de Helena e, ainda, se faça defensivamente presente por meio da ausência, vislumbra-se a existência do desejo materno em ser “presença sem ausência” e “presença de corpo e de alma” para a filha e para si mesma. Entende-se que, tal como a filha, a mãe também passou por experiências tantalizadoras dissociativas que a conduziram a vivências de vazio e de frágil conexão psicossomática. Isso é evidenciado ao relatar as diversas doenças psicossomáticas em sua trajetória de vida e, sobretudo, a presentificação da conduta autoagressiva durante toda a entrevista, visto que insistentemente cutucou uma ferida na mão resultante de uma grave dermatite.

Em relação ao momento da alimentação, a mãe afirmou que a filha articulava artimanhas para ter atenção (“coisas de criança mesmo de não querer comer”) e, assim, para que esta se alimentasse tinha que colocá-la no “colo”, “andar com ela” e “brincar de aviãozinho” com a comida. Supõe-se que a mãe realizava este cuidado mais lúdico e proximal em momentos específicos e sob as exigências da filha, posto que subjacente ao seu discurso desvela-se uma conotação de obrigatoriedade e enfado na realização deste tipo de cuidado. Porém, ressalta-se que, ao final do encontro, Madá afirmou que o momento da alimentação era prazeroso.

A partir da articulação dos sentidos latentes e contraditórios presentes no discurso materno, infere-se que o momento em torno da alimentação corresponde, quando não irritada ou apressada, a existência de um espaço da relação mãe-filha em que se dava a acontecência da tentativa de um brincar genuíno entre mãe e bebê.

Percebe-se, com base no relato de Madá, que as relações de cuidado centradas na alimentação eram de sua responsabilidade e, por sua vez, todo o restante dos cuidados

associados ao manejo do corpo do bebê (*handling*) e a sustentação física e emocional (*holding*) era realizado pelo pai. De acordo com a mãe, os cuidados realizados à filha por ambos foram descritos como “extremos” e “impecáveis”.

Segundo narrativa psicanalítica, as relações de cuidado de Helena foram, desde o nascimento, organizadas em torno de rituais de limpeza e assepsia, de controle metódico e inflexível da rotina, bem como de perfeccionismo na técnica do cuidado. A mãe relatou que a bebê não era tocada se as mãos não fossem higienizadas, o espaço físico que habitava era desinfectado constantemente, o processo de higiene da filha envolvia um ritual sistematicamente compulsivo e os objetos de exploração da filha eram constantemente esterilizados.

Percebe-se que o extremismo do cuidado, especialmente, realizado pelo pai à Helena e reforçado pela mãe alcançou um nível de gravidade tão elevado que o médico da família alertou os pais sobre a necessidade de inserir a filha num mundo real, humano e partilhado, recomendando a redução das condutas obsessivas-compulsivas relacionadas a limpeza.

De acordo com Safra (2004), entende-se que subjacente ao cuidado técnico encontra-se a incapacidade de compreensão das necessidades do bebê, a partir da própria subjetividade parental. O cuidado técnico e asséptico orientado por condutas cristalizadas e mecanizadas envolve dimensões que não incluem a corporeidade humana, assim como seus ritmos, cheiros, desejos e pulsações vívidas. Trata-se, assim, de um tipo de cuidado invasivo de qualidade excessivamente excitável que impede a criação de gestos criativos, levando o bebê a uma adaptação precoce e a um conhecimento perturbador e sem destinação centrada na inacessibilidade e fragmentação do próprio corpo.

[...] O marido tinha “entrado em uma posição de TOC⁶” por um longo período de tempo e tinha compulsões de verificação (verificava portas, janelas insistentemente) e isso a incomodava muito, denominando esses comportamentos como doentios. Em seguida, relatou que era horrível vê-lo limpando Helena quando bebê, pois a limpava extremamente e em mínimos detalhes. Segundo suas palavras: “era horrível, eu ficava doente. Ele usava algodão com água, tudo limpo, ficava muito tempo limpando exageradamente a menina. E, então, tinha que estar tudo muito limpo, foi tudo muito extremo com a higiene dela quando era bebê. Este comportamento de limpeza do bebê era tão extremo que a incomodava a ponto dela assumir a dianteira para fazer a limpeza quando estava em casa. Alegou que o pai é que dava banho, lavava e limpava o bebê e ela cuidava apenas da alimentação. Mas quando estava muito nervosa, tomava Helena dele para fazer esses cuidados. Disse que nunca interferiu na forma de cuidado do pai e também não falava para ele sobre isso, mas em alguns momentos sem falar nada, assumia a frente para dar banho e limpá-la, pois não suportava o ritual “exagerado” e “horrível”, principalmente para limpar a região genital da filha” (Narrativa psicanalítica do encontro com Madá).

Observa-se no fragmento narrativo psicanalítico acima, a configuração invasiva, sistemática e “doentia” dos cuidados ofertados à Helena. Manifesta-se certa ambiguidade no discurso de Madá que inclui tanto a cumplicidade quanto o reconhecimento da perturbação do esposo na realização dos cuidados da filha que, em síntese, evidencia que o caráter de violação do *self* de Helena por ambas figuras parentais. Safra (2004) adverte que a modalidade exclusivamente técnica do cuidado se faz predominante na atualidade e a instauração de um campo de contato humano entre a díade mãe-filha(a) passou a se assentar “em técnicas abstraídas da experiência humana, nas quais a rapidez, o conforto, as concepções da moda têm primazia” (p. 107).

Percebe-se a presença de consentimento materno em relação ao extremismo das condutas de José e a gratidão a este por realizar os cuidados que não eram considerados de sua responsabilidade. Pressupõe-se que a mãe delegou ao pai os cuidados maternos devido diversas causas e entre estas, destacam-se: por considerar a ineficiência de seus cuidados, para evitar a exposição de sua fragilidade, para assegurar sua independência, para se isentar dos futuros prejuízos à saúde mental da filha e, ainda, para tentar proteger a criança de seus impulsos hostis.

⁶ A sigla TOC diz respeito ao Transtorno Obsessivo-Compulsivo.

Por outro lado, a percepção materna de horror indica o caráter doentio dos cuidados paternos e está relacionada ao reconhecimento consciente e perturbador dos prejuízos que o excesso de cuidados poderia causar, posteriormente, à filha. Admite-se, também, a ativação da identificação inconsciente materna com o bebê que foi e que recebeu igualmente cuidados traumatizantes e, ainda, considera-se o impulso materno em invejar os cuidados ofertados pelo pai ao bebê, fazendo com que ela tomasse a “dianteira” quando a situação se tornava “incômoda” e insuportável.

De todo modo, a mãe por não interditar, de fato, o exagero violento dos cuidados paternos, tornou-se cúmplice do cuidado impetuosamente violador cometido à filha.

Evidencia-se na literatura especializada na área, a recorrência de relatos das pacientes com TAs acerca das vivências de excessos de ausência ou de invasão por parte dos pais. Segundo Bulgarão (2010), “é uma óbvia cena de estupro da alma. Invasão de excessos, quantidade que irrompe e fratura a “goela” psíquica” (p. 270). Percebe-se que Helena experienciou vivências intoleráveis de ausências e perdas, assim como excesso de invasões e violências.

“Réu confessa: entre ela, eu e o outro”

Este subcampo de sentido afetivo-emocional se organiza em torno das “confidências” maternas acerca do cuidado rígido e corretivo direcionado à filha. Revela-se, neste subcampo, a existência da realização de um cuidado sádico e agressivo, que incluem a submissão da filha a situações de sofrimento.

Evidencia-se que o cuidado foi caracterizado, por Madá, como excessivo e protetor, sendo este organizado a partir do estabelecimento de normas rígidas e severas nas diversas esferas da vida da filha, que incluem: a alimentação, a rotina, os estudos e o sono. De acordo

com a mãe, o cuidado era preciso e incluía rigor, regras e pontualidade, o que denota a ausência do componente afetivo no cuidado materno realizado. Porém, a mãe afirmou que embora existissem regras, “as coisas” não eram “forçadas a *fórceps*”.

Madá revelou que a história da filha tinha sido marcada profundamente por algumas falhas ao realizar os cuidados. Em razão da dificuldade materna em se adaptar de modo sensível à bebê, foram impostas a Helena diversas experiências precoces e excessivas que, por sua vez, a levaram às vivências de vazio e a necessidade de criar condições para exercer o autocuidado. Madá “confessou,” então, algumas situações potencialmente traumatizantes que deixaram inscrições psíquicas na filha, entre estas destacam-se: a interrupção abrupta do desmame, do desfralde e a retirada da chupeta

Depois de um tempo em silêncio, passou a cutucar de forma mais intensa a ferida de dermatite no dedo da mão e relatou com pesar uma “confidência” de que tinha sido muito radical com Helena. Assim, afirmou “Sabe de uma coisa, eu vou falar assim para você, eu fui muito radical para tirar algumas coisas da alimentação da Helena”, pois quando disse que iria “retirar” o seio (“o mamá”), o fez de forma abrupta e “nunca mais deu”, sendo que o mesmo aconteceu com a chupeta. Madá relatou que precisava “confessar” estas situações, pois acreditava que estas tinham “marcado psiquicamente” a filha. E considerava que, hoje em dia, aquilo tinha sido uma “agressão”, mas quando falava que iria fazer algo, de fato fazia [...] (Narrativa psicanalítica do encontro com Madá).

Nota-se, no fragmento narrativo acima, que a mãe reconheceu a radicalidade e a agressividade na realização dos cuidados à filha, especialmente, no âmbito da alimentação. Assim como, admitiu os efeitos tantalizadores que estas vivências podem ter causado sobre o processo de desenvolvimento emocional de Helena. Observa-se que o discurso materno comporta determinada ambiguidade emocional que incluem tanto o arrependimento e o pesar quanto o caráter inflexível e ríginos de suas condutas.

Nota-se que a mãe estabeleceu uma rotina precisa e *otimizada* de cuidados à filha, principalmente no que diz respeito a alimentação. Madá realizou a amamentação exclusiva ao seio até, aproximadamente, os três primeiros meses de vida da bebê, orientada por horários

rigorosos a partir das orientações médicas. A partir deste momento, passou-se alimentar Helena por meio da mamadeira que era oferecida pela mãe e por outros cuidadores (pai, avó paterna, funcionária doméstica) em horários regularmente determinados, independente da solicitação da bebê. Já, em torno dos cinco meses de idade, a mãe iniciou a introdução da alimentação sólida para dar início ao desmame.

A amamentação se refere a uma área de experiências intersubjetivas, na qual se desenvolve uma relação de intimidade que propicia os primórdios do contato com a realidade externa e a constituição da integração em uma unidade existencial e psicossomática (DERONZIER, 2015). Para além da função de nutrição e de satisfação da fome, a amamentação configura-se como uma condição *sine qua non* para que o alimento nutritivo seja fonte do desenvolvimento físico e psíquico e para que o bebê possa, ao ser alimentado, receber amor, alento e contenção.

Para que isto ocorra, torna-se essencial a qualidade do contato humano ao fornecer a experiência alimentar de forma suficientemente satisfatória. Nesse sentido, para Winnicott (1945a/2012), a amamentação da criança é a colocação em ato de uma relação de amor entre dois seres humanos e a forma com que é realizada está necessariamente relacionada ao modo como o sujeito percebe e se relaciona com o próprio corpo e com os outros indivíduos.

Segundo Winnicott (1968/2012), a amamentação constitui, portanto, a base de uma boa alimentação e o protótipo da capacidade do indivíduo em se relacionar com os objetos e com o mundo. Pressupõe-se que Madá teve dificuldades em realizar a amamentação da filha, visto a sua urgência em retornar para as suas atividades em um momento tão precoce, cuja filha encontrava-se ainda absolutamente dependente dela.

Ao conjunto dos cuidados maternos que o bebê recebe no início da sua vida e que tem como base as experiências de amamentação, Winnicott (1988/1990) atribui a expressão “primeira mamada teórica”. A ênfase do psicanalista no ato da amamentação se embasa em

torno das experiências fundantes vividas pela dupla mãe-bebê em meio às condições adequadas de suporte ambiental, em que o bebê de forma relaxada e não consciente do mundo entra em contato com a experiência primária de onipotência (WINNICOTT, 1968b/2002).

Deste modo, o bebê que, inicialmente, apreende o mundo de modo sensorial-perceptivo, ao encontrar o seio no momento e lugar em que ele precisa, tem a possibilidade de viver a experiência de que aquilo que encontrou, foi criado por ele, a partir de sua ilusão. Nesse sentido, de modo sustentado, contínuo, previsível e protegido de invasões, o bebê tem a ilusão onipotente de criar o que realmente existe e, em decorrência, criar a si mesmo (WINNICOTT, 1977/2012).

A amamentação satisfatória permite que o bebê vivencie em um espaço com o cuidador materno uma atmosfera de cuidados afetivos a partir de um tempo não perturbado até que ele possa, por meio do seu próprio gesto, descobrir a existência do mundo externo e constituir, simultaneamente, o sentimento de si mesmo (GURFINKEL, 2017). Dessa forma, a experiência de ilusão de onipotência auxilia o bebê a integrar as experiências e a constituir um sentido de existência em um mundo compartilhado. Possibilita, igualmente, habitar um mundo real e subjetivo, bem como estabelecer as bases para o viver criativo e, ainda, fazer morada no próprio corpo, permitindo a parceria psicossomática ao ser sustentado físico e emocionalmente no colo da mãe (WINNICOTT, 1964/2002).

A realização da amamentação é, portanto, representativa do fornecimento de um *setting* adequado, no qual se dá a comunicação emocional entre a díade por meio das funções da maternagem, a saber: o *holding*, o *handling* e a apresentação de objetos em adequadas e toleradas doses (WINNICOTT, 1945/2012). Entende-se que a oferta do *objeto-comida* à Helena se deu em meio a um espaço de vacuidade emocional, marcado pela rigidez da dimensão temporal e sustentado em condutas prescritas, dosificadas e assépticas. Infere-se, deste modo, a preocupação com as atividades cotidianas, a rapidez e a pontualidade no exercício do cuidado,

o uso de manuais e de recomendações médicas, bem como o fazer técnico em torno da alimentação se sobrepuseram a realização humana e essencial dos cuidados afetivos à Helena.

Winnicott (1945b/2012) contesta a alimentação que se ordena em torno do estabelecimento da quantidade de alimento, de técnicas de amamentação, treinos de hábitos alimentares e de horários fixos. Segundo o autor, “imaginem, ainda, iniciar-se a alimentação de um bebê pelo relógio, antes de ele ter sentido que existe realmente qualquer coisa fora dele, além de seus desejos” (p. 33). Assim, caso a amamentação não seja realizada de acordo com as necessidades do bebê e o intervalo entre as mamadas seja demasiadamente inflexível ou elevado para a capacidade de suportabilidade do bebê, este pode sucumbir em angústias intensas, perder a confiança no meio e mobilizar a instauração de buracos negros infinitos que o levem a busca incessante pelo *objeto-alimento* irrepresentável e perdido.

A partir da narrativa psicanalítica, evidencia-se a dificuldade materna em estabelecer uma relação afetiva e de intimidade, em especial, ao realizar a amamentação, fazendo-se distante e ausente em um momento tão precoce do desenvolvimento da filha. Considera-se, ainda, que a alimentação era realizada conforme orientações médicas e, portanto, as necessidades físicas e emocionais de Helena não foram atendidas de forma sensível e no momento em que o seio deveria estar lá para ser criado.

Winnicott (1971/1975) afirma que “um bebê pode ser alimentado sem amor, mas um manejo desamoroso, ou impessoal, fracassa em fazer do indivíduo uma criança humana nova e autônoma” (p. 150). Sob este aspecto, observa-se a impossibilidade de Helena em ter um sentido claro de sua própria existência e de se enraizar em si mesmo.

Observa-se que quando Madá foi questionada acerca da experiência de amamentar ao seio a filha, ela respondeu sem expressão emocional que tinha sido “tranquila, super tranquila”. Porém, nota-se que em torno do terceiro mês de vida de Helena já houve a introdução do desmame precoce e, além disso, a mãe atribuiu a função da alimentação a outras pessoas

substitutas que pudessem realizar os cuidados maternos à filha, aliviando-se, assim, da tarefa de prestação de cuidados. Conforme Bruno (2001), Madá se configura como alguém que produz cuidados e não como uma pessoa cuidadora.

Infere-se que a mãe se ressentindo da perda de sua independência e acreditando na promoção da independência do bebê, fomentou prematura e abruptamente o desmame de Helena. Entende-se que a relação mãe e filha foi acentuadamente marcada por uma mistura de sentimentos, cujas origens são mais profundas e se voltam para a relação de amamentação que Madá teve com a própria mãe. Pressupõe-se que ao reviver esses conflitos internos foram deflagradas intensas e desordenadas angústias e fantasias, especialmente, vinculadas a sentimentos ambivalentes de exploração, esgotamento e de devoração de si mesma pelo imaturo ser.

De acordo com Winnicott (1968b/2002), a fantasia materna recorrente que organiza a relação alimentar é a de devoração, cuja sensação da mãe é de ser esvaziada e despossuída de si mesma, o que, torna, muitas vezes, a experimentação do ato da amamentar como algo desagradável e canibalesco. Para Deronzier (2015), a cena primitiva da relação de alimentação em suas dimensões sensoriais e intersubjetivas mobiliza, a depender do nível de organização psíquica da mãe, variados tipos de angústia, entre estas, encontram-se: a angústia paranoica de ser devorada e, por sua vez, em retaliação a este persecutório e ameaçador bebê pode se dar a emergência da angústia de devorá-lo. Segundo a autora, pode, também, ser mobilizada a angústia depressiva de perder o objeto *devorador-destruído* ou de ser abandonado por ele.

Infere-se que o contato com o bebê pode ter mobilizado em Madá a sensação de um ataque persecutório que a fez se sentir tomada por um invasor voraz que consome seus recursos e a esvazia das partes que a constitui. Deste modo, com base no estudo de Deronzier (2015) acerca da relação de alimentação à luz da teoria winnicottiana, pressupõe-se que a fantasia materna de devoração, no curso do desenvolvimento psíquico, não alcançou sua forma mais

elaborada em Madá que é a fantasia de assimilação mútua e intersubjetiva, sendo esta decorrente da angústia depressiva. Assim, no interjogo dos processos de identificação, introjeção e projeção que corresponde às condutas de encontrar, devorar/fazer uso e nutrir/criar, entende-se que o *objeto-outro* não foi conservado tanto na mãe quanto na filha.

Para Winnicott (1968b/2002), tanto a amamentação quanto o desmame abarcam a pré-história materna atravessada por dimensões conscientes e não conscientes acerca da própria amamentação, bem como as dificuldades e as descobertas inerentes no encontro com o próprio bebê. Deste modo, entende-se que Madá realizou estes processos com Helena a partir de sua própria referência de cuidado alimentar.

A partir de uma satisfatória experiência de amamentação está lançada a base para o desmame (WINNICOTT, 1945b/2012). Segundo Cambuí, Neme e Abrão (2016), o fenômeno de encontrar e criar o objeto inaugura o campo da experiência primária da ilusão de onipotência e na medida em que esta é oportunizada e sustentada pela mãe, possibilita a gradativa experiência de desilusão de acordo com o tempo e ritmo do bebê. O desmame se trata, portanto, de um espaço de travessia, cuja jornada é levar o indivíduo ao reino da experimentação brincante das concretas relações inter-humanas, à medida que se desenvolve e se torna mais maduro e diferenciado (GURFINKEL, 2017).

Winnicott (1945b/2012) afirma que em torno de nove meses de idade a criança possui recursos internos suficientes para tolerar pequenas e graduais frustrações que se dão com o processo de desmame. Segundo o psicanalista, “o desmame é uma daquelas experiências que ajudam o desenvolvimento da criança, se a mãe providenciar um ambiente estável para a experiência. Se não o puder fazer, então o desmame poderá redundar numa época em que começam as dificuldades” (p. 92).

Entende-se, com base nos pressupostos psicanalíticos winnicottianos, que o desmame quando imposto prematuramente concorre para diversas interferências sobre o

conjunto dos processos básicos de desenvolvimento emocional, levando o bebê a dificuldade de alcançar morada humana em seu corpo, assim como, ao fracasso em adquirir uma identidade pessoal em razão da impossibilidade de diferenciação eu e não-eu e, ainda, à fragilidade do processo de simbolizar e ao surgimento do falso *self*.

Uma exposição precoce à externalidade invade e aniquila, e, nesses casos, o eu pode ficar definitivamente inóspito, eternamente estrangeiro e incríavel, porque já pronto na sua bruta externalidade. A invasão quebra a continuidade de ser, algo extravasa da possibilidade do bebê. O bebê faz o gesto que lhe vem do impulso momentâneo e não acha nada, nada lhe vem ao encontro (BRUNO, 2011, p. 94).

Em torno dos cinco meses de vida, Helena foi, então, submetida ao início do processo de desmame, visto que a alimentação sólida foi introduzida gradualmente, segundo a mãe. Porém, nota-se que a primeira experiência de desmame, em que se deu a primitiva vivência aterradora da desilusão, foi mais precoce em torno dos três meses de idade. Percebe-se que a mãe retomou as atividades corriqueiras, ausentando-se por períodos consideravelmente longos, dada a imaturidade do bebê. E, assim, quando Helena foi em busca da *mãe-seio*, não encontrou nem o seio e nem a mãe. Posteriormente, em torno dos cinco meses, a bebê passou por outra violenta e aniquiladora experiência de desilusão, pois deu-se de forma abrupta o desmame. Deste modo, com o desmame, Helena teve que desmamar a si mesma, acarretando o surgimento de fantasias onipotentes de auto-engendramento.

Esclarece-se que perante as incisivas falhas ambientais centradas na ausência e perda do *objeto-mãe*, a fantasia de auto-engendramento é mobilizada e confere poder e domínio ao indivíduo para que ele possa se autogerar e se autocuidar, a partir de um movimento onipotente de criação e de recriação de si mesmo, cuja finalidade é ser o próprio genitor (MOREIRA, 2011). No que diz respeito as falhas no cuidado relacionadas às experiências de perdas abruptas, Papalia, Fiori e Herzberg (1981) afirmam que a interrupção precoce da amamentação instaura um sentimento de carência, de modo que o indivíduo se lança

compulsivamente às condutas orais predatórias, na tentativa de suprir este vazio afetivo e incorporar o *objeto-perdido*.

No tocante ao cuidado materno realizado à filha que foi projetado inconscientemente no desenho-estória a seguir, nota-se a presença de um bebê meramente esboçado, cujas linhas confusas e interrompidas não conferem delimitação e delinamento aos contornos humanos, sendo uma massa disforme e desfalecida no colo da mãe. Por sua vez, a mãe se configura pelo desalento e esvanecimento, de modo que parece lhe faltar forças para segurar o bebê. As mãos inexistentes indicam a dificuldade em estabelecer contato afetivo com o lactente e os olhos letárgicos e impessoais nem chegam a se digirir para o bebê para que pudesse devolver a ele a imagem unificada de seus pedaços disformes.

Figura 5. Desenho-Estória da mãe referente à proposta temática: “Desenhe uma filha sendo cuidada”



Fonte: elaborado por Madá.

Faz-se, importante, destacar que a mãe denominou o desenho-estória de “Aconchego”. De modo geral, entre diversos significados, esta palavra corresponde a amparar, proteger, acolher, expressar afeto e segurar (HOUAISS; VILLAR, 2009). Nesse sentido, oferecer aconchego sugere simbolicamente deixar-se tornar morada, abrigo e lar. Entretanto, tem-se no desenho-estória a manifestação da pulverização do ser e da indisponibilidade materna em oferecer morada humana, sendo assim, o encontro de estrangeiros em completo desamparo.

Ao elaborar este desenho-estória, Madá descreveu o cuidado como afeto e a representação de cuidado vincula-se a proteção e “estar junto”. A mãe destacou, também, que embora reconhecesse que não era protetora, considerava, contraditoriamente, que executava essa função, mas não de forma exagerada. Vide trecho narrativo a seguir:

Logo, de forma confusa e agitada disse: “Nossa Senhora, eu penso que não sou, mas eu acredito que sou, não exagerada. Mas, hoje acredito que sou uma mãe um pouco protetora sim (Narrativa psicanalítica do encontro com Madá).

Madá confidenciou outras condutas radicais e violentas que teve em relação aos cuidados da filha, como evidenciado nos trechos narrativos a seguir. Do mesmo modo que o desmame, tanto o desfralde quanto a retirada da chupeta foram realizados de forma precoce e abrupta. Esclarece-se que ambos ocorreram, simultaneamente, em torno de um ano e meio de idade e entende-se que, neste período, Helena ainda não tinha condições biológicas e emocionais para ser lançada, de forma repentina, à concretude e exigências da vida.

Considerava que, hoje em dia, aquilo [desmame precoce] tinha sido uma “agressão”, mas quando falava que iria fazer algo, de fato fazia e as pessoas da sua casa já ficavam “arrepiaados” e de “orelha em pé” com a severidade de suas condutas. Continuou e disse “essa radicalidade de tirar a chupeta é uma agressão. E hoje penso assim, ainda bem! Mas, tirar a chupeta dela de um dia pro outro, tirei a do filho também e tirar o seio de um dia pro outro, ser radical dessa forma, eu acredito que traz muitas marcas porque a criança chora, sente falta e você não justifica isso, porque a criança não vai saber essa justificativa”. A mãe revelou, por fim, que a filha a “culpava” pelos “problemas orais” que apresentava e ela confirmava à filha que sua acusação poderia ter validade, mas ela não poderia fazer nada, pois fez o que podia na época (Narrativa psicanalítica do encontro com Madá).

Em seguida, a mãe revelou que o mesmo tinha acontecido com a retirada das fraldas. Quando decidiu que iria retirar, tirou e nunca mais a filha usou. Segundo as palavras da mãe: “vai ter que tirar, vai ter que sair. Então essas radicalidades de certa forma, me veio uma palavra eu vou falar para você que eu não vou mentir, de certa forma cruel, por que romper isso da criança, é você fazer umas marcas meio grosseiras, muito fortes e eu acredito que tem resquícios sim, por ter feito dessa forma” (Narrativa psicanalítica do encontro com Madá).

Esclarece-se que a chupeta foi oferecida pelo pai à filha, aos três meses de vida, devido o choro incessante e desesperador de Helena e a conduta de ficar “chupando e sugando todo mundo” no momento em que a mãe voltou às atividades na faculdade. Madá repudiou a ideia do pai em oferecer a chupeta e, também, foi relutante em chegar a um consenso sobre o uso desta, pois julgava que o uso da chupeta poderia acarretar problemas odontológicos. Por fim, acabou dando seu consentimento, mas quando a filha fez um ano e meio de idade, a chupeta que servia de alívio para a angústia foi “retirada da noite para o dia” por ela.

Percebe-se, assim, que de forma abrupta, Helena teve que engendrar mecanismos para se defender da violação à sua existência, fato que a levou de forma solitária a “ficar em busca das coisas” e a se “apegar em objetos” concretos, bem como concorreu para a vivência de um estado indescritivelmente intolerável atravessado por angústias depressivas, confusionais e persecutórias.

Observa-se, sobretudo, que Madá reconheceu como “cruel”, “radical”, “agressiva” e injustificável estas suas condutas e considerava que estas tinham concorrido para a instauração de “marcas psíquicas” “grosseiras” em Helena. Nota-se, ainda, o reconhecimento de Madá de que os problemas orais da filha estariam vinculados à sua forma de realizar os cuidados e a ênfase de que a natureza rígida e agressiva destes tinham sido aprendidos com a sua mãe. Deste modo, Madá se caracterizou *réu-confessa*, cujo “crime” atravessou a filha, a mãe da filha e a mãe da mãe, abarcando, assim, uma dimensão transgeracional.

No que diz respeito ao desfralde, compreende-se, de acordo com a psicologia do desenvolvimento, que a aquisição do controle dos esfíncteres anal e vesical é progressiva e ocorre em sintonia com a maturação biológica, visto que a aquisição do controle da urina no período noturno ocorre em torno de cinco anos e o controle diurno se dá, aproximadamente, aos dois anos e meio a três anos de idade. Já o controle do esfíncter anal não acontece antes dos dezoito meses de idade (FERREIRA, 2015).

De acordo com Papalia, Fiori e Herzberg (1981), a criança quando é forçada de forma rígida e precoce a desenvolver o controle esfinteriano em um ambiente de excessiva preocupação com a limpeza e o predomínio de situações de domínio e controle parental pode resultar em distorções afetivas e relacionais que incluem sentimentos de inadequação, destrutividade e de domínio do que se quer que aconteça (controle sádico sobre a expulsão), sendo estas organizadas segundo as defesas paranoides. Por outro lado, interferências no controle do esfíncter durante o desenvolvimento da modalidade retentiva, ou seja, do esfíncter vesical podem resultar em pensamentos obsessivos, ritualizações compulsivas, condutas passivo-submetidas e controle para que algo não ocorra (PAPALIA; FIORI; HERZBERG, 1981).

Deste modo, pressupõe-se que o desfralde precoce em Helena concorreu para distorções em seu processo de desenvolvimento, na medida em que se verificam modalidades sádicas e obsessivas de retenção (incorporação) e de expulsão do *objeto-alimento*, sendo estas próprias à BN.

Outro aspecto importante pertinente a este campo de sentido diz respeito a inflexibilidade dos cuidados na esfera da educação formal. Em relação as falhas no cuidado de Helena, a mãe revelou que esta particular vivência de Helena era o grande arrependimento de sua vida: “*se arrependimento matasse*”. Esclarece-se que Helena foi inserida na educação infantil aos cinco anos de idade e permanecia na escola em tempo parcial. Entretanto, a partir

do quinto ano escolar, a mãe e o pai motivados por uma idealização e acreditando que estavam fazendo o melhor para a filha, a inseriram em um sistema educacional normativo e religioso em período integral. Segundo Madá, esta experiência foi extremamente desgastante para Helena e, embora, percebesse os prejuízos e o sofrimento da filha, a manteve nessa condição, de modo obstinado.

Este campo de sentido afetivo-emocional abrange também revelações maternas sobre punições atribuídas à filha. Com base na narrativa psicanalítica, observa-se que, dos três aos seis anos de idade, o cuidado à filha se recrudescceu e a mãe passou a realizar punições de forma sádica, de modo que esta tinha sido a forma encontrada “conduzir a situação de criança” referente à alimentação e a educação da mesma. Deste modo, segundo o relato da mãe, alguém tinha cometido o “crime” e, logo, *alguém* deveria “pagar o pato”, ou seja, ser castigado. E, assim, Helena “pagou a conta” por meio da experiencição de vivências traumáticas impostas de forma perversa pela mãe.

Compartilhou, então, uma lembrança marcante associada aos “corretivos”. Em uma noite, quando tinha idade inferior a seis anos de idade, Helena ficou chorando no berço e o pai, então, foi ao seu encontro e ofereceu colo. Mas, embora a carregasse no colo e conversasse com ela, não parava de chorar. As horas foram se passando, a criança não parava de chorar e a mãe foi ficando cada vez mais nervosa. Assegurou que não queria se “intrometer”, pois o pai já estava com ela tentando resolver a situação. Mas, em um determinado momento, não suportou mais escutar o “choro de birra” da filha e ficou tão “possessa” que “tomou” Helena dos braços do pai, o repreendeu gritando (“ela pinta e borda com você”) e deu “duas chineladas” nela, pondo-a para dormir e dizendo “dorme sem vergonha!”. Madá descreveu que Helena dormiu no mesmo instante e mostrou ao esposo como tinha que ser feito. Finalizou dizendo que este fato a tinha marcado muito, o que a fez pensar e modificar suas condutas, pois era o pai que tinha que resolver as situações e não cabia a ela assumir e resolver por ele (Narrativa psicanalítica do encontro com Madá).

No fragmento narrativo acima, percebe-se que a “birra”, a “manipulação” e os “choros” da filha se configuraram para Madá como “abuso”, “afronta” e meios ardilosos de ser atendida prontamente pelo pai. Segundo relato materno, diante das supostas condutas de dominação da filha para conseguir a subjugação paterna, a mãe entrava em estado de fúria,

ficando, assim, “possessa” e com os “nervos à flor da pele”. Entende-se que frente a impossibilidade de ser corpo continente e sustentador do sofrimento e da urgência da filha, Madá foi levada às vivências do próprio choro perdido, assim como foram engendradas ansiedades paranoides de rivalidade e de ciúmes dos cuidados amorosos paternos dispensados à Helena.

Infere-se, assim, que a exposição às primitivas necessidades de afeto e de sustentação somadas às angústias arcaicas e intoleráveis da filha, lançou Madá a reviver as próprias experiências infantis que ativaram, por sua vez, núcleos arcaicos e sombrios da sua personalidade, além de convocar a atualização dos *déficits* dos próprios cuidados parentais, concorrendo para a exposição da sua desconcertante vulnerabilidade.

O choro inconsolável da filha sentido particularmente como persecutório exibia, de forma inconveniente, sua suposta sensação de ineficácia e dificuldade na realização dos cuidados que denunciavam, por sua vez, sua hostilidade e rivalidade. Assim, na tentativa de cessar o desamparo da filha que era espelhadamente o seu e conter seus temores, Madá recorreu a dominação perversa da criança por meios físicos, a fim de exercer o controle e torná-la passiva e “boazinha”.

Informou que o esposo não tinha o perfil de bater na filha, pois não era próprio dele. Porém, por conta da ausência de estabelecimento de limites pelo pai, ela acabou sendo muito rígida e assumiu a “educação” e a “correção” da filha, dando “chineladas e tapas” (Narrativa psicanalítica do encontro com Madá).

A partir do trecho narrativo acima, ressalta-se, ainda, que outro agravante, segundo a mãe, é a passividade e a submissão paterna em relação à filha. E frente a ausência de estabelecimento de “limites” do pai, ela tornou-se a *mãe-castradora* e passou a assumir o “fazer” de modo rígido, “grosseiro” e corretivo, a ponto de ensinar técnicas ao esposo de como educar e bater, pois a agressão deveria ser feita com “cuidado”.

Ressaltou que tinha “forçado a barra” com Helena e a educava “igual” a própria mãe a tinha educado. Por conta da educação rígida e dos tapas que dava na filha, sendo esta tão pequena, o marido um dia a alertou que embora reclamasse tanto da própria mãe, estava fazendo da mesma forma com a própria filha. Naquele momento, ela percebeu o que estava fazendo e disse “Meu Deus do céu, que perversa!” O marido também “chamou sua atenção” sobre a forma que ela alimentava a filha e, então, ela reduziu a rigidez da alimentação. Afirmou: “às vezes a gente precisa do olhar do outro, por que a gente não dá conta, A gente acredita que está correta”. Concluiu que até por volta dos dez anos de idade tinha sido “muito rígida” com a filha (Narrativa psicanalítica do encontro com Madá).

Nota-se no trecho narrativo acima, que o cuidado estava impregnado de perversidade e (des)afeto, de modo que o pai chegou a alertar a mãe que ela estava reproduzindo os mesmos erros que cometeram a ela. Assustada e surpresa com os “resquícios” inconscientes que estavam se materializando em suas condutas, a mãe percebeu o quão sádica estava sendo, assim como foram com ela.

“A analista-mãe”

Este campo de sentido inclui manifestações subjetivas associadas a um cuidado estritamente profissional e analítico. A mãe por ser psicóloga analisa sua filha com distanciamento afetivo, como se fosse um caso clínico. Predomina, portanto, neste campo a análise materna das relações sociais estabelecidas por Helena, assim como os significados atribuídos às características pessoais da filha, a partir da adoção da função de psicóloga.

Equipada com técnicas, sustentada pelo conhecimento psicológico e pautada em uma conduta de “neutralidade”, a mãe julgou-se especialista sobre os conflitos da filha. Em especial, após a filha compartilhar com ela uma vivência íntima e depressiva, a mãe achou conveniente usar a situação da filha como exemplo em suas aulas de psicologia. Conforme fragmento narrativo a seguir, a fala de Helena foi submetida a uma análise interpretativa e, de

acordo com a analista-mãe, evidenciava a dificuldade de autoaceitação da filha e a presença de autoestima rebaixada que seriam superados com o passar do tempo, de modo que Helena teria que encontrar meios para lidar com esta situação.

A mãe relatou que antes de viajar para o exterior, a filha estava muito “baixo astral” e chegou a dizer a ela: “Eu me perdi de mim”. Madá disse que achou “muito interessante” esta frase e a usava para ilustrar suas aulas de psicologia. Analisou que esta frase da filha estava associada a não aceitação dela mesma e reconhecia que isso era algo ruim e que embora a filha fosse superar, reconhecia que ali havia um sofrimento (Narrativa psicanalítica do encontro com Madá).

Infere-se que a conduta de análise da mãe a mantém distanciada e desafetada, sendo assim preservada de possíveis emoções. Conforme Cambuí (2013), entrar em contato íntimo e proximal com o sofrimento de outra pessoa, pode mobilizar as próprias angústias e o desencadeamento de mal-estar subjetivo, levando o indivíduo ao uso de modalidades defensivas organizadas em torno da intelectualização, da racionalização e do recalçamento de conteúdos mobilizadores.

Entende-se, segundo a psicanálise, que a objetivação da subjetividade contribui para a insensibilidade e oblitera o aprofundamento emocional, assim como o encontro intersubjetivo. Assim, a prepotência intelectual orientada pela “hipocrisia profissional”⁷ resulta na limitação e na obstaculização da vivência experiencial humana.

Observa-se que Madá se isentou do fornecimento de *holding* humano às demandas da filha, fazendo uso exclusivo do profissionalismo e interditando a dimensão de abertura à alteridade. Em realção a este aspecto, Winnicott demonstrou preocupação com o cuidado técnico e mecanizado, o uso de teorias no cuidado e a interferência de especialistas na relação entre a mãe o bebê. O psicanalista alerta que “o êxito no cuidado infantil depende da devoção, e não de “instinto” ou conhecimento intelectual” (1971/1975, p. 25). Assim, no contato entre

⁷ A hipocrisia profissional concebida neste estudo faz analogia à expressão ferencziana, que se refere ao uso profissional de uma postura de excessiva neutralidade no contexto clínico.

um ser humano com outro não deve existir nada além do que a própria personalidade, sendo esta compreendida como a manifestação genuinamente singular do modo de existência humana (SAFRA, 2004).

Ressalta-se, também, neste subcampo de sentido, a percepção da mãe acerca das condutas reativas da filha frente a sua ausência durante a infância. Conforme relato materno, Helena passou a fazer uso de objetos e a criar amigos imaginários, pois ficava muito tempo sozinha. Infere-se que a busca de Helena por estes se deu na tentativa de sobreviver e suportar a ausência da mãe, assim como para suplantar o vazio instalado diante da ausência. Frente a relação da filha com o amigo imaginário, a mãe e o pai se assustaram devido a intensa realidade atribuída por Helena a ele, de modo que os pais chegaram a achar que se tratava de um fenômeno demoníaco e sobrenatural – *poltergeist*.

Etimologicamente, o termo *poltergeist* se refere a um fantasma/espírito barulhento. Nota-se que a mãe atribuiu a conduta de Helena à esfera da possessão, da perturbação do “espírito” e do descontrole. Infere-se que a filha tornou-se, assim, a manifestação do “*poltergeist*”, ou seja, do próprio fantasma familiar.

Madá relatou, então, que em torno dos cinco anos de idade, Helena teve um amigo imaginário por um período considerado por ela muito prolongado. Associou a existência deste amigo imaginário à sua “falta e ausência” em casa no período noturno, pois como não tinha ninguém para brincar, a filha acabou criando amigos imaginários. Afirmou que quando surgiu este amigo imaginário, os pais levaram um susto. Principalmente, o pai que ficou muito “assustado” achando que se tratava de um “fantasma”, pois Helena ficava “dava tchau” para o amiguinho e olhando para espaços vazios e para a porta. A mãe disse, então, “se eu acreditasse em poltergeist e outras coisas iria falar que teria”, pois era um pouco assustador (Narrativa psicanalítica do encontro com Madá).

Madá espantada com a situação buscou respaldo nas aulas de psicologia para entender o fenômeno e analisou, conforme os conteúdos aprendidos sobre o assunto, que se tratava de uma criação imaginativa da filha, sendo esta própria do desenvolvimento infantil. A despeito, Gurfinkel (2017) afirma que a presença de amigos imaginários na infância corresponde a um

fantasiar dissociado e pode indicar um fenômeno patológico de natureza psicótica decorrente de perturbações no processo de personalização.

Percebe-se que a mãe se desorganizou diante da manifestação dissociativa da filha e intuitivamente percebeu que algo não ia bem com Helena. Porém, por ter receio em estabelecer maior profundidade emocional, evitou entrar em contato íntimo com a filha para sentir e entender o que estava acontecendo, assim como suprimiu sua percepção pessoal de que algo não estava bem com a criança. Revela-se assim a dificuldade materna em perceber e receber a filha em sua particularidade humana e a dificuldade de usar os próprios recursos emocionais para compreendê-la.

Outro aspecto descrito pela mãe em suas análises sobre a filha diz respeito às relações sociais. De forma impessoal e distanciada, inferiu que a filha tinha preferência em acolher “rejeitos”, ou seja, pessoas “desprezadas”, “rejeitadas”, “abusadas”, “homossexuais” e excluídas, sendo estas pessoas designadas pela mãe como carentes “de olhar”. A mãe enfatizou que a filha tinha uma tendência em estabelecer identificações e projeções com estas pessoas e era mobilizada por uma conduta de autopiedade que a levava a se colocar no lugar de vítima para alcançar atenção. Madá também explicou, com base no conhecimento psicológico, que a filha ao cuidar do outro, tentava cuidar de si mesma.

Observa-se que embora a mãe reconhecesse que a filha buscava por cuidados e se identificava com “pessoas que precisavam de olhar”, sentindo-se semelhante às características destas pessoas, ou seja, desprezada, excluída e rejeitada, Madá não conseguia estabelecer conexão empática e emocional com o sofrimento da filha. Observa-se a seguir um trecho narrativo de Madá acerca das relações sociais da filha.

Posteriormente, a mãe passou a analisar as relações sociais de Helena. Neste momento, Madá se destituiu da função de mãe e assumiu claramente a função de psicóloga. Disse que a adolescente sempre tinha estabelecido “relações de amizade com pessoas que precisavam de olhar”, sendo esta também uma necessidade de Helena. Informou que a filha “acolheu todos os rejeitos” e buscava por pessoas

“desprezadas”, tais como, o “obeso, o homossexual, o rejeitado, o abusado”. A mãe inferiu que era uma questão de empatia da filha, que ao buscar por essas amizades, também se identificava e projetava sobre estas. Logo após, afirmou que a adolescente tinha uma “característica de autopiedade” e, assim, ao “projetar sobre o outro e realizar o cuidado do outro”, também estava “cuidando de si” de uma “forma inconsciente” (Narrativa psicanalítica do encontro com Madá).

A partir da narrativa psicanalítica, nota-se ainda o olhar da mãe em relação à Helena. Infere-se que Madá ao dizer que a filha se identificava com os “rejeitos” bem como com a “anormalidade” dos amigos, revela significados latentes centrados na existência igualmente rejeitada, excluída e desprezada.

Madá ao realizar sua análise diagnóstica psicológica, afirmou que a filha na adolescência se sentia “muito angustiada e depressiva”, mas a sua condição era diferente da dos seus amigos, pois estes apresentavam um histórico familiar pesado e muitos “adolescentes” recorriam a automutilação e outras condutas mais radicais. Segundo a mãe, o pai considerava que a tristeza de Helena era uma passageira “frescura”.

No tocante as relações de amizade da filha, Madá dizia à ela “[...] não dá para acolher tudo, não dá filha, não dá para acolher tudo, não dá para cuidar de tudo”, o que revela a própria dificuldade materna em oferecer acolhimento e sustentação emocional à filha e exercer os cuidados a partir de uma experiência de alteridade.

Percebe-se o emprego da mãe de recursos defensivos de negação, intelectualização, isolamento de afeto e formação reativa que a conduzem a ignorar os estados emocionais primitivos e perturbadores e a manter o controle interno. Infere-se que Madá ao ter que ser o ideal de filha que lhe impuseram – mulher forte e obstinada, desejava que a filha fosse tão segura e imponente quanto ela. Mas, contraditoriamente, Helena tornou-se uma menina “depressiva”, “angustiada” e um “rejeito”, posto que estas características causavam desconforto à mãe. Pressupõe-se, deste modo, que quando a mãe olhava para filha via a extensão de si mesma que foi rigidamente obrigada a deixar de ser.

Percebe-se ainda, neste campo de sentido, a continuidade da rigidez e da disciplinariedade dos cuidados ao aferir frequentemente o peso e a altura da filha. De forma sistemática e rigorosa, a mãe obtinha, mensalmente, as medidas corporais da filha, a fim de verificar e examinar sua saúde. Entende-se o caráter cuidadoso materno em realizar o acompanhamento nutricional e do desenvolvimento físico. Contudo, destaca-se a obsessão obstinada da mãe com o corpo da filha, que deveria estar dentro dos parâmetros para a idade e, sobretudo, a destituição da subjetividade corpórea de Helena, de modo que seu corpo era reduzido a uma massa exclusivamente orgânica e passível de preocupação e verificações regulares.

Embora a preocupação materna estivesse centrada nos aspectos específicos do desenvolvimento físico, nota-se acentuada circunstância contraditória, pois Helena passou a engordar, tornando-se obesa na adolescência. Infere-se que o controle excessivo de cuidados se converteu em seu oposto, pois o cuidado com a alimentação da filha passou a ser acompanhado com descaso, o que denota dada negligência. Pressupõe-se, ainda, que as medidas de Helena que eram compulsivamente vistoriadas, se subverteram ao controle em represália à mãe magra.

Entende-se que o cuidado oferecido à Helena na esfera da alimentação não teve um equilíbrio necessário, pois foi constituído na infância por rígidos extremismos evidenciados na dosificação do alimento (contagem de colheradas) e já na adolescência predominaram condutas de descuido com a alimentação, visto que Helena desenvolveu obesidade. Assim, as condutas maternas podem ter se organizado em torno de sentimentos de culpa ou até mesmo de indiferença aos cuidados da filha.

Observa-se, também, que apesar da adolescente ter atingido o peso de 105 kg aos quinze anos de idade, a mãe não caracterizou como obesidade. Mas, apenas afirmou que a filha ficou “gordinha” e a mãe alertou que era cuidadosa em falar sobre o assunto, para não “agredir-la psicologicamente”. Sobre este aspecto, percebe-se a descaracterização e a negação materna

do adoecimento da filha, pois reconhecê-lo é entrar em contato com as falhas cometidas ao realizar os cuidados maternos que, por sua vez, poderiam despertar feridas narcísicas e fantasmas persecutórios vinculados à própria mãe-má.

“O fantasma materno e a herança familiar”

Este campo de afetivo-emocional se constitui por manifestações vivenciais de Madá acerca da herança que destinou à Helena, cujo legado se designa como o imperioso fantasma materno. Nota-se a existência em Madá de resíduos inconscientes e símbolos que a afetam e são decorrentes da experiência traumática infantil e do fantasma castrador e perverso da própria figura materna.

No caso de Madá, o fantasma está associado a internalização de normas e das rígidas leis parentais e, também, se vincula às falhas de cuidado não processadas que se increveram psiquicamente. Deste modo, considera-se que o fantasma se configura como uma estranha e inacessível reminiscência resultante de feridas primitivas provocada por aqueles que deveriam cuidar.

Segundo Winnicott (1968a/2002), “há naturalmente mães que têm dificuldades pessoais muito grandes devido aos seus próprios conflitos internos, dificuldades que talvez estejam ligadas às experiências pelas quais passaram quando crianças” (p. 23). Assim, a mãe que cuida é aquela que outrora já foi um bebê e que, também, recebeu cuidados. Percebe-se no trecho narrativo a seguir a ênfase atribuída pela mãe aos “resquícios” inscritos decorrentes da sua infância.

Afirmou que até os doze anos de idade não autorizava a filha a se maquiar, pois não achava correto, assim como não permitiu até os dez anos de idade que ela escolhesse a própria roupa, pois esta deveria ser adequada para a idade da filha e não roupas

próprias para um adulto. Diante disso, o esposo tinha lhe dito que ela era “tão moderna” e, ao mesmo tempo, “tão arcaica” e respondeu a ele que trazia “resquícios” da sua infância, mas que preferia “as coisas mais formais”. Para finalizar, afirmou que tudo na vida tinha seu momento e que Helena não podia ficar “grudada” nela a “vida inteira” e, assim, a filha teria que ter consciência e saber o que era “certo” e o que era “errado”, bem como ter “discernimento”. Concluiu dizendo que a adolescente precisou colocar isso em prática quando viajou ao exterior, pois estava sozinha e a mãe “não estava junto à filha”, restando à Helena a educação que tinha recebido e o “fantasma da mãe” do lado dela “falando o que não deveria ser feito” (Narrativa psicanalítica do encontro com Madá).

A partir da análise da narrativa psicanalítica de Madá, pressupõe-se que o fantasma materno acompanhou Helena à viagem ao exterior, configurando-se como representante da lei interditora que foi designado para atuar maciçamente sobre as condutas da filha. Trata-se da reedição do fantasma edípico castrador que tinha a função de convocar na filha à percepção consciente e objetiva acerca do atravessamento do seu desejo e das suas condutas, sob a ameaça punitiva e condenatória. Esclarece-se que a mãe não acompanhou a filha a viagem, mas enviou com ela a imagem poderosa da sua figura hostil e retaliadora.

Afirmou, também, que embora estivesse longe, seu “fantasma permanecia” com a adolescente e brincava com esta dizendo que o “fantasma [materno] estava funcionando” (Narrativa psicanalítica do encontro com Madá, p.410).

Evidencia-se no relato de Madá que ela era, igualmente, espreitada pelo fantasma controlador, tirânico e cruel da própria mãe, sendo esta uma imagem rígida e temerosamente guardada que se personificou em suas condutas e, deste modo, na tentativa de extirpá-la, transmitiu à Helena esta estranha e maligna herança.

Com base nas contribuições de Kaës (1998), entende-se que o indivíduo constitui seu psiquismo em um determinado espaço e tempo, cuja família possui uma pré-história que organiza os cuidados e investimentos dos pais. Em meio ao dinamismo familiar, são transmitidos inconscientemente, por meio do processo de identificação, materiais psíquicos não processados e objetos fantasmas do psiquismo dos descendentes ao filho (EIGUER, 1998). A transmissão entre gerações desses conteúdos brutos resulta na instauração de vazios

irrepresentáveis que deflagram o processo de introjeção que, em decorrência, impossibilitam a atribuição de sentidos à vivência traumática e oblitera a integração psíquica (ABRAHAM, 1963/1995; SILVA, 2003).

Outro aspecto relacionado à transmissão de herança de material psíquico da mãe em relação à filha que concorreu para a não preservação de espaços intersubjetivos corresponde ao desejo materno em realizar um intercâmbio estudantil na europa. Nota-se que sob a forma de um espectro que acompanhou a filha, Madá realizou um sonho pessoal. A mãe ressaltou que a viagem da filha ao exterior correspondia, exclusivamente, ao seu desejo em estudar em uma terra estrangeira, porém como não conseguiu realizá-lo, delegou à Helena este legado.

Inferre-se que Madá mobilizada pela fantasia de espelhamento e de realização de desejos e oportunidades perdidas, depositou em Helena seus sonhos, expectativas e aspirações, tendo em vista superar as próprias limitações e viver, fantasmaticamente, por meio da filha o sonho pessoal que não se concretizou. Entretanto, devido a imaterialidade do fantasma, a mãe frustrou-se em realizar seu desejo, a impossibilitando de vivenciar a realidade desveladora da experiência.

Faz-se presente, no relato materno, o sentimento de autossuficiência e de funcionalidade acerca da realização das atividades, a necessidade exímia de perfeição no trabalho, assim como a presença de autocritica e de responsabilização das próprias condutas e das outras pessoas e, também, a intensa intolerância frente as manifestações emocionais e erros. Observa-se que estas características tiveram implicações sobre as relações de cuidado de Helena, pois devido o desejo e a fantasia de autorrealização sobre ela, Madá exigia excessivamente da filha.

Em relação a viagem que Helena fez ao exterior, a mãe caracterizou dois momentos específicos: o primeiro momento quando a adolescente morou com a tia que residia em um país europeu e, posteriormente, quando foi morar na casa de um tio em outro país na Europa.

De acordo com a mãe, a experiência da filha por alguns meses na casa da tia materna na Europa foi considerada “um pouco sofredora”, pois Helena teve que, sem precedentes, lidar sozinha com o mundo adulto e suas exigências. Já, em relação a permanência da filha na casa do tio, a mãe afirmou que a “desgraça tinha sido feita”, o que concorreu para que Helena tivesse vivido uma “experiência muito ruim”.

A mãe considerou que a filha não soube se comportar quando morou com o tio, revelando aspectos particulares, das quais ela também repudiava – o desejo da filha por meninas. Caracterizou a atitude da filha, em conversar com o tio sobre assuntos íntimos que envolviam a sexualidade, como inconveniente e inconsequente, visto que Helena tinha conhecimento de que o tio era preconceituoso e conservador. A mãe atribuiu o erro à filha, culpabilizando-a e a responsabilizando de forma condenatória.

Observa-se, no trecho narrativo a seguir, que Madá não acolheu e protegeu a filha que se sentiu desamparada em uma terra estrangeira. Mas, a incriminou pela conduta que tinha tido e, por consequência, teria que suportar a punição que havia se submetido, que foi a expulsão da casa do tio em um país desconhecido.

De acordo com a mãe, a filha tinha falado “indevidamente” para o tio sobre sua “opção sexual”. Enfatizou novamente que a culpa era da filha. A mãe diante da expulsão da filha disse a ela: “Quem mandou você falar para ele as coisas. E se você ouviu coisas dele, o problema é seu”. Disse, ainda, que fazia questão de jogar a culpa sobre a filha, pois [o tio] “não tinha feito nada sozinho” (Narrativa psicanalítica do encontro com Madá).

Percebe-se, a partir do recorte narrativo, a manifestação do fantasma sádico-castrador a partir da atribuição de culpa, de responsabilização das condutas da filha e de exigências máximas para que esta pudesse ser adulta e arcar com as consequências da vida. Infere-se que a mãe se viu privada frente a frustração da concretização do seu desejo de realizar o intercâmbio estudantil e diante desta situação desorganizadora foram mobilizadas fantasias

agressivas e paranoicas, assim como sentimentos ambivalentes que abarcam tanto a regojização acerca do castigo rígido e punitivo que foi atribuído à Helena, quanto a frustração e vergonha por a filha revelar características consideradas detestáveis, tais como: a fraqueza e suposta inabilidade social.

Pressupõe-se que a saturação de sentimentos não processados que não puderam ser mais absorvidos, fez com que Madá exercesse maior controle, bem como projetasse a culpa, as cobranças e as humilhações sobre a filha. Nota-se, em especial, que a mãe desconsiderou a experiência emocional e os níveis de sofrimento de Helena associados às experiências traumáticas e, ainda, caracterizou a conduta da filha como “encenações dramáticas”.

A partir do momento que foi expulsa da casa do tio, Madá atribuiu à filha a função de se manter financeiramente aos dezesseis anos de idade em um país estrangeiro, pois os pais não tinham condições de arcar com todos os custos e, sobretudo, porque a mãe iria ensiná-la com a severidade da vida a “dar valor às coisas que tinha”.

Madá caracterizou este momento que a filha morou na Europa com o tio materno como uma situação que não tinha transcorrido da forma que era esperada por ela e, então, Helena teve que lidar sozinha com as situações, assim como que trabalhar e se sustentar. Destaca-se que o foco materno se voltou para a necessidade de Helena em ter que continuar morando no exterior, mesmo a contragosto da filha, de modo que relativizou e ignorou a experiência dolorosa que ela tinha vivido com o tio.

Relatou que após ser expulsa da casa do tio, [Helena] foi morar sozinha e além de estudar, tinha que trabalhar para pagar o aluguel, pois os pais não tinham condições de mantê-la lá. Disse que não iria sustentar a filha no exterior, pois esta tinha tantos mimos em casa e até aquele momento não tinha dado valor (Narrativa psicanalítica do encontro com Madá).

Observa-se que a mãe continuou em apresentar o mundo à adolescente em doses superiores à sua capacidade de processamento, exigindo dela um crescimento prematuro em

um ambiente estrangeiro e inóspito. Entende-se, segundo a psicanálise, que a apresentação da realidade concreta ao indivíduo que se encontra em condição de vulnerabilidade emocional, faz com que ele perceba objetivamente a realidade sem ter a chance de criar e transformar o mundo em si mesmo, para que possa se apropriar e compartilhá-lo (SAFRA, 2004). Em decorrência, estabelece-se, assim, uma experiência destituída de sentido, de modo que perante as vivências ameaçadoras, o falso *self* é mobilizado.

De acordo com Winnicott (1971/1975), a mãe por meio dos cuidados confere à criança o sentimento de proteção contra possíveis invasões que causam ameaça à sua constituição, posto que estas envolvem situações de hostilidade, agressões ou estimulações desconhecidas. Trata-se de uma função materna essencial, principalmente, nos estágios iniciais do desenvolvimento em que a criança precisa vir ao mundo e continuar sendo. À medida que o indivíduo se desenvolve são apresentadas graduadas doses de frustração a ele para que dê continuidade ao processo de desenvolvimento. E, em um momento posterior, na adolescência que é uma fase de intensa confusão e variadas modificações, o indivíduo seja afortunado ou não, ainda precisa ser protegido pela relativa constância e segurança do ambiente contra situações das quais não tem condições de tolerar e processar psiquicamente.

Percebe-se que Madá não conseguiu manter, ao longo da jornada humana de Helena, a previsibilidade ambiental e proteger a filha de intrusões evitáveis, resultando em interferências no desenvolvimento pessoal. Entre estas se destacam, as vivências de perda do objeto de *amor-mãe* e, também, de dominação e perseguição do fantasma materno retaliador.

Não obstante, enfatiza-se que a relação de cuidado entre mãe e filha adquiriu uma modalidade mais proximal e comunicativa após o retorno de Helena para o Brasil, visto que já conversavam diariamente quando a filha estava no exterior. Percebe-se, no relato de Madá, que a aproximação entre elas partiu da filha que passou a convidá-la para conversas mais íntimas.

Do ponto de vista da relação paterna, a mãe indicou o afastamento de Helena em relação ao pai na adolescência e a imaturidade de ambos que concorria para a manutenção do distanciamento da relação pai e filha. Nota-se que, anteriormente, a mãe exigia do pai uma função mais ativa e proibitiva das condutas de Helena e após a viagem ao exterior houve uma modificação na relação entre os dois, uma vez que o pai passou a fazer mais cobranças, sendo que este era o desejo da mãe, ou seja, que José fosse rígido com a filha.

A *mãe-castradora* passou a ser mais próxima da filha, após seu regresso e, por outro lado, houve um notório distanciamento da relação entre o pai e Helena. Infere-se que a alteração da conduta paterna em relação à Helena, fez com que Madá se sentisse menos ameaçada em perder seu objeto de amor – o marido. Evidencia-se a presença da fantasia de roubo quando a filha era pequena e, ainda, sugere-se que a mãe se sentia usurpada por Helena em relação a José, o que a fez ter condutas mais dominadoras e interditoras em relação aos dois.

Sob este aspecto, entende-se que a triangularização edípica na infância da filha, evocou na mãe as próprias experiências infantis compostas pelas figuras do *pai-amante-traidor* e da *mãe-perversa*. Sugere-se, de acordo com relato, que Madá viveu uma relação intensa e afetuosas com o *pai-amante*. Entretanto, este cometeu um *crime* ao trair a mãe, que o fez ser expulso de casa. Assim, a menina que tinha uma fantasia de amor incondicional direcionada ao pai sofreu uma desilusão, pois este ao trair a mãe, fantasisticamente, também, a traiu.

A concretude dos fatos pode ter mobilizado em Madá-menina sentimentos de culpa (por amar o objeto-pai), de rejeição (por não ter sido privilegiada como objeto de amor do pai) e de perda do objeto de amor (por ele ter ido embora). Por sua vez, a *mãe-perversa* de Madá demonstrou todo o potencial que envolve a castração, rompendo o estabelecimento de laços entre o pai e as filhas. Sobre este aspecto, Madá relatou que ela e suas irmãs tinham a conduta de “aguçar o trauma” materno por ter sido abandonada pelo esposo e afirmou que a mãe tinha

que “pagar também a cota”, porém, contraditoriamente, se compadecia pelo o que ela tinha passado.

As vivências infantis de Madá, em torno da não resolução de conflitos edípicos, serviram como protótipo para a constituição das suas relações e para a organização dos padrões de mecanismo de defesa obsessiva, frente às arcaicas angústias de castração e de separação e perda do objeto de amor. Logo, estas também afetaram a forma de realização de cuidados destinados à Helena.

Raphael-Leff (2017) ressalta que a constituição da imagem de uma mãe boa está vinculada à vivência de uma maternagem satisfatória, cujos cuidadores foram pessoas que ofereceram experiências significativamente boas. Por outro lado, a internalização de uma mãe sádica e hostil está associada às experiências de cuidado que foram atravessadas pela perversidade do cuidador.

Inferre-se, com base na narrativa psicanalítica, que a dificuldade de Madá em estabelecer uma relação emocional mais profunda, bem como em se lançar à experiência intersubjetiva com a filha estão relacionadas à história vincular com a sua mãe. Verifica-se que ela se denominou como “muito ríspida”, bem como não tinha “as caras dos afetos”, o que convoca para a visualização da imagem da sua própria mãe. Sugere-se que o luto não-elaborado e o fantasma materno internalizado em Madá ainda se faziam presentes, concorrendo para a transmissão das próprias questões não resolvidas para a relação e os cuidados com a filha.

A mãe ao afirmar que “não era uma bola de cristal” para perceber o que acontecia com Helena e que “Sou mãe, mas eu não sei tudo”, Madá reconheceu sua humanidade e suas falhas em relação à dificuldade de identificação sensível e afetiva das necessidades da filha. Mas, as defesas estavam tão “incrustadas” que a mãe se orientou de forma reativa ao meio, o que resultou na realização severa e sádica dos cuidados maternos.

Na trajetória da relação de cuidados entre mãe e filha, Madá não conseguiu protegê-la contra as múltiplas falhas ambientais, sendo que muitas destas foram ocasionadas por si mesma. A partir do desejo de que a filha fosse independente, autônoma e suficiente, Helena foi lançada ao mundo de forma abrupta e inesperada, porém não se encontrava ainda madura para este enfrentamento. Assim, teve que se auto-engendrar, tornando-se apavoradamente um corpo dissociado e estrangeiro.

Por fim, quando chegou a fase da adolescência, a mãe destinou à filha a realização do seu sonho pessoal e esta que já carregava as inscrições das falhas primárias parentais, se viu novamente à mercê de si mesma sem recursos e fragilmente desamparada, sendo apenas acompanhada pelo *fantasma-castrador*. Deste modo, resistindo psiquicamente ao estrangeirismo que se apresentava instável e imprevisível, Helena vislumbrou, após solicitar de forma insistente, a possibilidade de retornar para o início de tudo, ou seja, seu lar no Brasil, a fim de fazer morada no colo da mãe e nos braços continentais do pai. Entretanto, o ambiente insistia repetidamente em lhe convocar para uma estranha herança familiar.

A fome: tão íntima, tão estranha e tão familiar

Este campo de sentido afetivo-emocional se constitui pelas dimensões do sofrimento que atravessam as relações de cuidados maternos, com foco no objeto *alimento-afeto*. Trata-se de uma dimensão vivencial inter-humana que admite a partilha entre mãe e filha de conteúdos não conscientes acerca da rigidez dos cuidados e da apetência afetiva.

Madá associou a rigidez e o cuidado extremo com a alimentação da filha à sua própria história. Nota-se uma questão transgeracional que perpassa a relação mãe-filha fruto de fenômenos maternos não metabolizados. Assim como Madá, a sua mãe era extremamente rígida

e perversa ao realizar os seus cuidados. Observa-se a repetição da própria história associada às modalidades de cuidado centradas no desafeto, na inflexibilidade e na austeridade.

Pressupõe-se que, de modo semelhante, mãe e filha partilham de forma íntima, estranha e familiar a fome de amor. Desamparadas em suas relações de cuidado e submetidas a cuidados *(des)afetados* e rigidamente punitivos, ambas mobilizaram, considerando as particularidades individuais e ambientais, mecanismos defensivos dissociativos e obsessivos.

Segundo a psicanálise winnicottiana, a doença psicossomática se configura como a persistência de múltiplas dissociações ou de uma cisão na constituição egoica, cuja organização se dá perante a ameaça persecutória contra um mundo hostil (WINNICOTT, 1966/1994). Observa-se, na narrativa psicanalítica, que Madá afirmou que “de tanto guardar ressentimentos e palavras, havia adoecido”, o que fez surgir diversas doenças psicossomáticas, tais como: “refluxo, dor no estomago, um câncer de mama, dermatite e artrite”. Por sua vez, nota-se que Helena apresentava também doenças psicossomática, sendo estas: a bulimia nervosa, a asma, a gastrite e já tinha sido obesa.

[A mãe] disse que tinha algo importante sobre Helena que ainda não tinha falado, que eram sobre as “crises horrendas de asma”. Enfatizou que a problemática central da filha eram as crises asmáticas, consideradas tão intensas que fizeram que ela perdesse 30% da capacidade pulmonar e a levou a contrair uma infecção no pulmão. Perguntei quando isso tinha se manifestado e a mãe informou que foi na adolescência e que as crises crônicas eram tão fortes que a adolescente chegava a desmaiar. Contou, então, um episódio vivido no dia anterior que quando chegou em casa viu a filha na cama “morrendo” por conta da crise asmática. A mãe perguntou o que tinha acontecido e quase sem conseguir falar, Helena respondeu que tinha feito esteira. A mãe, então, de forma ríspida perguntou se ela queria se matar e depois orientou a filha a usar a bombinha para asma e complementou que não dava muita importância (“trela”), porque senão a filha ficaria se lastimando e se colando no lugar de vítima. Conforme palavras da mãe: “Ela vai ficar ô coitada e aí esta uma coisa que eu não faço muito, ô dó né. Eu cuido, mas não fico lastimando em cima, tem que ter seus cuidados” (Narrativa psicanalítica do encontro com Madá).

Em especial, observa-se, no trecho narrativo acima, que Madá indicou a existência de graves crises de asma que acometiam a adolescente e este era um fator considerado por ela preocupante, pois de acordo com seus estudos na área da psicologia, a asma era uma

manifestação psicossomática. Evidencia-se, ainda nos trechos narrativos, a cristalização em Madá dos recursos defensivos circunscritos ao isolamento do afeto perante a situação de desfalecimento da filha.

Percebe-se, também, a partir da narrativa psicanalítica, que existe um aspecto em comum entre mãe e filha no que diz respeito à persistência das doenças psicossomática enquanto modalidade privilegiada de adoecimento psíquico, cuja especificidade é o enraizamento do sofrimento no corpo que indica a dissociação intrapsíquica. Entende-se, segundo a teoria psicanalítica winnicottiana, que a constituição da doença psicossomática decorre de um padrão de falhas ambientais precoces que interferem sobre os processos constitutivos primitivos, resultando em uma fratura sobre a conquista da unidade existencial e da parceria psicossomática.

Para Dias (2008), a parceria psicossomática é uma conquista na jornada do desenvolvimento emocional e para que possa se realizar “é preciso haver a presença viva e contínua de um ser humano que segure o bebê, cuide dele e lhe propicie, repetidas vezes, a experiência de estar reunido no olhar e no colo que, em geral, é a mãe” (p. 110-111). Pressupõe-se que a oferta de relações de cuidado desprovidas de carinho e inflexíveis podem levar ao “surgimento de uma atividade mental precoce que se opõe ao psique-soma, funcionando como uma coisa em si, um verdadeiro corpo estranho ao *self* do sujeito” (GRUFINKEL, 2017, p. 401).

A presença de um ambiente imprevisível e não responsivo às necessidades do bebê pode, portanto, concorrer para a impossibilidade do estabelecimento da parceria psicossomática e levar o bebê a suprir as falhas ambientais por meio do uso da capacidade mental de autocuidado, a fim de substituir a mãe e reparar as lacunas de adaptação (ABRAM, 2000). Nesse sentido, o bebê se vê compelido a compensar intelectualmente as falhas maternas, dando origem à defesa da intelectualização.

O caso de um bebê cujo fracasso da mãe em adaptar-se é rápido demais, podemos descobrir que ele sobrevive por meio da mente. A mãe explora o poder que o bebê tem de refletir, de comparar e de entender. Se o bebê tem um bom aparelho mental, este pensar transforma-se num substituto para o cuidado e a adaptação maternas. O bebê “serve de mãe” para si mesmo [...] (WINNICOTT, 1965b/1994, p. 122).

Ressalta-se que Madá admitiu a presença de angústia e de sofrimento em Helena e explicou, com base na teoria psicológica aprendida, que estes estavam associados à forma encontrada pela filha em “escoar” a angústia. Contudo, particularmente, no início da entrevista ao informar sobre o escopo da pesquisa (investigação dos significados atribuídos ao cuidado por paciente com TA e seus pais), a mãe negou a presença de BN em Helena, o que sugere a dificuldade materna em reconhecer o adoecimento da filha no âmbito dos TAs. Faz-se, todavia, uma ressalva, pois embora a mãe não reconhecesse que a filha fosse acometida por TA, ela compareceu à entrevista, o que denota a presença de sentimentos ambivalentes na relação com Helena que transpassam o cuidado e os sintomas.

A hipótese materna para o desenvolvimento do TA em Helena se refere à necessidade pessoal da filha em ser aceita em grupos, uma vez que no início da adolescência, a filha se considerava diferente e rejeitada por ser obesa. Nota-se que os sentidos subjetivos atribuídos à filha obesa incluem uma conotação negativa e pejorativa que reduzem Helena a uma dimensão dessubstancializada e delimitada às medidas corporais que a representava.

Em relação aos sentidos subjetivos atribuídos à vivência de TA pela filha, Madá manifestou indiferença e insensibilidade, de modo que este pode ser evidenciado no seguinte trecho: “achava” que a filha “tinha falado sobre algo relacionado à alimentação, que talvez não estivesse comendo” (p. 411). Os problemas alimentares associadas à BN, a mãe atribuiu aos amigos que a filha tinha no exterior”.

Outro aspecto relevante é que a mãe reconheceu apenas a existência do TA antes da viagem da filha ao exterior, pois Helena “perdeu peso muito rápido e, diante disso, acreditava que ela induzia o vômito” (p. 414). Pautada no *não-saber*, Madá afirmou a impossibilidade de

caracterizar se este emagrecimento estava associado à restrição alimentar ou em razão das condutas purgativas. Pressupõe-se que este *não-saber* corresponde a dificuldade materna em estabelecer uma comunicação sensível e afetiva com a filha e, ainda, admite uma conduta defensiva de evitar o acesso ao conhecimento para que não precisasse realizar os cuidados específicos frente o adoecimento de Helena ou, até mesmo, para afastar as próprias questões vinculadas às problemáticas alimentares.

A partir da ambivalência e desconfiança do reconhecimento da existência do TA, Madá ressaltou que caso a filha realmente tivesse BN, se tratava apenas de uma fase e que esta já tinha passado e que, naquele momento, ela não via evidências do transtorno.

Complementou que não podia negar que o TA existiu, porém a adolescente agora tinha “achado uma cura” e, logo se corrigiu, dizendo que não era cura, pois as pessoas não se curavam, mas a filha tinha encontrado um equilíbrio e um controle da alimentação (Narrativa psicanalítica do encontro com Madá,).

Madá identificou que as motivações da adolescente para não se alimentar estavam vinculadas a não aceitação do seu corpo e que correspondiam, exclusivamente, à uma “escolha” da filha, pois Helena tinha “o livre arbítrio” e, assim, teria que ter consciência e “arcar com as consequências” de suas condutas. Outro fator indicado pela mãe para o emagrecimento diz respeito às dificuldades econômicas que a filha teve no exterior, de modo que tinha que economizar e não tinha com o que se alimentar. Percebe-se que a mãe atribuiu a manifestação do TA apenas às motivações conscientes e, igualmente, responsabilizou a filha pelo seu sofrimento, revelando a mobilização de mecanismos de negação, racionalização e isolamento de afeto.

Nota-se que a mãe presenciou o processo de emagrecimento da filha anteriormente a viagem, porém não houve o estabelecimento de comunicação entre mãe e filha sobre a situação, como se nada estivesse acontecendo. Por outro lado, quando a filha retornou do

exterior, tentou conversar com a mãe sobre o TA. Entretanto, Madá mantendo o distanciamento emocional da filha, tratou com descaso o adoecimento e a vivência dolorosa que Helena tinha partilhado. Percebe-se, assim, que a mãe continuava em não querer saber do que acontecia à filha.

Em seguida questionei a mãe sobre se a adolescente havia conversado com ela sobre o transtorno alimentar. Madá respondeu que ela havia lhe contado, no ano anterior, depois de um tempo que retornou da viagem do exterior. Relatou que a filha tinha dito que “comia, alimentava e vomitava”, mas que não havia falado com ela até aquele momento de forma direta. Porém, já vinha tentando dar dicas para que a mãe pudesse perceber (Narrativa psicanalítica do encontro com Madá).

Percebe-se no discurso materno a existência de elementos contraditórios, pois Madá alegou que se a filha “não sentasse e conversasse com ela, não teria como saber determinadas coisas”. Mas, como é possível observar, no trecho narrativo acima, Helena tentou estabelecer uma comunicação sobre o transtorno alimentar e, deste modo, entende-se que a mãe preferiu consciente ou inconscientemente não intervir.

Nota-se que em relação aos cuidados oferecidos à filha em razão da manifestação da BN, a mãe teve dificuldades em oferecer continência e auxiliá-la no enfrentamento do TA e, uma vez que, já tinha sido muito rígida em relação a alimentação de Helena “naquele momento não podia forçar a filha a comer, mas a orientava sobre a importância de comer nem que fosse pouco”. Infere-se que o significado acerca do cuidado para a mãe está vinculado a dimensão coercitiva e não resguarda o caráter afetivo que Helena precisava.

Outro aspecto significativo que se desvela na narrativa psicanalítica diz respeito ao receio de Madá de que Helena voltasse a ser obesa, o que pressupõe a preleição materna em relação à condição atual da filha, nem que para isso fosse preciso manter a restrição alimentar e as condutas purgativas. Como é possível observar no fragmento narrativo a seguir.

Sobre a alimentação, Madá falou que Helena estava com menos problemas, porém teria que se cuidar, pois sabia que engordava fácil e não podia ficar “beliscando o

dia inteiro”. E, deste modo, a filha teria que ter um “controle do belisco” e considerava que ela tinha “realmente” que ter “um controle um pouquinho rigoroso de alimentação por que ela sabe que ela engorda fácil” (Narrativa psicanalítica do encontro com Madá).

Entende-se que as relações de cuidado entre Madá e Helena foram organizadas de acordo com um caráter de invasões circunscritas à rigidez, punição, sadismo, intolerância e ausência de afeto, resultando, deste modo, na dissociação da unidade psicossomática e no engendramento de defesas circunscritas à intelectualização. Infere-se que diante da ameaça do ambiente que as obrigavam ao nascimento psicológico precoce, ambas tiveram que se auto-engendrar na tentativa de sobreviver e de se autoacalantar.

Compreende-se que a existência em Madá de raiva e de afetos dolorosos não processados e de pulsões agressivas associadas aos cuidados realizados pela própria mãe foi inculcada sobre o cuidado da filha. Pressupõe-se, assim, que saturada de suas próprias vivências traumáticas, a mãe tentou inconscientemente por meio da projeção e da identificação com a filha, regressar às próprias falhas na relação alimentar e de cuidado com o intuito de repará-las e atribuir sentido.

As impressões subjetivas acerca das experiências de cuidado de Madá centram-se, assim, na figura de uma mãe rigorosamente controladora, hostil e ambivalente. Os cuidados eram inflexíveis, controladores, punitivos, impiedosos e perversos de modo que Madá era constantemente submetida à violência física. Abordar a própria maternagem revelou-se um momento de intenso sofrimento, cujas lembranças evocadas a faziam estremecerem de dor. A seguir encontram-se fragmentos narrativos permeados pela violência materna que Madá foi submetida.

Em relação à própria maternagem, Madá afirmou com uma risada maníaca que seus “cuidados eram assim, cuidados” que a mãe era extremamente rígida e agressiva com ela e os irmãos, a ponto de apanhar de forma recorrente, levando-a não apenas à “uma ou duas varadas, mas dez, doze, treze ...”, que deixavam marcas por semanas, tendo que se cobrir para esconder o espancamento. Fez, então, uma ressalva: “minha

mãe brincava muito com a gente. Mas, batia muito na gente” e ao dizer isso era como se Madá estivesse tentando balancear as condutas da mãe, pois restava a ela se defender da crueldade e dor (Narrativa psicanalítica do encontro com Madá).

A mãe de Madá tinha, também, a conduta de “controlar” a educação escolar da filha por meio da contagem da quantidade de folhas no caderno da filha, assim como de lápis de cor e outros materiais escolares. Assim, ao final do ano escolar, a mãe fazia uma vistoria nos cadernos para verificar o capricho e a dedicação. E, além disso, contava com precisão todas as folhas do caderno e os materiais escolares e caso estivesse faltando algum material ou folhas, Madá recebia, na mesma proporção, punições físicas (“varadas”). Em suas palavras “se ela contasse as folhas e estivesse faltando, quantas folhas faltassem eram as varadas! Então, era um inferno” (Narrativa psicanalítica do encontro com Madá).

Contou que, hoje em dia, conversava com a sua mãe e dizia a ela que “não precisava ter sido tão cruel” e os “forçado” tanto daquela forma (Narrativa psicanalítica do encontro com Madá).

Ressalta-se que as condutas excessivamente agressivas da mãe de Madá abarcaram todas as dimensões da sua vida, como é evidenciado no trecho narrativo a seguir: “a rigidez da mãe envolvia todas as dimensões de sua vida, como alimentação, rotina, relações sociais e educação, de modo que todas as suas condutas eram severamente punidas quando consideradas incorretas pela mãe” (Narrativa psicanalítica do encontro com Madá).

Invadida pela necessidade de buscar argumentos lógicos e racionais para as condutas maternas que inevitavelmente despertavam emoções e sentimentos perturbadores, Madá justificou que a história da mãe também tinha sido atormentada por sofrimento, impedimentos e frustrações, posto que o exercício precoce da maternidade tinha lhe destituído da possibilidade de estudar. Logo, a mãe de Madá não queria que os filhos reproduzissem sua história tão sofrida e atuou implacavelmente para que os filhos se tornassem autônomos e independentes.

Pressupõe-se, com base no relato, que Madá tornou-se, assim, a representação do fracasso materno por não ter realizado seus sonhos, bem como das frustrações e idealizações abortadas. E, assim, ao tornar-se mãe, os cuidados hostis e sádicos foram inconscientemente impressos sobre o cuidado de Madá. Embora, esta reconheça que o fato de ter “apanhado muito

de sua mãe” não “justificava” o que tinha feito com Helena, suas condutas eram irracionalmente “furiosas” e não conseguia contê-las, especialmente, até os dez anos de idade da filha. Conforme é possível observar no fragmento narrativo a seguir:

Disse, então, que era “réu confessa” e tinha sido um “pouco rude” com a filha, mas não “podia fazer nada”, pois tinha trazido os resquícios da educação” que a mãe lhe dera (Narrativa psicanalítica do encontro com Madá).

Entende-se, de acordo com Raphael-Leff (2017), que conflitos inconscientes decorrentes das experiências traumáticas infantis podem incidir sobre as condutas humanas, especialmente, sobre o exercício da maternidade, posto que a mãe emocionalmente desorganizada pode, por meio de atuações dominadoras e controladoras, intimidar os filhos, repetindo a mesma perversidade vivenciada em seus cuidados.

Percebe-se em outra “confissão” de Madá que o ritual torturante e sádico de contagem obsessiva da quantidade de “varadas” que recebeu foi refratado sobre a conduta hostil e agressiva que teve com a filha em um momento que deveria ser de descontração familiar, de modo que o espancamento resultou em marcas físicas e violações psíquicas em Helena.

Imersa em lembranças intensas, relatou mais um acontecimento. Madá estava agitada, mas mantinha uma postura inflexível e a voz muito firme. Contou, assim, de uma viagem de férias que fizeram a uma pousada quando Helena tinha entre oito a dez anos de idade. Revelou que já tinha alertado a filha sobre não comer coisas que eram oferecidas por outras pessoas, pois não “confiava” nestas e ainda poderia “pegar doença”. Entretanto, nesta viagem a viu chupando um sorvete com a uma mulher. Disse que ao ver essa cena, imediatamente “o sangue subiu” tanto que ficou “cega” de ódio. E foi em direção à filha, a pegou pelos braços e a levou para o quarto e deu de “dez a doze chineladas” tão fortes que ficaram tantas marcas no corpo da criança que no outro dia só podia sair de roupão (Narrativa psicanalítica do encontro com Madá).

Em razão da perversidade do cuidado realizado por uma mãe que presumia estar cuidando, inscrições psíquicas também foram deflagradas em Madá, concorrendo para a mobilização de fantasias persecutórias e sentimentos de raiva, hostilidade e fúria associados a

recursos defensivos obsessivos que, conseqüentemente, foram transmitidos transgeracionalmente. De acordo com as contribuições de Kohut (1988), a fúria narcísica é resultante das falhas circunscritas aos cuidados que foram sadicamente realizados pelos pais, levando a ausência de um registro integrado da alteridade humana no psiquismo.

Em particular, observa-se a presença de sentimentos hostis em relação à avó paterna de Helena que se referem tanto à história relacional particular entre ela e a sogra, como também, ao fato de a avó ter “cuidado das necessidades” de Helena com muito afeto. Infere-se, assim, a presença de sentimentos invejosos, pois a sogra realizou um cuidado “carinhoso e caprichoso” que ela mesma não conseguiu ofertar.

Este campo psicológico-vivencial não consciente apresenta, sobretudo, expressões subjetivas sobre a fome e os seus derivados, ou seja, o alimento e o afeto. Sob este aspecto, evidencia-se no discurso materno a reiterada e significativa presença da palavra “resquícios” que indica a passagem de conteúdos transgeracionais de Madá para a filha associados às relações de cuidado.

De acordo com Santos e Ghazzi (2012), há duas modalidades de transmissão do material psíquico, a saber: a intergeracional e a transgeracional. A transmissão psíquica intergeracional corresponde a transmissão intersubjetiva de conteúdos conscientes e não conscientes elaborados, sendo estes traumáticos ou não que resguardam um potencial de transformação e elaboração, ou seja, “a capacidade de cada geração de simbolizar a história de seus antepassados” (p. 641).

Por sua vez, a transmissão psíquica transgeracional diz respeito a veiculação de acontecimentos traumáticos não elaborados que atravessam as gerações e está a serviço da repetição e da *não-história*. Constitui-se, portanto, pela passagem de um material bruto sem modificação que não encontra espaço de transcrição transformadora (SANTOS; GHAZZI, 2012; TRACHTENBERG, 2007).

O indivíduo expulsa de dentro de si seu próprio fardo, as partes alienadas de si mesmo, e as coloca em alguém narcisicamente selecionado, da geração seguinte. Essas formas particulares de identificação projetiva [...] “liberta” o representante dessa geração, enquanto “escraviza”, através de mandatos inconscientes, o representante escolhido da geração seguinte (TRACHTENBERG, 2007, p.346).

Infere-se que o material psíquico parental que não foi devidamente simbolizado pela mãe foi transmitido psiquicamente para Helena, concorrendo para a inscrição de marcas traumatogênicas associadas às falhas maternas na realização dos cuidados e, em especial, na alimentação.

Prosseguiu sem dar espaço para interrupções e de forma categórica afirmou que uma vez que o tema central do meu estudo era a alimentação, iria falar sobre isso. Descreveu, deste modo, que a alimentação de Helena sempre tinha sido “regrada” e tinha “horário de mamar”, assim como, “horários para as refeições”, de modo que não podia ficar “beliscando a todo momento, comendo qualquer coisa”. Associou que esta prática alimentar era decorrente da sua própria “educação e cultura” familiar e contou que quando era criança morava no sítio e embora tivesse uma “abundância de alimentação” à disposição, como por exemplo, frutas, a sua mãe tinha uma “rigidez muito grande com a alimentação” e estabelecia horários para comer e não permitia que os filhos ficassem “beliscando”. Ao falar isso, parecia tentar ocultar um sentimento de ressentimento latente. Logo em seguida, com pressa para concluir, afirmou que “a gente traz esse costume arraigado com a gente e acredita ser o melhor, passando eles para o filho” (Narrativa psicanalítica do encontro com Madá).

Reconhece-se que para além do fantasma materno castrador, a herança transmitida à Helena se constituiu em sua complexidade por acontecimentos traumáticos não elaborados decorrentes das falhas nos cuidados parentais, em especial no campo da alimentação. Trata-se da superposição de legados inconscientes de histórias e pré-histórias particulares, tanto da mãe quanto da mãe da mãe.

José, o pai

José um homem com o olhar enlutado, manteve-se isolado em seu mundo interno e à parte do encontro, revelando a representação humana de perdas não processadas. Sob a proteção de um falso *self*, manteve-se pautado na superficialidade, inacessibilidade e reprodução automatizada de respostas.

Esclarece-se a dificuldade encontrada, neste estudo, de acessar os significados e as experiências afetivo-emocionais do pai. Obliterado por condutas distanciadas e um discurso estereotipado e previamente elaborado, apresentou-se sob um poderoso falso *self*, inviabilizando o contato mais proximal com suas vivências psíquicas e a partilha das mesmas. Embora tenha sido apresentado o convite, por meio da entrevista, à sua experientiação, infere-se que esta não se configurou para o pai como um espaço simbólico e de relaxamento, concorrendo, assim para a superficialidade da manifestação pessoal.

Pressupõe-se que a indisponibilidade emocional do pai pode estar associada a determinada modalidade de sofrimento psíquico configurada pelo luto, o desinteresse e a desesperança, sendo estes decorrentes do próprio contexto biográfico e relacional. Considera-se, ainda, que esta conduta no contexto da entrevista pode estar relacionada às dificuldades do pai em acessar e reviver emocionalmente, em formato compartilhado, as próprias lembranças e/ou as vivências com a própria filha, por conta do que estas mobilizam. Pode-se, também, entender que o embotamento afetivo e a conduta evitativa paterna estão associados ao estranhamento diante de um contexto diferente que envolve a entrevista clínica sendo este um tipo de vivência incomum para José.

Observa-se, assim, certa indisponibilidade por parte do pai em participar da entrevista, o que concorreu para a dificuldade de acesso tangível e mais profundo do conjunto de significados e experiências paternas associadas ao cuidado realizado.

Em especial, torna-se importante destacar que após, aproximadamente dois meses da realização do encontro presencial, o pai enviou, de forma surpreendentemente inesperada, o desenho temático que havia sido proposto em situação de entrevista.

Esclarece-se que José fez uso, posterior a entrevista, do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema. Supõe-se que o convite à articulação simbólica acerca dos cuidados realizados ficou em suspensão dentro de si, de modo que ele retomou a proposta em casa e fez os desenhos. O pai ao se deixar ser mobilizado pelas memórias e sentimentos evocados pela entrevista, deu continuidade ao acesso vivencial e associativo das relações de cuidado, em uma circunstância considerada por ele de maior segurança.

Por meio do uso dos próprios recursos, José produziu, dessa forma, os desenhos em uma folha de papel acerca das duas temáticas: uma filha sendo cuidada e, também, alimentada e o material foi enviado à psicóloga-pesquisadora por Madá. Ressalta-se que o pai tinha o contato telefônico da psicóloga-pesquisadora, pois esta o convidou para a participação da pesquisa. Mas, José optou em fazer uso da mediação de Madá para enviar os desenhos. O sentido desta escolha pode envolver, entre várias possibilidades, a dificuldade de José em entrar em contato com outro ser humano que não seja do seu convívio social ou, ainda, pode estar relacionada à conduta de passividade e de submissão em relação à Madá.

Para além dos sentidos latentes à sua conduta, considera-se, sobretudo, que o pai tentou, a sua forma, comunicar os significados e experiências emocionais sobre a relação de cuidado com a filha e sua própria história. Ressalta-se que, neste caso, o uso do recurso mediador não foi feito em contexto de entrevista clínica com a psicóloga-pesquisadora com a função de mobilizar expressões emocionais em José. Porém, o instrumento resguardou, em condição diferenciada, o seu caráter espontâneo e dialógico de expressão emocional, à medida que o pai expressou as relações de cuidado a partir de sua gestualidade criativa.

Embora tenham sido feitos à sua maneira e no tempo subjetivo do pai, os desenhos apresentam íntima relação com o contexto deste estudo e, principalmente, considera-se significativa a contida paterna em ter feito uso do recurso mesmo que ao seu modo.

A narrativa psicanalítica de José possibilitou a criação interpretativa de diversos campos psicológicos subjacentes ao universo de experiências afetivo-emocionais associados aos cuidados recebidos na infância e na adolescência de Helena. Deste modo, apreenderam-se os seguintes campos: *“À espera do vir a ser: o devir oculto”* *“Entre o ser e o fazer: o seio que é e o seio que faz”*, *“A boa e pacífica convivência familiar: a dissimulada perfeição”*, *“Menina madura: objeto de cuidado ou objeto do desejo?”* e, por fim, *“O corpo-sintoma: a voracidade partilhada”*.

“À espera do vir a ser: o devir oculto”

Este campo de sentido afetivo-emocional apresenta manifestações subjetivas associadas à dificuldade paterna em habitar, em contexto compartilhado, o espaço intermediário entre a gestualidade espontânea e a percepção objetiva. Nota-se que o pai fez *presença-ausência* de modo protegido sob um falso *self* em meio a relação interpessoal.

Entende-se que a mobilização defensiva do pai não se constituiu apenas na entrevista, mas se estende para outras esferas da sua vida, pois os padrões relacionais humanos se organizam, de modo geral, em torno do modo de ser e comportam um conjunto de sentidos que está associado aos protótipos relacionais primários e, também, ao contexto em que se insere. As características paternas desvelam modalidades relacionais de reclusão e evitação que estão vinculadas à sua história de vida e a existência pregnante do sofrimento.

Pressupõe-se a existência no pai de um protótipo relacional organizado pela desesperança, reatividade e passividade com o intuito de se proteger contra as vivências

emocionais e, ainda, para ocultar o verdadeiro si mesmo das possíveis invasões que estas podem mobilizar. Entende-se, segundo os pressupostos winnicottianos, que o distanciamento e a impossibilidade de uma comunicação emocional espontânea e compartilhada decorrem da mobilização de um falso *self*, a fim de que o *self* verdadeiro não seja acessado e revelado.

Segundo a teoria psicanalítica winnicottiana, a origem do verdadeiro *self* está assentada sobre a experiência primária do encontro intersubjetivo. Deste modo, o desenvolvimento e a integração do verdadeiro *self* se tratam de uma conquista que é facilitada pelo ambiente no qual o indivíduo está inserido (SAFRA, 2005).

Observa-se, na narrativa psicanalítica, que José teve dificuldades de encontrar e criar o objeto que foi apresentado. Esclarece-se que o aspecto central é a dificuldade do pai em habitar a área intermediária entre a criatividade primária e a percepção objetiva para que, então, pudesse vivenciar a realidade do si mesmo e a do mundo subjetivo que estão pautadas no brincar.

Winnicott (1964b/1994) em o “Jogo do Rabisco” afirma que o mediador dialógico utilizado em contexto clínico tem a função de facilitar a comunicação emocional e deve ser delineado conforme as demandas do paciente em enquadre transicional para que ocorra a gestualidade criativa e brincante. Ao se referir sobre o uso de materialidades apresentativo-expressivas em contexto de pesquisa, Aiello-Vaisberg (2005) afirma que o objeto ao ser apresentado, em campo de experiência diferenciado, convida o participante a uma esfera lúdica e inusitada de descoberta e de encontro de si e do outro, promovendo assim um deslocamento espaço-temporal, sendo este um enquadre favorável para a vivência genuína da experiência pessoal.

Nesse sentido, para que o objeto seja apropriado e concebido subjetivamente, segundo os propósitos de autoexpressão do participante, este precisa estar disponível emocionalmente para a experiência, bem como é necessária a oferta de condições facilitadoras

para a vivência intersubjetiva (RIBEIRO; TACHIBANA; AIELLO-VAISBERG, 2008). Entende-se, assim, que a apropriação ou não do objeto é singular e comporta aspectos particulares associados ao próprio indivíduo e ao contexto ambiental em que é apresentado o objeto (CAMBUÍ, 2013).

Deste modo, neste estudo, embora o objeto-mediador temático não tenha sido delineado conforme a demanda dos participantes da pesquisa, o objeto foi apresentado ao pai para que pudesse se apropriar da temática e expressar sua pessoalidade, além de elaborar reflexões vivenciais acerca das próprias condutas. Entretanto, observa-se que o pai não conseguiu, no momento da entrevista, se aproximar de modo relativamente tranquilo do tema em razão da evocação de conteúdos emocionais e, ainda, o contato com o tema pode ter se dado de forma concretamente objetiva, cujo terreno era desconhecido e inseguro.

Nota-se, assim, que o convite ao pai se centrou na possibilidade de experimentação compartilhada de vivências pessoais. Porém, o verdadeiro *self* de José não pôde emergir enquanto lugar de experiência do próprio espaço psíquico, sendo este um lugar de encontro.

Segundo Campos e Sakiyama (2016), o *self* constitui-se como núcleo revelador da experiência fundamental da existência humana, que caracteriza a existência de um desenvolvimento emocional saudável. Entende-se, portanto, que o *self* enquanto uma organização dinâmica possibilita que o indivíduo seja ele mesmo, assim como possa existir de forma real e como pessoa inteira. Por outro lado, a organização do falso *self* concorre para sentimentos de desrealização (não reconhecer o mundo e os outros) e de despersonalização (não reconhecer a si mesmo). Assim como, para o engendramento de intensidades e modalidades variadas de sentimentos circunscritos ao vazio, inutilidade, passividade, submissão, futilidade e de que a vida não vale a pena (MELLO FILHO, 2011).

Percebe-se, então, que para obliterar uma possível ameaça causada pelo convite de acessar e instiga aspectos intrapsíquicos foram erigidos mecanismos desefensivos, de modo

que José não conseguiu compartilhar em profundidade o registro da experiência pessoal de modo articulado ao gesto espontâneo. Neste contexto, embasado nas contribuições winnicottianas, o falso *self* está associado a dificuldade ou a incapacidade do indivíduo em estabelecer um relacionamento com a realidade compartilhada e com os objetos, bem como com a ideia de incomunicabilidade defensiva com o ambiente.

Segundo Mello Filho (2001), o falso *self* contribui para a ocultação da realidade interna do indivíduo, de modo que este passa a ter a necessidade de negar, esconder ou desconhecer a realidade interna e externa. Percebe-se, deste modo, que José não conseguiu manifestar as autênticas dimensões emocionais da experiência inter-humana, pairando um largo e intenso vazio. O pai tinha “compromissos” que impossibilitaram resgatar a história de cuidados com a filha, bem como urgência em finalizar a entrevista e o encontro consigo mesmo e com as vivências pessoais sobre a filha.

Verifica-se no decorrer da narrativa psicanalítica a repetição de um discurso que denota um repertório expressivo limitado que está vinculado, neste momento de vida, à própria dificuldade de manifestação emocional. Além disso, predomina a existência de experiências superficiais e expressões emocionais rasas, sem o aprofundamento da relação de cuidado entre pai e filha.

Sobretudo, percebe-se que as experiências emocionais do pai vinculadas ao cuidado de Helena expressam aparente perfeição e absoluta ausência de dificuldades. Entende-se que se trata de uma representação falseada da realidade, na medida em que diante de vivências instáveis e de perdas, houve a mobilização de defesas que levaram o pai à organização de um falso *self* que se configura sob a forma de irrealidade e superficialidade.

Inferi-se que além das questões pessoais de sofrimento paterno, encontram-se também, o desconforto em estar em uma situação desconhecida de entrevista e, ainda, a dificuldade de acessar a história da relação pai-filha. Falar sobre esta corresponde em ser

lançado à regressão de vivências primárias intensas. E, assim, a fim de se proteger do sofrimento que pode ser mobilizado, recorreu a um contato distanciado, controlado e obliterado com a temática do estudo.

Pinéia e Sei (2015) discutem, com base em um caso clínico analisado segundo a teoria winnicottiana, que a manifestação do falso *self* relaciona-se com a inibição do gesto espontâneo e da criatividade. Nesse sentido, reconhece-se que, no momento da entrevista, José apresentou dificuldades em se apropriar do recurso lúdico-dialógico e de brincar de forma criativa neste espaço. Entretanto, posteriormente, segundo a observância de um tempo próprio de hesitação para se apoderar e fazer uso do objeto e, ainda, em condição mais instrospectiva e considerada talvez menos aversiva, José manifestou gestualidade espontânea acerca da proposta do desenho temático.

Segundo Winnicott (1960a/1983), existem variadas gradações de falso *self*, visto que há um falso *self* considerado normal que se adapta e se submete à realidade externa em detrimento da espontaneidade e no outro extremo dessa classificação se organiza o falso *self* patológico que se sobrepõe ao verdadeiro *self* e é denotadamente dissociado e submisso, configurando-se como uma intensa defesa que interrompe a continuidade de ser e concorre para a inibição total do gesto espontâneo.

Ressalta-se, portanto, que o falso *self* não está necessariamente vinculado a uma condição patológica, na medida em que o seu funcionamento pode estar atrelado a um aspecto reativo do desenvolvimento perante as situações cotidianas da vida familiar e social. Neste caso, o falso *self* presente na saúde pode incluir possíveis concessões e submissões a estas circunstâncias (GALVÁN, 2013).

Considera-se que José ao retomar de forma espontânea a proposta temática do desenho, deixou-se lançar de um modo brincante ao objeto, colocando em ação seu verdadeiro *self*. Logo, infere-se que o verdadeiro *self* de José encontra-se latente e é percebido em seu

potencial, contudo apenas se manifesta em uma vida secreta, estando à procura de condições para a sua genuína manifestação.

“Entre o ser e o fazer: o seio que é e o seio que faz ”

Este campo subjetivo se organiza em torno das vivências emocionais de José relacionadas à concepção subjetiva de Helena, bem como aos cuidados essenciais realizados por ele no processo inicial do desenvolvimento da filha. Observa-se, segundo a narrativa psicanalítica de José, que os cuidados iniciais foram realizados de forma ativa e presente por ele, com enfoque especial sobre a alimentação.

Destaca-se no discurso paterno a expectativa entusiasmada com a chegada da filha ao mundo, sendo este um momento existencial importante para ele. A filha que já estava sendo desejadamente esperada pelo pai, ao nascer “foi muito bem-vinda e amada, mudando para sempre a vida deles”. É possível, a partir do trecho narrativo a seguir, perceber a expressão emocional paterna acerca dos cuidados realizados à Helena e a ênfase na união do casal e da família.

[...] conversamos sobre as recordações que ele tinha dos cuidados realizados à filha no período do nascimento até os três anos de idade. José afirmou que foi um período de “grande aprendizado” e que a bebê tinha trazido “tudo de bom” para ele. Como estivesse revivendo uma boa lembrança, compartilhou que tinha uma relação muito constante com Helena e, logo adicionou, que também tinha com a esposa, de modo que havia uma boa e “agradável” parceria familiar e que “vivenciaram o casal”, estando “unidos” tanto ele, a mãe e a bebê (Narrativa psicanalítica de José).

Para Raphael-Leff (2017), a chegada do bebê evoca fragmentos de memórias pessoais que concorrem para a revitalização de processos adormecidos relativos à própria infância. Reconhece-se que a gravidez corresponde a um momento de intensa transição entre o

mundo interno e externo, o eu e o desconhecido ser humano e, ainda, entre o passado, o presente e o futuro.

Infere-se que com o nascimento de Helena - sua primeira filha, José se viu diante da complexa interação entre o bebê real e vivo que estava começando a conhecer, ou seja, a anunciação idealizada e desejada vinculada a concepção subjetiva da filha e a evocação da própria criança que considera que foi em sua infância. O nascimento de Helena configurou-se, para o pai, como positivamente transformador, de modo que diversas adaptações e reestruturações foram promovidas para a sua chegada.

A relação de cuidado entre pai e filha na primeira infância, caracterizou-se, segundo o pai, como um momento de grande aprendizagem tanto das funções de cuidado, quanto dos papéis e lugar ocupado. Nota-se que com o nascimento de Helena, deu-se início a uma nova relação perpassada por desejos, fantasias, expectativas, adaptações, abdições e preocupações, bem como por alterações do papel de filho e esposo para o papel de pai e as funções necessárias junto à filha. Segundo Maldonado (2002), o nascimento do bebê exige a necessidade de reestruturações e reajustamentos em diversas esferas que envolvem a redefinição dos papéis e da identidade pessoal, o preparo para o exercício das funções materna e paterna, bem como a reorganização estrutural, financeira e da rotina.

Compreende-se que a paternidade e a maternidade se constituem como momentos existenciais importantes que mobilizam reestruturações, modificações e reintegrações da personalidade que podem levar a níveis de integração e desenvolvimento quando vivido de forma satisfatória ou concorrer (MALDONADO, 2002; RAPHAEL-LEFF, 2017). Podem, igualmente, se configurar como momentos de terror, impotência, desamparo e vazio ilimitado, engendrando processos de desorganização e intensa sobrecarga emocional (SZEJER; STEWART, 1997).

Raphael-Leff (2017) afirma que durante a gestação e nos primeiros dias seguintes ao nascimento, tanto a mãe quanto o pai têm em mente uma ideia elaborada do tipo de mãe ou pai que deseja ser e associado a esta se articula o conjunto de crenças e fantasias a respeito de como são os bebês. Verifica-se que, geralmente, após o nascimento ocorre a ruptura das idealizações, em razão da realidade concreta e desgastante da rotina de cuidado para com o desconhecido e desamparado ser.

A natureza primitiva do nascimento mobiliza conflitos não resolvidos com os próprios pais arcaicos, assim como processos identificatórios primários com o pai (mãe) criador e com o bebê (SOIFER, 1992). A gravidez e o puerpério constituem-se, assim, como momentos essenciais que podem contribuir para a elaboração inconsciente da transição entre ser o filho (a) de sua mãe para ser pai (mãe) do seu próprio filho, a fim de alcançar novos níveis de níveis de integração e de desenvolvimento, preparando-se para o cuidado com o bebê.

Sobre este aspecto, conforme o seguinte trecho narrativo, “[...] foi um período de “grande aprendizado” e que a bebê tinha trazido “tudo de bom” para ele”, observa-se que José enquanto filho passou a ser pai da própria criança, concorrendo para o nascimento simbólico da identidade pessoal paterna, de modo que trouxe à vida os aspectos vivos de sua existência.

Entende-se que o papel social de filho e esposo passou, assim, por transformações que o levaram a assumir o lugar, a função e o papel de pai. Esta mudança é fonte de ansiedade e insegurança, principalmente, na situação de José, pois os cuidados à filha passaram a ser realizados apenas por ele no período noturno quando Madá retornou aos estudos. Verifica-se, deste modo, a importância do pai no processo de desenvolvimento da filha.

Rosa (2011) enfatiza os equívocos e a superficialidade compreensiva sobre o tema do pai na teoria winnicottiana. Ao desenvolver a teoria do amadurecimento pessoal, Winnicott não priorizou a mãe em detrimento do pai, mas reconheceu e atribuiu valor ao papel e as funções paternas em todo o processo de desenvolvimento da criança. De acordo com o psicanalista, a

maternagem suficientemente boa “inclui os pais, mas eles devem me permitir o uso da palavra “maternal” para descrever a atitude global em relação aos bebês e o cuidado a eles dispensados. O termo “paternal” tem, necessariamente, de chegar um pouco depois do termo “maternal” (WINNICOTT, 1968/2011, p. 149).

Destaca-se que a figura paterna junto à figura materna tem importância fundamental na relação de cuidados. Entende-se por figura materna, àquele cuidador principal que se adapta de forma sensível e devotada à criança, realizando os cuidados essenciais de forma suficientemente boa. Somada a esta, tem-se a figura paterna que diz respeito àquela pessoa que se faz presença viva tanto no intrapsíquico do cuidador principal, quanto na realidade do ambiente, cujas funções principais são: envolver e cuidar da figura materna e do bebê, contribuir para a sustentação e o bem estar físico e psíquico da dupla, protegê-los das interferências externas e das angústias e ansiedades despertadas neste momento frágil e primitivo da relação, bem como proporcionar a instauração de limites e de continência psíquica e, ainda, fomentar para o enriquecimento de suas vidas ao fornecer os aspectos pessoais e distintos do da figura materna (MAAZI; LAWSON; KABUTH, 2006; WINNICOTT, 1982/ 2012).

No início do processo de desenvolvimento, em razão da imaturidade do bebê e da absoluta dependência com o ambiente são imprescindíveis os cuidados maternos que admitem qualidades de empatia, identificação com o bebê, profunda adaptação, constância e sensibilidade (ROSA, 2007). Dessa forma, o cuidador principal deve ser uma pessoa que tenha estas qualidades maternas e que assuma e exerça as funções da figura materna. Observa-se que, por vezes, o pai, os avós, familiares ou outras figuras significativas à criança podem ser a mãe-substituta.

[...] homens maternos podem ser muito úteis. São boas mães substitutas, o que é um alívio quando a mãe tem muitos filhos, ou quando ela adocece, ou quando elas querem voltar a trabalhar. Também ocorre que muitas mulheres querem que seus maridos sejam maternos com elas (WINNICOTT, 1964/2011, p. 191).

Particularmente, para Winnicott (1964/2011) o atributo maternal está vinculado à existência do elemento feminino puro no indivíduo que é considerado, pelo psicanalista, como uma disposição natural da mulher devido a constituição orgânico-biológica que envolve tanto a gestação do bebê quanto a possibilidade da amamentação ao seio e, ainda, as complexas identificações arcaicas que incluem a “bebê menina, a mãe e a mãe da mãe” (p. 193).

Segundo Loparic (2005), a identificação com a mãe-fêmea lança os fundamentos da constituição na mulher das características feminino-genitais e, por sua vez, a identificação com a mãe-mulher possibilita a formação das características maternas na menina. Entende-se, assim, que a mulher possui um conjunto variado de identificações inconscientes com a própria figura materna que reúne diversas fantasias que têm origem durante as relações iniciais com sua mãe.

Não obstante, de acordo com Rosa (2207), quando o homem é mais materno, ou seja, quando se torna a figura materna e configura-se como a mãe-substituta, ele realiza este papel e as funções de cuidado ao filho com base no seu “elemento feminino puro” que se encontra preservado, além de se orientar de modo não consciente pelas experiências pessoais associadas à própria maternagem. Deste modo, a relação de cuidado estabelecida entre o pai que exerce a função materna com o filho está, igualmente, vinculada às próprias relações de cuidado.

Com base na narrativa psicanalítica paterna, observa-se que José tornou-se a mãe substituta, sendo que o exercício dos cuidados maternos com Helena se pautou no protótipo referencial decorrente do seu histórico vivencial de cuidados recebidos na infância e que foram considerados por ele como adequados, cuja realização se deu, especialmente, pela avó e a tia. A expressão emocional de José acerca dos cuidados recebidos na infância foi organizada em torno do afeto e do sentimento de gratidão à essas figuras maternas.

Pressupõe-se que o fato de José ter ressaltado o uso de bota ortopédica em sua infância, em meio ao assunto da própria maternagem, denota um sentimento particular de ter precisado de maiores cuidados em razão da sua necessidade especial. Compartilhou, assim, lembranças afetivas, brincantes (coelho da páscoa) e constituídas por mulheres (avó, tia e professora) e lamentou o fato dos pais trabalharem de forma excessiva. Infere-se que os elementos femininos de José se constituíram, em especial, no exercício da maternagem que a avó e a tia realizaram.

Entende-se, portanto, que as experiências decorrentes dos cuidados parentais de José concorreram para a constituição de ideais internalizados e de funções acerca da maternagem e da paternidade. Posto que, posteriormente, estas foram atualizadas no contato com a filha, na medida em que por meio da identificação projetiva, o pai investiu os aspectos de suas autorrepresentações maternas sobre o bebê.

Este campo psicológico-vivencial também abarca expressões subjetivas sobre as modalidades de relações objetais ofertadas pelo pai no encontro com a filha. Assim, entre o *ser* e o *fazer*, encontra-se José que por meio de suas experimentações tenta conduzir a filha ao *ser*, ou seja, à capacidade de alcançar uma existência sendo esta alcançada por meio dos cuidados maternos e, também, busca levá-la ao fazer que é a conquista da capacidade de diferenciação oportunizada pelos cuidados paternos.

Pressupõe-se que por se tratar da experiência inaugural do pai no exercício da maternagem, faltaram-lhe recursos suficientes para se sentir seguro e existente em suas funções. Deste modo, neste encontrar-criar de ser “mãe-substituta”, a partir da própria referência de suas vivências de cuidado, o pai encontrou-se, também, diante da descoberta de sua unidade existencial e de sua identidade pessoal no exercício dos cuidados maternos. Deste modo, constituído pelos elementos femininos e masculinos que o levaram a *ser* e a ter qualidades

maternais e, ainda, a *fazer*, de modo que pudesse, por sua vez, levar a filha aos processos constitutivos e de atividade, este campo denomina-se entre o *ser* e o *fazer*.

Segundo as contribuições winnicottianas, o elemento feminino puro corresponde às experiências de ser e de existir de um indivíduo e se origina nos primórdios da relação dual entre o bebê e o cuidador principal. E, por sua vez, o elemento masculino puro envolve as atividades respaldadas no impulso instintivo, cuja experiência é da ordem do fazer que inclui, em especial, a diferenciação com outros objetos baseada na separação e no desenvolvimento do ego (ABRAM, 2000).

Para Winnicott (1966b/1994), “o elemento masculino faz, enquanto que o elemento feminino (em homens e mulheres) é” (p. 140-141). Contudo, ressalta-se que antes de se deixar fazer, é preciso, ser (WINNICOTT, 1971/1975). Deste modo, o elemento feminino puro diz respeito ao ser e o elemento masculino refere-se ao fazer, posto que os elementos puros feminino e masculino são modalidades de relações de objeto e ambos devem estar integrados no indivíduo.

Este campo de sentido ainda se organiza em torno de manifestações subjetivas acerca das experiências do pai em realização a amamentação de Helena. Segundo a narrativa de José, a oferta dos cuidados foi realizada conjuntamente com a mãe. Mas, ele assumiu ativamente os cuidados da filha, principalmente, no que diz respeito ao aleitamento.

Nota-se certa dualidade e confusão na configuração das condutas de José, pois ao mesmo tempo em que é pai, é, também, o responsável pelos cuidados maternos, sendo, portanto, organizado sob a bissexualidade psíquica primária composta pelos elementos femininos e masculinos que reverberam nas relações de cuidado. Assim, o pai se apresenta como o seio que é e o seio que faz⁸.

⁸ Os seguintes termos “seio que é” e “seio que faz” são designações de Dias (2003) e foram considerados pertinentes a este campo de sentido afetivo-emocional.

No discurso paterno, evidencia-se que ao enfatizar que era ele que dava as mamadeiras à filha, atribui importância a um cuidado particular que é a alimentação. Reconhece-se a centralidade da alimentação neste período inicial do desenvolvimento, sendo esta, para além da garantia da sobrevivência física do bebê, uma via de comunicação e de relacionamento entre o bebê e a mãe. Contudo, nesta unidade familiar, foi o pai que forneceu muitos “mamás” à filha.

Winnicott (1966/1994) afirma que a experiência de ser e a emergência do gesto espontâneo repousam no encontro e na comunicação profunda entre o bebê e o seio. Nesse sentido, o seio ao ser ofertado possibilita uma experiência de identificação constitutiva, na medida em que o bebê encontra, conforme suas necessidades, o que estava lá para ser encontrado, a partir da experiência de ilusão de onipotência. De acordo com Winnicott (1966/1994), a experiência de *ser* é transmitida pela mãe, pois esta resguarda os elementos femininos que são organizadores inerentes ao cuidado maternal.

No feminino, haveria a possibilidade de uma identificação plena com o seio e, no masculino, a experiência do gesto em direção ao seio. O feminino não está só relacionado ao ser e o masculino ao fazer: também o feminino relaciona-se à origem e o masculino relaciona-se ao fim. O feminino emerge na origem, no nascimento, ao se acordar na corporeidade. O masculino direciona-se ao fim, pois toda a possibilidade da constituição de si implica sempre um gesto em direção “à”, inicia-se um caminhar em direção a outro, em direção à próxima formulação da questão originária, em direção ao fim último (SAFRA, 2009, p. 79).

Segundo o psicanalista, o elemento feminino vincula-se ao seio e à medida que o cuidador materno apresenta o seio ao indivíduo imaturo e indiferenciado, o bebê e o objeto se tornam apenas um. Logo, o bebê se torna o seio (WINNICOTT 1971/1975). Dias (2003) ressalta que, para Winnicott, o termo seio diz respeito à totalidade dos cuidados maternos (*holding, handling* e apresentação dos objetos). E, assim, o bebê no contato subjetivo com o seio, se torna “idêntico aos cuidados que recebe: ele é esses cuidados [...] o bebê torna-se a confiabilidade desses cuidados” (DIAS, 2003, p. 219).

Entende-se que José ao fazer uso da identificação feminina com a sua mãe, sendo esta a base da constituição dos seus elementos femininos, lançou-se à tarefa de amamentação da filha, ofertando a esta um seio materno (*seio que é*). Porém, ressalta-se que, da mesma forma, o pai ofertou um *seio que faz*, na medida em que as relações de cuidado centradas na amamentação tinham um modo específico, regulado e sistematizado de funcionamento, que segundo a narrativa do pai “a amamentação tinha sido “adequada” e “regular”, visto que tinha momentos específicos para mamar”.

Observa-se que em relação à alimentação, o pai considerou que a filha “mamou o que devia mamar” e os alimentos foram introduzidos no “momento certo”. Sob este aspecto, percebe-se que a alimentação é abordada como se estivesse seguindo as orientações de um manual médico de boas e adequadas práticas alimentares, desconsiderando a vivência emocional inerente à relação de cuidado. Infere-se que, embora, o pai tenha participado ativamente da amamentação da filha ao dar muitos “mamás”, o fez à base da submissão às prescrições médicas.

Winnicott enfatiza que a constituição do sentimento de ser e de existir se embasa na oferta da constância do cuidado materno e, deste modo, o bebê precisa ter o encontro constante e adequado com o *objeto-seio que é*, ou seja, com o seio (conjunto de cuidados) de um cuidador que tenha a capacidade de levá-lo a viver a própria experiência de *ser* a partir do gesto criador. Pressupõe-se que a presença de um *seio que faz*, isto é, de um cuidador materno que impõe um modo rígido, metódico e sistematizado de cuidados e que não atende as demandas da criança, faz o bebê mamar e não o deixa mamar, ou seja, não possibilita a criação do seio e de si mesmo – o ser. Visto que “ao invés de 'ser como', o bebê tem de 'fazer como’” (DIAS, 2003, p. 220).

A partir do estudo sobre o lugar do pai na amamentação, Hays (2008) afirma que o ato da amamentação é um gesto cultural, biológico e comportamental, mas que também envolve

emoções, desejo, representações e fantasias. A autora afirma que o ato da amamentação inclui sempre um mediador, ou seja, um terceiro (figura paterna) que tem por função sustentar psiquicamente e promover as condições ambientais necessárias para a alimentação do bebê.

Em particular, Hays (2008) discute que o pai frente ao gesto da amamentação pode aceitar e apreciar este momento, na medida em que estabelece uma identificação com o bebê junto à sua mãe. E, por outro lado, a amamentação pode mobilizar medo devido a emergência de um sentimento de exclusão dessa cena primitiva que representa o bebê ao seio, bem como despertar sentimentos de ciúmes por causa de suas próprias identificações que o fazem desejar alimentar-se também.

Outro aspecto relevante que emerge destes aspectos associados à alimentação é que José se apresenta como figura central na realização deste cuidado específico, ao afirmar que participou muito do processo de amamentação, sendo que era ele que amamentava Helena com o leite que era tirado da mãe. Com base em seu relato, subentende-se que é atribuído à mãe um papel coadjuvante, pois o *objeto-leite* é, segundo o pai, apenas fornecido por esta para a alimentação, mas a qualidade da amamentação foi assegurada por ele.

Diante destas expressões subjetivas questiona-se: os elementos femininos preservados no pai ao serem postos em vigência na amamentação da filha, o levaram a concretização de fantasias de substituição da mãe? O pai assumiu a função materna por ter desenvolvido uma identificação primária com a filha? Será que o pai regido por uma conduta de submissão passou a desempenhar os cuidados essenciais em razão da atribuição pela mãe desta função?

Turyna e Zaremba (2015) fornecem contribuições importantes acerca destes aspectos, posto que a partir de observações clínicas e orientadas pela teoria winnicottiana, discutem sobre as implicações do exercício da alimentação realizada pelo pai para a constituição dos distúrbios alimentares precoces. Segundo as autoras, o papel que o pai assume

e o envolvimento mais ativo no cuidado com os filhos admitem acentuada importância, pois contribuem para o desenvolvimento emocional destes indivíduos. Contudo, a nova configuração e dinamismo das relações familiares, especialmente, no campo da realização dos cuidados decorrente das recentes transformações socioculturais e econômicas, ainda se fazem confusos para os próprios pais em razão das funções e papéis pertinentes às condutas materna e paterna (TURZYNA; ZAREMBA, 2015).

Tendo em vista que o pai passou a estar mais envolvido na realização dos cuidados, seja porque ele passou a assumir este lugar ou em razão que lhe foi atribuído maior espaço pela mãe, surgem novos fatores merecedores de investigação, sendo que um deles é a conduta do pai em realizar a amamentação. Sob este aspecto, Turyna e Zaremba (2015) sugerem que o “fenômeno da amamentação” pelo pai pode estar vinculado a vários elementos inconscientes e fantasísticos que estão descritos a seguir:

a) *Dimensão de ansiedade*: o pai pode adotar uma atitude materna ao amamentar o bebê por conta do temor de ser rejeitado e de deixar de existir no relacionamento com a esposa ou com o filho, como se o relacionamento entre a dupla, ameaçasse seu lugar de esposo ou de pai.

b) *Dimensão competitiva*: o pai compete com a mãe pelo *status* de um objeto frente a criança, abandonando a posição de "terceiro". Deste modo, o pai mobilizado pela competição passa a se apropriar do espaço pertencente à mãe que se constitui, de modo geral, em uma relação fusional com o bebê. E, assim, o pai ocupa o seu lugar e busca estender a gratificante relação vincular com o filho.

c) *Dimensão controladora*: à medida que o pai ao amamentar, estabelece o vínculo com o bebê, ele controla de forma onipotente o relacionamento com o bebê, bem como o familiar, preservando o caráter fálico e de dominação sobre os objetos.

d) *Dimensão persecutória*: o pai pode interferir no processo de alimentação ao realizar o ataque à posição da mãe por esta ser a principal nutridora da criança ou, ainda, ao desferir insultos ao valor e a importância da amamentação.

e) *Dimensão de ciúmes e de inveja*: o pai pode sentir inveja do que a mãe possui, ou seja, do leite, sendo que este é fundamental e do qual a criança precisa. Assim, a outra possibilidade para a inclinação do pai para a amamentação é a competição com a mãe pelo papel de alimentador/nutridor, em razão do ciúmes inconsciente que é adiado da gravidez e se atualiza após o nascimento sobre a possibilidade de produzir leite e ser o responsável em dar à luz por meio da alimentação.

Observa-se que o pai não justificou a razão de ter se encarregado da amamentação da filha. Sabe-se apenas, a partir do seu relato, que ele assumiu essa função, dado que denota a existência de desejos em realizar o cuidado alimentar da filha e de uma sensação de gratificação por ter tido essa experiência.

Entende-se que José experimentou emocionalmente o seio como parte de si mesmo, ao estabelecer uma equivalência simbólica entre o “peito de mamadeira” e o seio da mãe. Infere-se que ao amamentar Helena, o pai criou a fantasia de que ele tinha ou podia dar à filha algo igualmente bom ao que a mãe possuía.

Assim, ao assumir a função de mãe substituta e considerar que o leite materno era o único componente importante advindo da mãe, o pai passou a ocupar o lugar e o papel da mãe, tornando desnecessário o *objeto-mãe*, pois esta apenas fornecia o leite que ele precisava para estabelecer o elo de comunicação com a bebê. Deste modo, infere-se que pode ter instaurado no pai uma ilusão de independência em relação à Madá, pois ele passou a ter o alimento que a filha precisava. Associada a esta, sugere-se também a existência no pai de uma fantasia inconsciente de nutrição mútua, visto que ele e a filha se nutriam emocionalmente da mesma relação.

Segundo Turyna e Zaremba (2015), o pai da "amamentação" pode interferir na internalização e no uso da imagem da mãe para adiar a gratificação e promover o auto acalmamento, criando, assim, um caminho alternativo de identificação primária, na qual há um excesso da experiência de ilusão de independência e de desprezo pelo objeto. Deste modo, ao ter sido amamentada pelo pai, Helena pode ter se identificado com a ilusão de independência em relação ao *objeto-alimento*, levando este à submissão do controle onipotente de sua criação, o que pode ter contribuído para os primórdios do surgimento da sintomatologia do TA, posto que nos episódios de restrição alimentar, é mobilizado na adolescente a fantasia de não depender do alimento, sendo que esta vincula-se à tríade maníaca de controle, negação e triunfo do objeto perdido.

“A boa e pacífica convivência familiar: a dissimulada perfeição”

Este campo de sentido reúne expressões simbólicas em torno das relações de cuidado realizadas pelo pai durante a segunda infância de Helena. Reconhece-se a importância da realização dos cuidados do pai à filha para a continuidade do processo de desenvolvimento emocional. Nota-se no fragmento narrativo a seguir, a presença afetiva e proximal de José junto à filha.

Investiguei como era a relação dele com a filha e respondeu que era muito boa e que todos tinham uma boa “convivência” e que sempre a levava para passear. Relatou, neste momento, que gostava de assistir futebol e o sonho dele era que Helena gostasse. Assim, ele a colocava do lado dele no chão e apresentava objetos da cor do time dele para que ela se pudesse se interessar [...] (Narrativa psicanalítica de José).

A teoria winnicottiana confere significativa importância ao papel do pai, na medida em que o processo de desenvolvimento emocional do bebê se dá, necessariamente, dentro de uma família constituída por pessoas reais que realizam os cuidados essenciais a este (ROSA, 2011). Por pessoas reais, entende-se àquelas que atendem as necessidades da criança, de modo

que possam manter o ambiente adequado e integrado, permitindo, assim, a promoção de experiências significativas que facilitem a tendência inata ao amadurecimento emocional.

Para Winnicott (1970), “o tema do ambiente facilitador capacitando o crescimento pessoal e o processo maturacional tem que ser uma descrição dos cuidados que o pai e a mãe dispensam, e da função da família” (p. 92). Assim, o cuidado materno corresponde ao conjunto de cuidados que mãe e pai dispensam juntos à criança, visto que ambos devem assumir a responsabilidade pelo ser humano que está no processo de desenvolvimento (WINNICOTT, 1965a/2011).

Esclarece-se que o cuidado abarca a qualidade das relações de cuidado, cuja participação ativa e afetiva das figuras parentais é indispensável. Winnicott (1965a/2011) afirma que o indivíduo alcança a maturidade emocional num contexto onde a família é capaz de proporcionar uma transição entre os cuidados parentais e a vida em sociedade. À luz dos pressupostos winnicottianos, Dias (2017) enfatiza que a família se origina da partilha entre pai e mãe na realização dos cuidados à criança. Mas, deve-se considerar, igualmente, o relacionamento entre o casal, a história pessoal pregressa de cada um deles e a atmosfera que ambos incutem ao lar.

Segundo Loparic (2005), a teoria freudiana atribui papel central ao pai a partir da triangulação edípica. Por sua vez, na teoria do amadurecimento emocional de Winnicott, o pai passa a ser reconhecido pelas diversas funções e papéis que assume nas fases anteriores ao Complexo de Édipo, na medida em que o ser humano percorre um longo trajeto rumo à sua existência pessoal antes de chegar à situação edípica. Logo, o cerne da teoria winnicottiana não é a sexualidade infantil e as funções parentais no Complexo de Édipo. Mas, as relações de cuidado em que se tem o bebê no colo da mãe que, por sua vez, são sustentados pelo pai.

Para Winnicott (1963/1982), o desenvolvimento humano implica num percurso que vai da dependência absoluta com o meio à busca pela independência. Deste modo, o psicanalista

propõe três momentos importantes e organizadores do processo de maturação emocional, visto que na primeira fase o bebê está em uma situação de absoluta dependência com a figura materna, pois depende exclusivamente deste ambiente para sobreviver.

Neste momento inicial da vida, o bebê encontra-se indiferenciado do meio e numa relação de fusão com a figura materna. Assim, para a figura materna desempenhar de modo suficientemente adequado os cuidados essenciais ao bebê, ela precisa “sentir-se segura e amada pelo pai da criança e pela própria família” (WINNICOTT, 1965a/2011, p. 3). O pai ao oferecer suporte, proteger e promover um ambiente tranquilo e de qualidade à díade, auxilia a mãe a ser mãe. Assim, a relação de cuidado com o bebê se constitui pelo conjunto mãe-ambiente, visto que a presença do pai está inscrita no colo materno ofertado ao bebê (ROSA, 2011).

À medida que o bebê se desenvolve, com o auxílio dos pais, os processos constitutivos são postos em marcha e, então, após o início desta jornada humana em que o bebê se encontra desamparado de recursos psíquicos, começa de forma gradual a perceber efetivamente a realidade externa e alcança, em decorrência, a diferenciação entre eu e não-eu. Dá-se início, portanto, a segunda fase proposta por Winnicott, denominada de dependência relativa. A experiência de viver “dois-em-um” passa a ser transformada por meio das dosificadas experiências de desilusão e, assim, o pai se torna o primeiro modelo de integração para o bebê, uma vez que fornece a este a primeira configuração de uma totalidade pessoal (WINNICOTT, 1969b/1994).

Nesta fase, outra função importante do pai é, a partir da sobrevivência e da continência aos ataques impulsivos da criança, auxiliá-la a integrar a própria destrutividade, posto que neste momento ela se encontra numa relação ambivalente com a figura materna (WINNICOTT, 1960/2011).

Posteriormente, quando a criança chega à idade em que ocorre o Complexo de Édipo, o pai intervém e impede a realização das fantasias da criança, ajudando-a a discriminar

a fantasia e a realidade dos fatos, além de oferecer uma série de experimentações enquanto pessoas reais inseridas em meio a relações interpessoais (WINNICOTT, 1988/1990).

Observa-se, portanto, que o pai exerce funções concretas e afetivas de proteção, provisão, continência, imposição de regras e intervenção das relações familiares durante todo o percurso do processo de desenvolvimento emocional da criança, contribuindo para o incremento das condições ambientais que facilitam a criança a alcançar a independência (WINNICOTT, 1965a/2011).

A teoria psicanalítica winnicottiana assegura, portanto, a relevância do papel do pai no decorrer de todo o processo do desenvolvimento da criança. À medida que a criança vai alcançando os processos básicos de maturação emocional (integração, personalização e realização), as funções do pai ao exercer os cuidados vão se transformando. Observa-se que na segunda infância de Helena, José deu continuidade aos cuidados que realizou quando a filha era bebê, porém modificou algumas funções, considerando a nova fase de dependência relativa que Helena se encontrava. Assim, manteve-se vinculado e afetivamente próximo à Helena, de modo que ela a acompanhava a todos os lugares.

Percebe-se, deste modo, a ênfase atribuída à relação íntima e proximal entre José e Helena, posto que eles “sempre estavam juntos” e ela era sua “companheira inseparável” (trecho da narrativa psicanalítica de José). Outro aspecto relevante é o fato do pai se referir ao processo de desenvolvimento da filha com foco no campo alimentar e escolar. Admite-se que estas esferas são significativas e merecem atenção ao considerar o desenvolvimento infantil, contudo não houve aprofundamento por parte do pai, mas há componentes fortemente emotivos, como é possível verificar no trecho narrativo a seguir:

Em relação ao período dos três aos seis anos de idade, o pai reafirmou que Helena continuou com uma “alimentação saudável” e que eles tinham uma boa “convivência familiar e social”. Disse que aos cinco anos, a filha foi para a escolinha e que se dava bem entre os amigos. Falou ainda que não se lembra de “nada negativo” que tenha ocorrido nessa fase. E enfatizou que passeava com ela e onde ele ia, “até mesmo no bar”, a levava, sendo a companheira inseparável (Narrativa psicanalítica de José).

Este campo de sentido afetivo-emocional se organiza, igualmente, em torno de expressões subjetivas consideradas boas e pacíficas em relação à convivência familiar. Depreende-se, a partir da narrativa psicanalítica, o esforço de José em enfatizar que mãe, pai e filha tinham uma boa e agradável convivência familiar e social, de modo que esta reiteração desperta atenção, pois pode indicar modalidades defensivas acerca das relações de cuidado no ambiente familiar. Sobre este aspecto, evidencia-se na Figura 6 a produção do desenho-estória do pai que comporta a expressão de uma família feliz e unida.

Figura 6. Desenho-Estória do pai referente à proposta temática: “Desenhe uma filha sendo cuidada”



Fonte: elaborado por José.

Com base na excessiva reafirmação do pai quanto a otimizada convivência familiar, sugere-se a ativação de recursos defensivos de negação e de falseamento da própria realidade e das relações intersubjetivas. Reconhece-se que a vida humana é constituída pela complexidade paradoxal das conquistas, fracassos e dificuldades. Em especial, as relações de cuidado entre o adulto e a criança não são perfeitas, porque envolvem a relação entre seres humanos que é

atravessada por componentes e movimentos intra e extrapsíquicos, além de aspectos ambientais externos.

Perante a complexidade e o reconhecimento das relações inter-humanas primárias, Winnicott (1960b/1983) denominou de mãe suficientemente boa àquela que se adapta ativamente ao bebê, de modo que oferece a este as condições essenciais para o seu *vir a ser* e à medida que este se desenvolve vai promovendo desadaptações graduais. Trata-se de um cuidador real que deve ser suficientemente sensível ao bebê, porém por ser humano pode vir a falhar, mas estas falhas nos momentos precoces do desenvolvimento devem ser mínimas ou quase inexistentes (WINNICOTT, 1960b/1983).

Pressupõe-se que a qualidade de ser perfeito destitui a humanidade que deve ser inerente ao cuidado, pois este ao ser perfeito pode se configurar como invasivo e ameaçador ao bebê, pois não vai ao encontro de suas necessidades pessoais, mas do próprio cuidador. Deste modo, verifica-se o predomínio exclusivo de uma vivência falseada da realidade, pois durante este período não ocorreu, segundo o pai, nenhum episódio negativo, o que expressa a existência de uma perfeição e idealização dissimulada que não vai de fato ao encontro das reais condições de vida e do desenvolvimento da criança, posto que há dificuldades, impasses e oscilações próprios a todo fenômeno que inclua o humano. Infere-se, portanto, que o pai ao afirmar que não aconteceu “nada de negativo” e que a convivência familiar era exclusivamente boa e adequada, não reconhece e, sobretudo, recusa os aspectos negativos da experiência, promovendo a sua dissociação.

Outro aspecto relevante da narrativa psicanalítica paterna que merece discussão é a caracterização da relação como sendo uma “convivência” e a qualidade desta como sendo “agradável”. A palavra relação admite componentes de profundidade, troca mútua e maior interatividade entre os membros, por sua vez o termo convivência denota viver junto, em

comunidade e dar-se bem, o que indica maior distanciamento e impessoalidade do pai em relação às relações familiares.

“Menina madura: objeto de cuidado ou objeto do desejo?”

Este campo afetivo-emocional é composto pela manifestação subjetiva associada às relações de cuidado entre pai e filha no período da adolescência. José se depara neste momento com aspectos particulares do desenvolvimento de Helena associados às transformações puberais.

“Disse ainda que a filha neste momento já “estava bonita” e que “na realidade sentia ela mais madura” (Narrativa psicanalítica do encontro com José).

Destaca-se, pelo olhar do pai, o reconhecimento das diversas mudanças físicas e emocionais da filha no processo de transição da infância para a vida adulta. A partir do trecho narrativo acima se evidencia a percepção paterna acerca da maturação corporal de Helena.

A puberdade corresponde ao conjunto de transformações biológicas, fisiológicas e hormonais que levam à maturação sexual e a fertilidade adulta possível (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006). Estas alterações puberais inauguram o início da adolescência, sendo esta caracterizada por um período de transição entre a infância e a vida adulta e que envolve mudanças no desenvolvimento físico, emocional e social. O trabalho psíquico engendrado neste momento é intenso, pois exige do adolescente certo ajustamento entre as estruturas infantis e adultas, a transição da vida familiar para a vida em ambientes mais amplos e complexos, a busca e o estabelecimento de uma identidade pessoal e sexual, bem como a capacidade de gerenciar separações e a independência (WADDELL, 2017).

Lidchi e Eisenstein (2010) ressaltam que o início da adolescência concorre para alterações em toda a família, cujas implicações incidem, especialmente, sobre as relações intrafamiliares, o ajustamento de novas funções e tarefas na realização dos cuidados e problemas comuns a este período, como o risco e abuso no uso de substâncias psicoativas, problemas escolares, sexuais e sociais, assim como preocupações com o corpo e autoestima. Do mesmo modo que os adolescentes vivenciam aspectos próprios a este estágio, os pais também são mobilizados ao enfrentamento de questões e conflitos pessoais que são suscitados por este indivíduo e, ainda, pelos assuntos relacionados à identidade, sexualidade, autonomia, mudanças e valores pessoais.

Além de valorizar e apreciar a feminilidade da filha se evidencia, conforme os fragmentos narrativos a seguir, a caracterização positiva, por José, das qualidades da filha centradas em aspectos psicológicos. Subtende-se, no discurso do pai, a presença de elogios acerca da conduta da filha em querer cuidar e acolher, que denota o reconhecimento da preocupação empática da filha para com as pessoas. Outro aspecto diz respeito à importância atribuída a distinta capacidade intelectual de Helena com os estudos, sendo este um período que se dedicou a aprendizagem de outro idioma.

[...] apresentava “um querer cuidar dos outros” e “opinião própria”.

[...] a filha “demonstrava um certo intelecto para estudar”

[...] O pai considerou que este período foi o mais “saudável” de Helena, pois na adolescência praticava esportes e se dedicava aos estudos. Complementou dizendo que a filha “demonstrava um certo intelecto para estudar” e foi uma fase que estudou bastante (Narrativa psicanalítica de José).

Sobre as vivências dos cuidados na fase da adolescência de Helena, o pai informou que o mais marcante foi a “amizade” entre ambos. Relatou que a convivência entre pai e filha passou a ser “diferente”, uma vez que os dois passaram a sair mais sozinhos, sem a companhia

do restante da família e, em especial, da mãe. Ressaltou, ainda, que almoçavam juntos sem a companhia desta e a filha contava a ele “confidências”, como por exemplo, o primeiro paquera.

Nota-se, portanto, a existência de uma relação íntima e proximal entre pai e filha, visto que esta compartilhava questões pessoais particulares associadas aos relacionamentos amorosos e ambos desfrutavam de momentos que pertenciam à dupla, da qual a mãe foi recorrentemente excluída por meio do discurso paterno.

As produções simbólicas neste campo de sentido admitem dimensões inconscientes associadas à reativação do complexo edípico com a filha. Enfatiza-se a natureza passional e a cumplicidade inconscientemente transgressora entre pai e filha, em especial, nos relatos sobre a intimidade, as confidências de amor da filha no tocanto aos paqueras e a exclusão da mãe da relação entre pai e filha.

Para Winnicott (1988/1990), o início da puberdade faz emergir com intensa força os impulsos sexuais e fantasias de sedução, além dos conflitos edípicos não resolvidos (WINNICOTT, 1988/1990). Com a chegada da adolescência, as alterações genitais da puberdade somadas às fantasias edípicas autorizam a realização dos desejos, tornando a relação assustadora ou igualmente sedutora (WADDELL, 2017).

Pressupõe-se que perante o “amadurecimento” das características sexuais femininas de Helena, os impulsos sexuais e os desejos não processados do pai e, também, da filha decorrentes do complexo edípico foram ativados. Percebe-se que José manifestou condutas de interesse e desejo por Helena, apresentando, assim, dada suscetibilidade em se submeter a esta força maior, que o levou inconscientemente à sedução amorosa da filha, desejando que ela ocupasse o lugar do objeto amado. Assim, a filha de objeto de cuidado, passou a ser sujeito do seu desejo.

Por sua vez, Helena estava “já madura” e “bonita” na adolescência e mobilizada por uma ativa fantasia subjacente de sedução amorosa de questões edípicas não resolvidas,

continuou, no processo de desenvolvimento, a demandar do pai. Esclarece-se, segundo Cromberg (2004), que a fantasia de sedução da menina está, sobretudo, vinculada ao desejo de um encontro afetivo e amoroso com o pai, sem ter estritamente caráter genital.

Nos sonhos das meninas, não podem ser evitadas: A ideia da morte da mãe e, conseqüentemente, a da sua própria morte. A ideia de estar roubando da mãe o seu marido, seu pênis, seus filhos e, como resultado, a ideia de sua própria esterilidade. A ideia de ver-se à mercê da sexualidade do pai [...] (WINNICOTT, 1988/1990, p. 77).

A fantasia de amor e de ódio em relação aos progenitores é reconhecidamente desproporcional ao considerar a imaturidade emocional do púbere e, deste modo, é difícil de ser administrada por este (ROSA, 2011). Assim, é natural a reativação na filha dos sentimentos originais da cena edípica que, na adolescência, se tornam intensificados. Entretanto, frente a esta imaturidade, cabe ao pai regular o seu desejo e não “violiar o tabu do incesto” (CROMBERG, 2004, p. 189).

Se o pai em razão da sua imaturidade emocional não tem interiorizada a diferenciação e a interdição dos próprios desejos, pode responder de forma erotizada, frente à manifestação afetiva e de carinho da sua filha, concorrendo para o não entendimento desta de seus sinais, pois a mensagem se torna confusa, sexual e convidativamente perigosa. Logo, esta mensagem erotizada somada à fantasia incestuosa e parricida da filha pode levá-la a angústia de separação e de sentimentos culpabilizatórios (CROMBERG, 2004).

Por outro lado, pode desencadear no pai devido o temor dos seus próprios impulsos e da figura castradora, o distanciamento físico e emocional da filha e de suas próprias experiências emocionais, bem como a superficialidade e a ausência de envolvimento nas relações familiares (COSTA, 2014; LEONIDAS, 2017). Observa-se que perante os impulsos amorosos confusos relacionados à adolescente, José na tentativa de obliterá-los se afastou da filha e promoveu maior aproximação de Madá.

Dias (2007) afirma que a função do pai no exercício das relações de cuidado é, neste estágio do desenvolvimento, proteger o(a) adolescente da própria instintualidade que é decorrente da descoberta sexual, dando ao filho(a) as condições de controlar ou mitigar os impulsos sexuais. Conforme a autora, outra função do pai pertinente a este período é contribuir para que o filho(a) invista em outros objetos reais, regulando as fantasias incestuosas. Sob este aspecto, entende-se que as fantasias precisam ser diferenciadas da realidade, pois podem se tornar ameaçadoras, visto que se não houver essa diferenciação e interdição, instaura-se a possibilidade de concretização da fantasia e para a ausência de condutas inibitórias ou integrativas da própria instintualidade (HOUSIER, 2018).

É preciso também que o pai saiba discernir e pôr cuidadosamente limites quando percebe uma qualidade provocativa nas manifestações de carinho da filha, a ele dirigidas, de modo a acolhê-la como uma garota que começa a desabrochar, potencializando assim o seu lado feminino, ao mesmo tempo em que continua a exercer o papel de protetor de sua intimidade e privacidade (ROSA, 2007, p.114).

Com base nas contribuições de Vibert (2012), infere-se que, perante a acentuada vinculação emocional e os perigos incestuosos eminentes a esta, tanto pai e filha foram expostos de modo concomitante à angústia de separação, articulando um arranjo defensivo rígido destinado a combater a convocação de fantasias incestuosas e parricidas.

Entende-se que os impulsos sexuais são intensos e estimulatórios, contudo diante da possibilidade real de efetivação da fantasia amorosa, tornaram-se, igualmente, autocondenatórios. Tem-se, assim, o sintoma da compulsão alimentar de Helena que, mobilizada pela angústia de separação, busca avidamente pelo *objeto-pai* perdido. Entretanto, trata-se de um objeto proibido e irrepresentável que passou, assim, a ser expulso por meio das condutas autopunitivas.

“O corpo-sintoma: a voracidade partilhada”

Este campo psicológico subjetivo não consciente reúne expressões acerca das experiências vivenciais pertencentes ao pai e à filha acerca da compulsão pelo objeto-alimento. Pai e filha padeceram, em comunhão, da mesma modalidade de adoecimento psíquico circunscrita às distorções no comportamento alimentar – a obesidade. Trata-se, assim, da face do mesmo sofrimento, ou seja, a aidez voracivante induzida por uma fome devorada.

Evidencia-se, conforme trecho narrativo a seguir, que o pai insere a informação que tinha sido obeso de forma despretensiosa como se não quisesse fazer notar algo tão relevante. Ao especificar os aspectos de saúde em Helena na adolescência, o pai afirmou que fazia exercícios com a filha, pois já tinha sido obeso e que tinha emagrecido quando a filha iniciou a adolescência.

Neste período, também praticavam esportes juntos, especialmente, caminhada. Compartilhou que tinha sido obeso e por isso praticava exercícios. Sobre este assunto, o pai apenas informou que tinha sido obeso e que conseguiu completar o processo de emagrecimento no início da adolescência da filha (Narrativa psicanalítica do encontro com José).

Esclarece-se a impossibilidade de compreender o desenvolvimento da obesidade no pai, devido a escassez de registros vivenciais e, também, por não ser o escopo deste estudo. Contudo, julga-se importante este dado, na medida em que se observa a constituição de uma “família psicossomática⁹”, em que tanto pai quanto filha apresentaram a mesma modalidade de adoecimento centrado no corpo – a obesidade -, cujos conflitos psíquicos transformaram-se em sintomas somáticos.

O termo partilhar privilegiado, no título deste campo, significa tanto “fazer a partilha de” quanto “tomar parte (em)” e “dividir algo (em)”. No que diz respeito à palavra

⁹ O termo “família psicossomática” faz referência ao modelo elaborado por Minuchin et al. (1975).

partilhar com o sentido de “fazer a partilha de”, infere-se que pai e filha compartilharam da mesma modalidade de adoecimento psíquico, considerando as peculiaridades de cada caso. E, ainda, manifestaram um padrão equivalente de recursos defensivos somáticos e dissociativos da ordem da instauração da impossibilidade do alcance de uma unidade psicossomática. Já em relação à conotação “dividir algo (em)” da palavra partilhar, associa-se à transmissão intergeracional da psicopatologia que operou no cerne da díade pai-filha.

Herrmann (2011) refere-se à obesidade como um distúrbio traumático cultural que se encarna no corpo que corresponde como uma oposição do homem à humanidade, para que possa aceder a uma identidade singular. Entre outros fatores, o autor ressalta que a obesidade representa um modo defensivo humano contra a dispersão e o excesso de protótipos identificatórios que levam o ser a sua dissociação.

Segundo Burd (2010) e França (2011), o ato de comer encontra-se vinculado a sensação de prazer e opera como um recurso defensivo autocalmante da ansiedade e da vivência emocional de vazio. De acordo com Gross (2015), comer é um ato convidativo de acolhimento, recebimento e de preservação de algo dentro si.

A obesidade e os transtornos da alimentação podem ser compreendidos dentro do universo intersubjetivo mediado pelo objeto-alimento. A configuração de uma ou de outra modalidade de adoecimento psíquico está associada a diversos fatores que compreendem as experiências traumáticas decorrentes das falhas nos cuidados, a recorrência e a gravidade dos mesmos, o grau de maturidade egoica e o nível de relacionamento objetal e, ainda, os padrões defensivos organizados. Reconhece-se, também, os fatores etiológicos genéticos e biológicos, socioculturais e individuais inerentes a complexidade psicopatológica.

O ato alimentar possui, para a psicanálise, acentuado valor simbólico na medida em que a partir do alimento é que se estabelece o protótipo das futuras relações objetais

(CATHARIN, 2019). Dessa forma, o cuidador principal é o primeiro alimento do bebê, de modo que este, conforme as contribuições winnicottianas, se torna o seio cuidador.

Por meio da ingestão, digestão, metabolização e eliminação, o alimento é processado e, de forma, simultânea, ocorrem processos psíquicos constitutivos através da identificação, introjeção e projeção dos aspectos e das qualidades inerente ao *alimento-seio* (FRANÇA, 2011) que asseguram, assim, a nutrição física e afetiva do lactente.

A boca configura-se, então, como o primeiro meio de comunicação com o objeto-mãe e diante da perda deste, o indivíduo se vê tomado por angústias que, por sua vez, o levam a buscar pelo alimento que representa o seio cuidador. Ocorre, assim, na obesidade um deslocamento do vínculo afetivo com a mãe para o alimento, na tentativa de preencher o vazio deixado e reproduzir a sensação tranquilizadora e gratificante que o alimento-mãe lhe fornecia (TEODORO; KOGA; NAKASU, 2017).

De acordo com França (2011, p. 247), “a sensação do seio na boca é o protótipo da existência de um objeto que preenche e ampara o bebê das angústias de desvalia e de queda no vazio” e, deste modo, a perda do seio e da mãe pode concorrer para a perda não apenas destes objetos, mas também pode trazer prejuízos sobre “o aparelho para usar esse objeto, ou seja, a boca” (WINNICOTT, 1958/2012, p. 151).

Segundo Burd (2010), na obesidade a comida passa a ser incorporada repetidamente como forma de evitar o aparecimento das angústias persecutórias e de vazio, sendo, portanto, uma tentativa precária de elaboração das experiências primárias. A autora discute, ainda, que a obesidade pode se constituir como um envelope psíquico para a continência dos impulsos agressivos e como couraça protetiva contra o objeto perdido. Pode atuar, também, como defesa contra o excesso de responsabilidades e, ainda se organizar enquanto válvula de escape à tensão interna e familiar. Por fim, a obesidade pode estar a serviço do sentimento de culpa, sendo organizada como um autocastigo, bem como pode se delinear a partir da identificação com o

progenitor que também seja obeso, a fim de ocupar o lugar deste ou ser igual ao outro (BURD, 2010).

Considera-se que o alimento foi o elemento ordenador da realidade psíquica de ambos e possui significados afetivo-emocionais particulares para cada um deles. Ressalta-se, ainda, que o alimento se tornou, neste enredamento familiar, o mensageiro do material psíquico parental na transmissão transgeracional que, em consequência, resultou em distorções na regulação emocional e na estabilização da busca pelos alimentos, configurando a especificidade psicopatológica no contexto alimentar.

Sob este aspecto, Bordet (2011/12) e Burd (2010), afirmam que a obesidade se revela como um fenômeno de transmissão inter e transgeracional, posto que as representações e fantasias parentais são projetadas sobre a relação alimentar que, por sua vez, incidem sobre os processos de integração, realização e personalização, bem como sobre o desenvolvimento do *self* do bebê.

Alinhado à especificidade do caso, infere-se que Helena estabeleceu uma identificação projetiva com o pai obeso, optando de forma inconsciente a assumir as similaridades da forma corporal e os problemas pertinentes ao peso, com a finalidade de corresponder ao pai, tornando-se a parceira perfeita ao ser, por meio da identificação projetiva, equiparada a ele.

Este campo de sentido afetivo-emocional também é composto pela expressão subjetiva de negação do transtorno alimentar na filha e pelo reconhecimento apenas da obesidade como problemática central manifestada por Helena.

Percebe-se, conforme trecho narrativo a seguir, que o pai foi categórico ao negar a manifestação de BN na filha, o que sugere a mobilização de modalidades defensivas no pai associadas à dissociação da experiência alimentar e de negação do adoecimento da filha no âmbito dos TAs.

Quando foi abordado acerca do transtorno alimentar em Helena, o pai ficou muito sério, como se todas as defesas tivessem sido mobilizadas. Disse que o que mais o deixava “assustado” é que ele “não percebia” e “nem sabia” sobre esta situação que a filha estava passando. Energicamente, afirmou: “a mãe sabia, eu não!”. E esclareceu que não soube “disso” por meio da filha, mas tinha tido conhecimento porque a mãe tinha falado pra ele. Disse, ainda, “é até injusto”, pois Helena “nunca tinha falado nada” sobre esse assunto com ele ou talvez a filha não quisesse falar. Concluiu, afirmando que “não achava” que este era o problema da filha e falou de forma enfática: “eu não acredito nisso! O problema dela é ser acima do peso” (Narrativa psicanalítica do encontro com José).

A negação consiste numa recusa por parte do sujeito em reconhecer a realidade de uma percepção dolorosa. Trata-se de negar a própria realidade da percepção traumatizante, de modo que o indivíduo não estabelece contato com a experiência e, assim, esta se dá como se não estivesse acontecendo para o indivíduo (MCWILLIAMS).

Infere-se que José se viu diante de percepções externas angustiantes acerca do adoecimento da filha que não puderam ser aceitas na consciência em razão da perturbação interna que causaram. Assim, estas foram bloqueadas de modo que passou a negar a existência do transtorno alimentar em Helena.

Pressupõe-se que a negação paterna frente à BN manifestada pela filha pode estar associada a não aceitação da diferenciação do comportamento alimentar que deveria ser semelhante à que ele havia apresentado, ou seja, a obesidade. Isto é, pai e filha partilhavam da mesma problemática alimentar, bem como da similar modalidade de adoecimento circunscrito à obesidade, de modo que o surgimento da BN na adolescente pode ter concorrido para a diferenciação destes aspectos partilhados entre ambos, o que pode ter sido motivo gerador de intensa angústia de separação para o pai.

Sugere-se, também, que a mobilização deste mecanismo defensivo pode estar articulada à negação dos aspectos da adolescente que ele não era mais íntimo por conta do distanciamento da relação entre pai e filha ou, ainda, encontra-se vinculada ao desejo de

preservação do pai da representação da filha obesa, pois esta o remete a um momento particularmente gratificante em que tinham uma relação intensa.

Enfatiza-se que o pai não “acreditava” (“Eu não acredito!”) que a filha fosse acometida por TA, fato que o deixava assustado por não ter percebido, bem como indignado por não saber, que o leva a se sentir injustiçado em razão da filha não ter conversado com ele sobre o transtorno. Percebe-se a presença de uma ferida narcísica e de incompreensão paterna em razão de Helena não ter compartilhado com ele algo importante, já que antes tinham uma relação muito proximal.

Observa-se, também, que a vivência paterna que assume proeminência neste campo de sentido é a decepção e a sensação de ter sido desprezado pela filha. Configuram-se, igualmente, sentimentos de raiva, injustiça e de indignação pela filha não ter compartilhado desta “confidência” com ele.

Entende-se, com base no fragmento narrativo de José, que subjacente a estas manifestações afetivo-emocionais, encontra-se latente a angústia de separação e perda da filha que foi intensamente amada e pela qual despendeu seus cuidados e investimento emocional. Supõe-se, assim, a presença no pai de um sentimento de ingratidão da filha em relação a ele, assim como de ter sido excluído das suas relações.

Figura 7. Desenho-Estória do pai referente à proposta temática: “Desenhe uma filha sendo alimentada”



Fonte: elaborado por José.

Evidencia-se que, no decorrer do encontro, o pai demarcou os períodos do desenvolvimento da filha centrados, especificamente, nos cuidados alimentares. Nota-se que José afirmou reiteradamente que o ato alimentar foi saudável, regular e normal e por meio da Figura 7 é possível perceber a relação alimentar entre pai e filha. Entretanto, ressalta-se que no intervalo de seis a onze anos de Helena, o pai informou que a filha manifestou rejeição frente a determinados alimentos e, por sua vez, na adolescência indicou que a filha se alimentava pouco.

Estes elementos indicam a manutenção, ao longo do processo do desenvolvimento de Helena, de problemáticas no âmbito da conduta alimentar organizadas em torno da redução, seleção e inibição dos alimentos. Frente a estes aspectos, destaca-se acentuada contradição, pois como claramente enfatizado pelo pai, a questão da filha era a obesidade e na entrevista foram caracterizadas, especialmente, circunstâncias de normalidade na alimentação da filha e, também, de hipoinvestimento nos alimentos.

Observa-se, assim, a ausência de correspondência da referência alimentar da filha e o desenvolvimento da obesidade, que o pai julga ser a questão central de Helena. Deste modo, evidencia-se a destituição e o irreconhecimento do sofrimento e adoecimento manifestado pela filha, bem como a manifestação de aspectos dissociados da própria experiência na relação de cuidado.

5.2 “A família de extremos: o cuidado *(des)afetado*”: síntese compreensiva integrativa dos campos de sentido afetivo-emocional da tríade familiar

O campo de sentido-afetivo emocional “*A família de extremos: o cuidado des(afetado)*” organiza-se em torno do universo de significados e manifestações subjetivas da unidade familiar que veicula a recorrência de falhas de excesso e de ausência nas relações de cuidado da adolescente. As relações de cuidado da “Família de extremos” são notadamente ambivalentes, inconstantes e descontínuas e se constituem pela presença de uma *mãe-objeto* rígida e ausente e por um *pai-objeto* excessivo e asséptico.

Os cuidados essenciais promovidos ao longo da vida da adolescente acometida por BN, especialmente, no início da vida, configuram-se como *objetos-perdidos*. Entende-se que predominou, paradoxalmente, na biografia relacional de Helena, a *presença-ausência* de cuidadores que transitaram pela sua vida e não se constituíram como figuras constantes e facilitadoras do seu processo de desenvolvimento emocional.

Infere-se que Helena teve, em um momento de absoluta dependência e imaturidade psíquica, a experienciação de modalidades distintas e caóticas de amálgamas de sensações, afetos e percepções em razão da existência de diversas pessoas que cuidaram e amaram cada uma a seu modo. Entende-se, deste modo, que o reflexo integrador constitutivo de si mesma se deu em meio a fragmentos de olhares e de manejos que a levaram a se perder no vazio da existência não compartilhada.

Orientado pela perspectiva psicanalítica winnicottiana, a maternagem é concebida, neste estudo, como o conjunto de cuidados essenciais ofertados ao bebê que visa atender e suprir suas necessidades de modo afetivo, sensível e protetor. Corresponde ao emprego de recursos internos e externos de um cuidador principal disponível que, ao realizar as funções de conter física e psiquicamente o bebê, manusear e investir de afeto e de sentidos o corpo do

lactente e, ainda, promover uma área de experimentação onipotente em espaço transicional, concorre para a facilitação do processo de constituição psíquica e a possibilidade do bebê de *vir a ser* no mundo (WINNICOTT, 1945/2000).

Reconhece-se, assim, a importância de um cuidador principal para a realização da maternagem, a fim de promover um ambiente estável e previsível que é imprescindível nos momentos iniciais do desenvolvimento emocional. De modo geral, segundo Winnicott (1989/2011), é a mãe que tem as características essenciais para o exercício dos cuidados maternos. Porém, ressalta-se que a relação de cuidados comporta, necessariamente, o conjunto ambiental composto pela descrição dos cuidados e das funções específicas realizadas pela mãe e pelo pai, enquanto uma família total (WINNICOTT, 1989/2011).

Evidencia-se, com base nas narrativas psicanalíticas, que o cuidado materno de Helena foi composto pela impermanência de vários cuidadores que realizaram os cuidados de acordo com a disponibilidade e as características pessoais. Observa-se, assim, a existência de diferentes e simultâneos tipos de cuidados que compreendem o cuidado desafetado, rígido, técnico e intelectual da mãe e a oferta pelo pai de um cuidado asséptico, ritualístico, excessivo, estimulador e afetivo. Já no que se refere a avó paterna, o cuidado foi eventual e permeado por mimos e, por sua vez, o cuidado materno de Naná aconteceu em meio a sobrecarga de atividades domésticas.

Entende-se que a existência de diversos cuidadores e de diferentes modalidades de cuidado fomenta a inconstância e a imprevisibilidade ambiental e não se constitui enquanto um anteparo integrador das projeções do lactente (WINNICOT, 1965c/2011).

Percebe-se que os cuidados maternos iniciais foram realizados, especialmente, por Naná e José, devido a constância, a afetividade e a disponibilidade emocional destes cuidadores. Ressalta-se, entretanto, que estes cuidados foram ofertados em períodos determinados, o que expressa que a qualidade da relação estava subjugada não às demandas da criança, mas a outras

condições. Considera-se, ainda, que o cuidado do pai foi invasivo e excessivamente estimulador, em razão da sua obsessão por limpeza seja do corpo ou do meio em que Helena se encontrava. Por outro lado, nota-se acentuada dificuldade da mãe em realizar os cuidados essenciais, mantendo-se física e emocionalmente distante da filha.

As características da organização parental nas relações de cuidado vão ao encontro das contribuições de Brusset (1999), que afirma que, em famílias com paciente acometido por BN, há geralmente uma inversão dos papéis dos pais, posto que o pai é materno, pois atende as necessidades afetivas e alimentares e, também, é caracterizado como confundidor, na medida em que realiza o cuidado de forma ansiosa e hipergratificante. Ainda de acordo com o autor, de modo geral, evidencia-se nestas famílias que a mãe é designada como paterna porque manifesta condutas de interdição e de dominação no meio familiar, além de ser reconhecidamente autossuficiente e autonôma. Nota-se que estas características específicas são identificadas em José e Madá.

Compreende-se que a maternagem é realizada de acordo com as próprias experiências de ter sido cuidado associadas às características pessoais e as pré-concepções subjetivas em relação ao bebê (RAPHAEL-LEFF, 2017). Assim, as relações de cuidado de Helena se delinearão a partir da intersecção e superposição das histórias e pré-histórias das relações de cuidados dos vários cuidadores. Neste interjogo confuso e instável, deu-se a maternagem de Helena, cujos pais no encontro inaugural e igualmente desconcertante com um ser humano imaturo e absolutamente dependente se depararam com a ruptura das idealizações acerca da maternidade e da paternidade.

Sugere-se que diante do bebê real, foram engendradas em Madá ansiedades e a desorganização inevitável de sentimentos confusos associados ao temor do desconhecido e do desvelamento incômodo dos seus aspectos frágeis, bem como a ameaça à sua autonomia e onipotência e os danos que sua hostilidade real ou imaginária poderia causar ao bebê. Assim,

sem os recursos internos suficientes e afetada pelas angústias persecutórias, preferiu se distanciar, voltando ao excesso de trabalho e atividades. Reconhece-se, sobretudo, que Madá buscou por outras pessoas que pudessem realizar a função materna e atender as necessidades da filha, o que corresponde a presença de manifestação de preocupação e de cuidado com o bebê, mesmo que seja à sua forma.

O pai diante do desamparo da díade teve que assumir a função materna e realizou os cuidados à filha de forma afetiva, porém sendo impulsionado por obsessões, promoveu compulsivamente um cuidado higienizador e invasivo. Os cuidados que eram rigorosos e tecnicamente oferecidos à Helena pautados nas prescrições médicas não foram suficientes e, deste modo, foram atribuídos a outras pessoas, ou seja, à Naná e a avó paterna que, por sua vez, ofereceram um cuidado afetivo e continente, promovendo à Helena as condições constitutivas indispensáveis para sua integração.

Faz-se importante destacar, segundo a concepção de Helena, a inexistência de uma figura materna de referência em sua vida. Pressupõe-se que esta percepção pode estar associada às perdas, as invasões e a não sobrevivência dos *objetos-mães* e, ainda, pode indicar a incapacidade dos cuidadores em acolher nos braços, no olhar e num espaço intersubjetivo a sua acontecimento humana.

Segundo a teoria do desenvolvimento emocional de Winnicott (1960b/1993), durante o período da dependência absoluta, o bebê precisa realizar alguns processos essenciais que envolvem a integração, a personalização e a realização. Estes processos ocorrem simultaneamente e somente são alcançados se houver a facilitação de uma mãe-ambiente constante, sensível e confiável que ofereça as condições adequadas de manejo (*handling*), de sustentação física e emocional (*holding*) e de apresentação gradual do objeto (WINNICOTT, 1945/2000).

Evidencia-se, de acordo com as narrativas psicanalíticas da tríade, que no estágio de dependência absoluta não houve a presença de uma unidade ambiental adequada e previsível que atendesse às necessidades de Helena. Entretanto, observa-se que alguns componentes e condições deste conjunto de relações de cuidado foram fornecidos à adolescente e, mesmo que precariamente, contribuíram para o início do seu processo de *vir a ser*.

No que diz respeito ao *holding*, entende-se que a coexistência de vários cuidadores que realizaram, de forma particular, o exercício dos cuidados e, ainda, a existência de descomedidas alterações qualitativas e técnicas na realização dos mesmos, acarretaram para a impossibilidade de Helena em encontrar pontos de referência estáveis e acessíveis relacionados à continuidade de presença e previsibilidade dos cuidados, bem como em integrar e organizar as diversas experiências caóticas e oscilantes e, também, em reunir as partes não integradas de si mesma.

Considera-se, também, que a sustentação física e emocional por ter sido realizada de acordo com as características de cada cuidador resultou em prejuízos na constituição de uma identidade pessoal, na conquista do senso de si mesma, no estabelecimento de confiança e segurança na realidade externa, assim como concorreu para a mobilização de sensações corpóreas dissociadas, aflitivas e de inexistência. Em relação à sustentação física, encontram-se: o colo ausente, desafetado e distante da mãe; a sustentação insegura, ansiosa e asséptica do pai; o colo fortuito e cheio de mimos da avó e, por fim, o colo sustentador e caloroso de Naná em meio às atividades domésticas.

O *holding* corresponde, também, a transmissão de amor e de cuidado, o acolhimento dos estados emocionais do bebê, a compreensão e o atendimento das necessidades específicas do lactente e, ainda, a demonstração de preocupação e de atenção (WINNICOTT, 1960b/1993). Sob este aspecto, destacam-se as condutas de José, de Naná e da avó paterna em fornecer este tipo de cuidado na fase inicial do desenvolvimento.

Considera-se, todavia, que a sustentação emocional foi oferecida de forma insuficiente na medida em que as condutas do pai não atendiam as demandas de Helena, pois eram orientadas de acordo com um padrão obsessivo, já Naná não tinha tempo suficiente e, por fim, a avó nem sempre estava presente. Por outro lado, verifica-se que a mãe teve dificuldades em ofertar o *holding* de forma constante e suficiente à Helena em todo processo de desenvolvimento. Infere-se que esta dificuldade está particularmente associada às suas experiências infantis de cuidado que foram organizadas segundo a crueldade e frieza materna.

Compreende-se que a oferta do *handling* foi gravemente afetada e se organizou a depender do cuidador. Sobretudo, ressalta-se que o manejo do corpo do bebê pelos pais foi feito de forma técnica e invasiva, principalmente, no que se refere ao cuidado de José devido a obsessividade por limpeza. Percebe-se que o manejo da mãe junto à filha se configurou como evitativo, frio e objetivo, sem o investimento afetivo necessário.

Infere-se que a inexistência de um cuidador principal que pudesse reunir Helena no colo e no olhar, resultou em sua incapacidade de alcançar uma unidade psicossomática e de fazer morada no próprio corpo, bem como em organizar as experiências sensoriais, motoras e funcionais. Estes prejuízos são exteriorizados na manifestação sintomatológica da BN.

À medida que o corpo do bebê é tocado (*handling*) com afeto pelo corpo vivo do cuidador materno são fornecidas as condições para que ele possa se sentir vivendo e integrado dentro do próprio corpo (WINNICOTT, 1960a/1993). Nota-se que tanto o pai quanto a mãe de Helena tiveram dificuldades em acolher as comunicações genuinamente pessoais da filha e em atribuir sentido às suas manifestações corporais, de modo que suas sensações corpóreas não puderam aceder a uma experiência dotada de sentido, levando-a ao estrangeirismo de si mesma.

Outro aspecto importante são as repercussões do espelhamento de vários cuidadores que podem ter levado Helena à vivência de experiências de vacuidade e de escoamento de si, além da impossibilidade de constituir um esquema corporal integrado e a conquista de uma

identidade corpórea, posto a constituição fragmentada e distorcida das diversas faces dos espelhos introjetados.

Ressalta-se, ainda, que o contato afetivo do corpo do bebê com o corpo do cuidador devotado possibilita as condições para a constituição de um repertório imaginativo de suas funções corporais. Assim, a qualidade do encontro de Helena com seus diversos cuidadores pode ter desencadeado a confusão e a dificuldade de elaboração imaginativa das diferentes funções do seu corpo, concorrendo para a constituição da vulnerabilidade psicológica própria aos TAs.

Pressupõe-se que as vivências assépticas, técnicas, desvitalizadas e desafetadas no manejo de Helena na infância concorreu para a ruptura da coesão da unidade psicossomática e da integração das experiências sensoriais, de modo que o corpo passou, então, a se tornar a superfície privilegiada da inscrição das representações não processadas, evidenciando a fragilidade do reconhecimento entre as fronteiras internas e externas e da aquisição de uma identidade pessoal.

Entende-se que por meio da bulimia nervosa, Helena solicitou ajuda, a fim de que por meio dos sintomas encarnados no corpo e das condutas atuadas (excesso de exercícios, autoindução do vômito) alguém pudesse olhar para ela e investir afetiva e esteticamente sua corporeidade, na tentativa de fazer morada em seu corpo e no mundo e de vislumbrar a presença humana compartilhada.

Por fim, acerca da terceira tarefa da maternagem que é a apresentação de objetos, nota-se que Madá em razão da rigidez, racionalização e objetividade teve dificuldade em apresentar o mundo de forma gradual e compreensível às necessidades de Helena, impossibilitando a esta a experiência de ilusão de onipotência e a sustentação da mesma. Deste modo, as falhas de cuidado relacionadas a apresentação do mundo em pequenas doses ao bebê resultaram em perturbações na conquista do processo de realização, conduzindo-a à desilusão

de que poderia encontrar no mundo o que ela precisava e desejava, bem como na incapacidade em conter as manifestações pessoais e na dificuldade em integrar as experiências no campo da ilusão.

Entende-se, à luz das contribuições winnicottianas, que a ilusão de onipotência além de possibilitar a criação de um mundo confiável e o desenvolvimento de múltiplos recursos internos, permite também o encontro com um objeto que integre os movimentos gestuais e agressivos do bebê e que sobreviva à avidez primária, bem como receba suas tentativas reparadoras. Nota-se em Helena que a fantasia onipotente se organiza em torno de sentimentos de destruição e de retaliação, sendo esta resultante da vivência de um objeto primário que não recebeu, integrou, conteve e sobreviveu aos seus conteúdos e as suas manifestações pessoais. Configurou-se, portanto, em Helena a representação de um seio que foi destruído, o que a levou a criação de um mundo caótico e persecutório e de um *self* sentido como mal.

Observa-se, na adolescente, a presença de dificuldades no processamento da atividade onírica, sendo esta o protótipo da simbolização, bem como o acesso lacunar e, muitas vezes, interditado de material imagético de vivências infantis precoces, decorrentes da insuficiente oferta à Helena de experiências integradas no campo da ilusão. Compreende-se que a vivência de experiências emocionais incompreensíveis ou que foram precocemente apresentadas, sendo estas relacionadas a privação dos cuidados essenciais e a cobrança parental impositiva para o seu *vir a ser* em um momento que ainda não tinha condições para sê-lo, concorreu para a precariedade do processo de identificação e de diferenciação entre o eu e não-eu.

Percebe-se que Helena apresenta oscilação entre estados de relativa integração, de modo que utiliza recursos simbólicos difusos e, também, estados em que há um acúmulo de elementos concretos e adesivos que fornecem à ela uma dissimulada sensação de continuidade e de continência perante as vivências de terror intoleráveis, sendo estas não integradas e de

grande vulnerabilidade, visto que são resultantes dos múltiplos traumatismos ao longo do processo de desenvolvimento e que estão relacionados às falhas nos cuidados recebidos em meio as relações intersubjetivas primárias.

Infere-se que Helena foi precoce e violentamente exposta a sucessivas experiências das quais não tinha condições de integrar e elaborar devido a imaturidade egoica. A mãe com o objetivo de promover a independência precoce da filha, incentivar a adaptação da mesma ao mundo e assegurar o distanciamento físico e emocional, a impeliu à vivências excessivas de ausência e de intrusão, especialmente, nas fases de dependência absoluta e relativa. Destacam-se, entre estas: o retorno ao trabalho e o desmame parcial precoces (aproximadamente no segundo e terceiro mês de vida), o desmame abrupto (seis meses), bem como o desfralde e a proibição simultânea da chupeta de forma precipitada e brusca (um ano e meio de idade). Esclarece-se, ainda, que as vivências intrusivas no âmbito da apresentação do mundo correspondem à violência física e psicológica, além da ausência que a mãe a submeteu constantemente durante o processo de desenvolvimento.

Entende-se que a apresentação precoce e brutal da realidade oblitera a ilusão de onipotência, concorrendo para prejuízos sobre o processo simbólico e, ainda, para a mobilização de defesas da intelectualização (DERONZIER, 2010). Infere-se que Helena diante da imposição repetida e precoce do mundo externo, não conseguiu encontrar e criar, isto é, trazer à existência. E, assim, em consequência, a experiência não pôde nem sequer ser percebida e não passou por um processo de atribuição de sentidos pessoais e de memorização.

Trata-se de uma experiência que deveria ter acontecido, mas não aconteceu, ficando, assim, suspensa à espera de ser vivenciada e elaborada. Deste modo, entende-se que o ato toma o lugar do sentido, do imaginado e do sonho (SINANIAN et al. 2014), tentando estabelecer domínio para reconstruir a própria história traumática e poder viver, de fato, o vazio e o objeto que o abandonou. Verifica-se, que devido a fragilidade e o empobrecimento do

processo simbólico, as condutas atuadas substituíram a simbolização, sendo estas notoriamente presentes na bulimia nervosa.

Evidencia-se, igualmente, a permanência de experiências precoces de contato com a realidade no decorrer de todo o processo de desenvolvimento de Helena, que a levou às vivências irrepresentáveis e de separação e de perda dos objetos amados. Nas fases de independência relativa e na adolescência também aconteceram outras situações traumáticas, pois além da natureza excessivamente violenta, ela se encontrava emocionalmente vulnerável e seus recursos psíquicos eram escassos devido as implicações resultantes das experiências infantis anteriores. Assim, dentre estas situações, encontram-se: o nascimento do irmão que ocorreu quando Helena tinha oito anos de idade, a viagem traumática ao exterior aos dezesseis anos, a decepção com o pai que aconteceu em torno de dezoito anos e o afastamento da Naná e da avó paterna.

Pressupõe-se que o nascimento do irmão resultou em uma desorganização e dissociação interna, devido a perda do *objeto-pai* de amor e de Naná, levando-a à busca de *objetos-substitutivos* e adesivos, que pode ser considerado um fator precipitante para o desenvolvimento da obesidade e, posteriormente, do TA, em razão da busca do afeto perdido e a busca pela sensação de preenchimento e de amparo perante as angústias de abandono e de queda no vazio.

Esta ruptura da relação privilegiada remete a paciente à sua incompletude e a submete brutalmente à violência de suas vontades e desejos reprimidos, que a perturbam e a conduzem a rearranjar uma relação de domínio pelo viés da conduta anoréxica. É que, de fato, a perda desta completude é sentida como uma liberação da violência de seus apetites, que as fazem sentir-se como um ogro que teria vontade de devorar tudo e perceber este desejo como um perigo de ser, por sua vez, absorvidas pelo outro ou destruí-lo (JEAMMET, 1999, p. 38).

Em relação aos cuidados parentais realizados à Helena na fase da adolescência, percebe-se a manutenção de um cuidado (des)afetado e rígido por parte da mãe e uma mudança

significativa nos cuidados paternos que se tornaram indiferentes e ausentes, embora anteriormente, fossem excessivos e imbuídos de amor. Observa-se que a perda do objeto de amor paterno instaurou em Helena mais uma ferida narcísica, comprobatória da não sobrevivência dos objetos frente ao seu potencial agressivo e destrutivo.

Infere-se que o início da puberdade fez deflagrar com intensidade os impulsos sexuais, os desejos incestuosos não processados e a reativação do complexo edípico que associados às transformações físicas se configuraram para a mãe uma nova ordem de ameaça, bem como para a adolescente, pois a partir das transformações do seu corpo poderia, finalmente, realizar seus desejos amorosos e de eliminação da rival. Por sua vez, pressupõe-se que o pai se viu fortemente movido pela fantasia incestuosa e estabeleceu uma cumplicidade passional inconsciente com a filha, tornando a relação sedutora e ameaçadora para ambos.

Pressupõe-se que a mobilização das fantasias amorosas e de rivalidade reativadas de problemas edípicos não resolvidos levou o pai e a filha a maior proximidade física e emocional e, de forma simultânea, à exclusão da mãe desta relação, configurando-se, assim, uma ameaça iminentemente real para a dissimulada “convivência” e organização familiar.

Depreende-se que diante do factível perigo, Madá interditou o desejo edípico, promovendo uma ruptura e um distanciamento entre pai e filha, enviando-a para outro país, a fim de inviabilizá-lo. Deste modo, se deu a imposição proibitiva da lei e da punição condenatória da filha, relegando-a rigidamente ao estrangeirismo da relação do casal.

Por outro lado, José se assustou com a interdição tirânica da esposa e, assim, com temor dos próprios impulsos e da ameaça potencial da castração real ou imaginária promoveu alterações drásticas na relação com a filha, mantendo-se, assim, evitativo, ausente e distante física e emocionalmente de Helena e das suas experiências emocionais. Os dados encontrados se alinham ao que é evidenciado na literatura pertinente na área acerca do relacionamento entre pai e a adolescente com TA (COSTA, 2014; LEONIDAS, 2017).

Com base nas narrativas psicanalíticas da tríade familiar, verifica-se que foi engendrada uma nova organização familiar pautada no rearranjo de defesas rígidas, evitativas e persecutórias, principalmente, do pai. E, em contrapartida, é possível notar uma maior proximidade entre mãe e filha. Contudo, infere-se que não houve a identificação da filha com a mãe como uma forma de compensação à renúncia edipiana. Mas, configurou-se como um equivalente à realização incestuosa ou parricida, em que o próprio eu seria ameaçado de morte por uma instância superegoica cruel. Entende-se, ainda, que o terror primitivo e a raiva de ter sido excluída do casal parental podem ter contribuído para o surgimento na adolescente da necessidade particularmente intensa de substituir e possuir, o que vai ao encontro da sintomatologia da BN que envolve a busca ávida e a possessão prazerosa e, ao mesmo tempo, culpabilizadora do *objeto-comida*.

Nota-se que as recorrentes e múltiplas falhas ambientais centradas nos cuidados ao longo de toda a jornada de vida da adolescente concorreram para distorções no processo de desenvolvimento emocional. Deste modo, Helena em sua urgência para o desenvolvimento integral se deparou com intensas e recorrentes falhas, assim como com descontinuidades na relação primária de cuidado. Percebe-se, notadamente, a presença de distanciamento emocional, a impossibilidade de um amor compreensível à adolescente e, ainda, a ambivalência e a instabilidade dos cuidados e dos estados emocionais dos seus cuidadores.

Embora a mãe reconheça que cometeu falhas associadas ao cuidado rígido, afirmou de forma enfática que não faria diferente, o que denota a inflexibilidade materna em relação às suas condutas e a dificuldade de reconhecer a impossibilidade de realização da maternidade que foi tão idealizada.

Winnicott (1965b/1994) explica que o conceito de trauma deve considerar o estágio do desenvolvimento emocional, o grau de maturidade do ego e, ainda, a gravidade e a constância da falha ambiental. De acordo com o psicanalista, a excessiva e abrupta intrusão,

bem como a imprevisibilidade ambiental num momento precoce do desenvolvimento podem desencadear um colapso na área de confiabilidade no ambiente e resultar na mobilização de sintomas somáticos.

No tocante as perdas abruptas e a configuração de sofrimento e adoecimento psíquico, Barros e Jaeger (2010) ressaltam que a origem dos conflitos de pessoas com TAs está relacionada com a prematura exposição da criança ao mundo e ao pavor decorrente desse enfrentamento. Encontra-se na literatura científica, outros estudos que discutem a apresentação precoce ao mundo como fator que pode predispor o indivíduo à psicopatologia das condutas alimentares (ALBINHAC; JEAN; BOUVARD, 2019; BRUNO, 2011; CERNIGLIA, 2017; COSTA, 2014; ELLIOT, 2010; MONTELEONE, 2019).

Infere-se que Helena experienciou uma dupla perda significativa, pois de forma precoce se deu a privação do *objeto-mãe*, porém foi o pai e a Naná que realizaram a função materna, oferecendo a ela os cuidados essenciais para o início do seu *vir a ser*. Entretanto, posteriormente, no transcurso de sua vida, se deu a deprivação do *objeto-pai* e a perda de Naná.

Winnicott (1956e/2000) faz uma diferenciação entre os conceitos de privação e deprivação. Em linhas gerais, a privação corresponde a ausência dos aportes ambientais essenciais no início da vida e, por outro lado, a deprivação relaciona-se a interrupção na promoção dos cuidados que estavam sendo realizados. Assim, a privação se trata da ausência de uma experiência de cuidado inicial que deveria ter acontecido e a deprivação vincula-se a perda dos cuidados suficientemente bons em um momento que a criança já estava amadurecida o suficiente para se dar conta da falha ambiental.

Trata-se de uma questão de dias, horas ou minuto. Antes que certo limite seja atingido, a mãe ainda está viva: depois de transposto o limite, ela morreu. Entrementes, há um precioso momento de raiva, rapidamente perdida, porém ou nunca experimentada, talvez, sempre potencial e trazendo consigo o medo da violência (WINNICOTT 1971/1975, p. 39).

Evidencia-se, no caso de Helena, a existência de múltiplos traumatismos que ocorreram tanto na fase inicial de dependência absoluta, especificamente, em relação a ausência materna, quanto na fase de dependência relativa com a perda do pai. Considera-se que em razão de Naná, José e a avó paterna terem fornecido, mesmo que de forma insuficiente, as condições essenciais para o início da constituição emocional de Helena, os danos resultantes da perda do *objeto-mãe* sofreram certo amortecimento, não concorrendo para a constituição psicopatológica de núcleo esquizoide.

Assim, embora tenha ocorrido a ausência do *objeto-mãe* num período inicial da vida, Helena ainda tinha o pai e a Naná que ofereceram os cuidados essenciais. No entanto, esta condição sofreu um abalo com a chegada do irmão o que mobilizou dissociações e defesas psicóticas e paranoicas. Por sua vez, já na adolescência, Helena foi destituída de um aspecto essencial da vida em família, tanto em relação ao estrangeirismo perverso à que ela foi destinada quanto a perda do relacionamento com pai que era sua base afetiva.

Winnicott (1956/2012) alerta que a busca pelo objeto original perdido sob a forma de reivindicações que são dirigidas aos objetos substitutos externos é própria de indivíduos com tendência antissocial. Estes indivíduos para reaver o objeto de amor e mitigar a angústia de separação mobilizam inconscientemente atuações compulsivas. Em razão da imaturidade relativa do ego, podem também manifestar regressões ao momento anterior à privação ambiental, bem como manifestar defesas paranoides e culpa inconsciente.

Infer-se que Helena teve o início do desenvolvimento emocional em razão das condições ofertadas para a sua constituição. Entretanto, posteriormente ocorreram sucessivas privações e, assim, a busca pelo *objeto-cuidado* da qual foi privada se tornou uma máxima em sua vida, configurando as condutas atuadas e antissociais. Observa-se, assim, que as ansiedades depressivas manifestadas pela adolescente são arcaicas, sendo resultantes da

deprivação vinculada etiologicamente às falhas ambientais em torno das relações de cuidado em um momento que já tinha razoavelmente maturidade egoica.

Segundo Brusset (1999), a bulimia nervosa é caracterizada como uma “patologia do cruzamento”, pois a sua configuração é particular, na medida em que se aproxima, a depender do caso, da neurose, da psicose, da perversão e da psicossomática, tornando estes quadros complexos e desafiadores para a clínica psicológica.

Concebe-se que a impossibilidade de destinação do sofrimento evocou, em Helena, vivências de ansiedades devoradoras e confusionais que denunciam as lacunas em seu psiquismo, cujos vazios indicam a existência de falhas precoces associadas aos cuidados parentais em um espaço em que introjeções deveriam ter ocorrido. E, assim, devido a *não-vivência* e a *não-integração* das experiências intersubjetivas, a adolescente se lançou avidamente às condutas aditivas e compulsivas na tentativa de reparar as vivências traumáticas, bem como acessar possíveis representações, ir ao encontro do objeto de amor perdido e, ainda, controlar retroativamente o medo do colapso.

Pressupõe-se que Helena em busca de existir e sobreviver psiquicamente a esta jornada traumatizante de ausências e de excessos tomou o corpo e os sintomas da bulimia nervosa como vias privilegiadas para a expressão do sofrimento intolerável e para denunciar as experiências irrepresentáveis arcaicas vinculadas às falhas nas relações de cuidado, de modo que o conflito central se organizou em torno de dimensões dialmetralmente opostas, a saber: o *tudo* e o *nada*.

Propõe-se que o *tudo* corresponde à compulsão ávida e a repetição das condutas maníacas e atuadas que tentam suplantar as angústias, substituir a representação do *objeto-cuidador-mãe* perdido e incorporar os cuidados afetivos. No outro extremo, encontra-se o *nada* representado pela restrição dietética e o vômito expiatório que permite manter, insistentemente, o espaço interno vazio para a elaboração psíquica das experiências traumatizantes de perda e

para eliminar os objetos persecutórios que estão associados às invasões e violências dos cuidados parentais.

Embora, a bulimia nervosa fosse seu adoecimento, o que mais lhe fazia sofrer era a incapacidade de permanência e de sobrevivência dos cuidadores frente à sua demanda de cuidado e de amor. O fato de não conseguir estabelecer ligações inter-humanas íntimas e constantes, a fazia sofrer e se sentir “inadequada”, “danificada” e estrangeira ao próprio corpo e ao espaço familiar. Assim, os excessos de invasão e de perdas não elaborados em sua trajetória de vida, a conduziram a viver à margem de si mesma e à sombra do ato-sintoma, sendo tomada por angústias inomináveis e vivências de vazio, de abandono, de perda do objeto, de interdição e de pavor do colapso.

Entende-se, de acordo com Torok (1968/1995), que a angústia de separação e de perda do objeto de amor pode ativar sentimentos de culpa e de remorso em virtude da fantasia de dano irreparável causado ao objeto. Pode mobilizar, também, sentimentos de impotência, ódio e raiva que estão vinculados às fantasias agressivas que se direcionam tanto ao objeto perdido quanto a si mesmo. Compreende-se que devido a imaturidade egoica, o indivíduo por não ter condições de sobreviver psiquicamente sem o objeto de amor, se torna, paradoxalmente, dependente deste objeto que lhe causa privações, invasões e sofrimento. Assim, frente a incapacidade de abdicar deste objeto, transforma o que era amor, em ódio (BULGARÃO, 2010; MOREIRA, 2010).

Winnicott (1935/2000) explica que na tentativa de reduzir a tensão da realidade interna decorrente da coexistência entre o amor, o ódio e a destrutividade, as defesas maníacas são mobilizadas. Segundo o psicanalista, a defesa maníaca se organiza perante as ansiedades depressivas, sendo considerada uma luta contra a depressão que, o autor, associa à ideia de morte interior (DERONZIER, 2010). Sob este aspecto, Soifer (1992) acrescenta, ainda, que as defesas maníacas também são mobilizadas diante de ansiedades paranoides.

Infere-se que ao ir em busca do *objeto-cuidador-mãe* e não o encontrar, a adolescente se viu absolutamente desamparada, concorrendo para níveis “excessivos” de “carência” e a um “jeito bem doente de pedir afeto”. Deste modo, frente a ausência de um ambiente constante e afetivo foram mobilizadas angústias intoleráveis associadas à dissociação e a perda do *objeto-cuidador*, bem como arranjos defensivos de natureza maníaco-onipotente e fantasias sádicas de agressão, de incorporação e de devoração do objeto perdido.

As defesas maníacas se configuram pela manutenção de um estado de excitação que é desencadeado frente os núcleos depressivos de perda do objeto de amor e tem por finalidade manter à distância todos os aspectos causadores de dor (ABRAHAM, 1963/1995). Dessa forma, na tentativa de enfrentar a separação e a dependência do outro, bem como em mitigar o vazio provocado por este objeto perdido é acionada a tríade maníaca composta pelo controle onipotente, a negação maníaca e o desprezo triunfante (FRANÇA. 2010).

De modo geral, o controle onipotente se refere a presença de fantasias mágicas e grandiosas de controle do mundo (MCWILLIAMS, 2014), que no caso de Helena se expressam nas condutas purgativas, bem como na autoimposição e obstinação do pensamento em relação às dietas, aos rituais de alimentação e a contagem de calorias. Hipotetiza-se que o controle do alimento corresponde a uma tentativa mágica de controle, também, do mundo interno.

A negação maníaca se caracteriza pela recusa permeada de onipotência que tem como intenção possuir ou controlar o objeto (MCWILLIAMS, 2014). Este recurso defensivo é observado quando a adolescente, de forma, onipotente nega os objetos-parentais perdidos, assim como repudia a necessidade do alimento que é fonte de sua sobrevivência. Já o desprezo triunfante é quando, após tentativas de reparação, o objeto sofre uma retaliação vingativa, sendo tratado com desprezo e desvalorização. Sobre este aspecto, observa-se que Helena triunfa onipotentemente sobre a fome.

Compreende-se que a fome mantém a sensação de uma continuidade do eu (CORCOS; DUPONT, 2007), assim como a regressão narcísica (FERNANDES, 2016) e a tentativa de preservação de um espaço interno vazio para receber algo dentro de si e, assim, ter a possibilidade da retomada da continuidade de ser (DERONZIER, 2018). Na medida em que Helena não encontrou a possibilidade de experimentar o vazio tal como ele é, devido a precocidade, brutalidade e recorrência das falhas ambientais, conservou um espaço interno que denuncia o terror do próprio colapso, repetindo no corpo, por meio do estado de fome, o próprio trauma.

Outro aspecto significativo é que há um intenso conflito em indivíduos com bulimia nervosa em relação a manter uma sensação de fome e, por outro lado, saciá-la vorazmente por meio da orgia alimentar (MIRANDA, 2016). Deste modo, observa-se que o estado de fome é ativamente procurado e, ao mesmo tempo, a satisfação é constantemente rejeitada (CORCOS; DUPONT, 2007). Infere-se que, para além das experiências infantis da perda do *objeto-mãe*, a sensação de fome em Helena corresponde ao conflito edípico não resolvido, pois se permitir à saciação da fome do *objeto-pai* é aceder ao prazer incestuoso. E, logo, devido a ameaça do fantasma *castrador-materno*, este não pode ser concretizado e, assim, deve ser inibido.

Deste modo, entende-se, com base nas narrativas psicanalíticas da unidade familiar, que o recorrente fracasso de sobrevivência de todos os *objetos-cuidadores* de Helena resultou na mobilização de estados de culpa e de perda não suportados, bem como para o engendramento de defesas maníacas. As defesas maníacas se organizaram, portanto, em torno do domínio onipotente sobre as condutas atuadas (rígidas dietas e autoindução do vômito) e as sensações de não depender da comida e do triunfo sobre esta, e ainda, da negação da doença, que é próprio nos TAs (DERONZIER, 2010).

Segundo as contribuições de Waddell (2017), pressupõe-se que diante de circunstâncias ambientais inconstantes, Helena desprovida de recursos psíquicos suficientes

para tolerar a frustração, buscou a figura materna para conter seus sentimentos e acolher suas projeções. Porém, esta não foi capaz de receber e ajudá-la a integrar estas vivências dolorosas, devolvendo estes conteúdos de forma não metabolizada. Por sua vez, Helena introjetou estes fragmentos *não compreendidos* e acabou por se identificar com eles, conduzindo-a às vivências de *não-saber* e de não entendimento em relação ao mundo externo e interno e os limites entre o soma e a psique.

Não obstante, percebe-se, também, que todos os objetos *introjetados-incorporados* dos quais o sistema emocional e físico da adolescente não consegue digerir e processar são eliminados e na tentativa de colocá-los para fora de si, faz uso de condutas atuadas autoagressivas, como por exemplo, a autoindução do vômito e a automutilação, sendo esta realizada quando esteve no exterior.

Segundo Winnicott (1962/1983), a fim de se proteger das experiências traumáticas, o processo de desenvolvimento emocional é suspenso, colocando-se à espera de melhores condições ambientais para a retomada da sua continuidade do ser. Sustentado nesses pressupostos, torna-se preocupante a gravidade das excessivas falhas ambientais, ainda recorrentes, que têm levado Helena a entrar em um estado de *não-sofrimento*, configurado sob a forma de indiferença e de descrença em seu *vir a ser*, pois segundo a adolescente “não valia mais a pena tentar”.

Entende-se que o bebê quando encontra/cria o *objeto-seio*, vivencia a ilusão de onipotência de ter criado justamente o que fora encontrado (WINNICOTT, 1963/1983). Contudo, quando o bebê busca o *objeto-alimento* nutricional e afetivo representado pelo *objeto-mãe* e não o encontra, seja por ausência ou antecipação deste, mecanismos de incorporação são ativados e torna-se incapaz de introjetar e de se identificar com as qualidades do objeto e do vínculo afetivo, levando-o, em consequência, a incorporá-los (CORCOS, DUPONT, 2007; DERONZIER, 2015). Deste modo, no lugar que deveria ter ocorrido uma introjeção que

possibilita a identificação e a diferenciação com o objeto, se organiza um ávido apelo de natureza incorporativa agressiva e canibal do *objeto-comida* que fantasmaticamente passa a ser tido como um ponto de ancoragem para a angústia intolerável (FUKS, 2015).

Evidencia-se em Helena o predomínio de fantasias de incorporação-devoradora, de separação e de perda do objeto e, também, sádico-agressivas que correspondem às experiências tanzadoras precoces que não puderam ser integradas ao nível dos aspectos de si mesma, sendo resultantes da dimensão agressiva e desafetada do relacionamento de cuidados com a mãe e a esfera de excitabilidade e, de posterior, desilusão dos cuidados com o pai.

Pressupõe-se que a identificação que deveria se dar sob a forma de introjeção passou a se organizar em Helena por meio da incorporação e por adesão ao *objeto-comida*, encontrando no ataque voraz do comer compulsivo e repetitivo uma tentativa de apaziguar o sofrimento e controlar as vivências de falta e de vazio.

Deste modo, a fantasia de incorporação atuada no *binge*¹⁰ tornou-se um caminho para que a adolescente pudesse “reviver” por meio do corpo e do objeto externo, o trauma da experiência não simbolizada. Trata-se de uma tentativa inconsciente de controle e manipulação do *objeto-comida* que simbolicamente representa o *objeto-mãe*. E, também, corresponde a possibilidade de manter um vazio interno protegido e, igualmente, controlado para regressar ao momento em que ocorreram as falhas ambientais precoces para, assim, tornar possível o vazio ser experienciado.

O vazio é pré-requisito para o desejo de receber algo dentro de si. O vazio primário significa simplesmente: antes de começar a encher. Uma considerável maturidade é necessária para que este estágio possa ter significado. [...] Na prática, a dificuldade é que o paciente teme o horror do vazio e, como defesa, organizará um vazio controlado, não comendo ou não aprendendo, ou então, impiedosamente o encherá por uma voracidade que é compulsiva e parece louco (WINNICOTT, 1963/1994. p. 75).

¹⁰ O termo *binge* corresponde ao ataque de comer compulsivo e repetitivo de uma grande quantidade de comida (RIBEIRO, 2010).

Inferese-se que a conduta de devorar e vomitar corresponde, respectivamente, a incorporação e a expulsão do *objeto-mãe*, a fim de manter a ilusão de que, por meio do objeto externo, o cuidador principal permaneça intacto e sobreviva ao seu ataque sádico canibal. Entende-se que a expulsão se refere a uma alternativa psíquica para eliminar a representação não assimilada e, ainda, de destruir o objeto que não sobreviveu anteriormente a sua manifestação agressiva (SINANIAN et al, 2014).

Esclarece-se que para que o indivíduo possa incorporar, integrar e assimilar o objeto, este precisa ser destruído e sobreviver. Sobreviver significa não retaliar, ou seja, não sofrer mudança em sua natureza e atitudes (DESSAIN, 2011). Deste modo, destruir é incorporar as propriedades e qualidades do objeto sobrevivente, mantendo-as dentro de si mesmo (CORCOS; DUPONT, 2007; DERONZIER, 2010). Percebe-se que os *objetos-cuidadores* de Helena não conseguiram sobreviver aos seus impulsos agressivos e amorosos e, assim, uma vez que as qualidades dos objetos transitórios não puderam ser incorporadas, foram consideradas ruins e perigosas e, portanto, a via encontrada para expeli-las do corpo foi por meio do vômito.

Nota-se, ainda, que após as crises compulsivas predominam níveis elevados de ansiedades depressivas e de culpabilidade que correspondem a tentativa, por meio da inibição, de proteger o que é amado de sua própria destrutividade e de reparar os danos causados pelas fantasias e impulsos agressivos. Supõe-se, ainda, que a culpa pode estar associada a inibição perante ao prazer vinculado ao *objeto-pai*.

Sobressalta-se, também, neste campo de sentido afetivo-emocional, a dinâmica e o funcionamento intersubjetivo entre os membros da tríade que estão associados aos significados atribuídos ao alimento e as condutas de ser alimentado e de alimentar.

De acordo com Winnicott (1936/2000), as ligações com o alimento refletem a conexão do indivíduo com o as relações de objetos interno e externo. Pressupõe-se, deste modo, que a ação alimentar/ser alimentado admite necessariamente uma relação intersubjetiva

complexa que perpassa corpos, desejos, lembranças e experiências fantasmáticas (DERONZIER, 2015).

De acordo com Deronzier (2015), a relação alimentar que sustenta o encontro entre a díade mãe-filho(a) e atende as demandas da criança é vivida como uma experiência subjetiva satisfatória e integradora da unidade psicossomática e do *self*. Envolve, ainda, a experiência de introjeção do vínculo, subjacente à alimentação e, da mesma forma, promove a abertura às relações inter-humanas e a travessia por uma experiência potencialmente simbólica (DERONZIER, 2018).

Compreende-se, ainda, que o alimento expressa simbologias e diferentes significados individuais, familiares e culturais (ALVARENGA, 2004; ARAÚJO, 2004). Deste modo, além de estar vinculado à relação emocional entre os seres humanos, o alimento se refere, também, à possibilidade de incorporar, assimilar e digerir as propriedades e as características dos cuidados recebidos (DERONZIER, 2015).

Estabelece-se, assim, uma correspondência entre a incorporação física e a incorporação psíquica (WINNICOTT, 1968a/2002), pois o alimento nutricional é vital para o crescimento físico e envolve os processos de ingestão, digestão, metabolização e de excreção. E, por sua vez, o alimento afetivo e íntimo é imprescindível para o desenvolvimento emocional que requer processos de introjeção, projeção, identificação e de elaboração psíquica (FRANÇA, 2011).

Nota-se que, para Helena o alimento comporta uma dimensão afetiva e, também, de controle de si mesma, do próprio caos e da vida. Trata-se, assim, de uma tentativa de *ser no mundo* por meio de um elo afetivo que remonta os primórdios da sua relação com o cuidador materno, na medida em que a oralidade é, no início da vida, uma via imperiosa de acesso e convite ao outro. Infere-se que *objeto-comida* se refere, em analogia, ao *objeto-cuidador-mãe*,

sendo este, o *objeto-afeto-perdido* na primeira infância e tão vorazmente procurado pela adolescente.

O conjunto de significados atribuídos ao alimento pela mãe inclui aspectos transgeracionais e uma natureza, essencialmente, quantitativa de controle. Entende-se que a mãe ofereceu o alimento à filha da mesma forma que recebeu em sua infância, visto que o alimento era rigidamente controlado por meio da contagem de escassas colheradas afetivas. Sob este aspecto, Winnicott (1969a/1994) afirma que a experiência da amamentação envolve a ideia de uma mãe que também foi alimentada e a esta se vinculam as próprias experiências e fantasias infantis relacionadas à própria maternagem.

O pai associa, por sua vez, o alimento ao desenvolvimento saudável da criança, sendo este considerado adequado e regular. Contudo, o discurso paterno contém manifestações subjetivas que não incluem a problemática alimentar da filha, desconsiderando o adoecimento no que concerne a bulimia nervosa. Deste modo, entende-se que embora o alimento fosse “adequado” e “regular”, o pai não conseguiu ir ao encontro e suprir as necessidades e demandas de Helena, bem como, promover o processo de desenvolvimento saudável.

Admite-se que, segundo a psicanálise, a alimentação compreende um campo da experiência psíquica em um tempo e espaço intersubjetivo que corresponde a assimilação das qualidades do vínculo inter-humano e das relações de cuidado, por meio do alimento cocriado. Segundo Winnicott (1949/2012), “o bebê mama não de uma coisa que contém leite, mas de uma propriedade pessoal cedida por momentos a uma pessoa que sabe o que tem a fazer com ela” (p. 51).

Deste modo, comer é incorporar o alimento em todos os aspectos que este se compõe e permitir-se receber, acolher e introjetar estas propriedades dentro de si mesmo. E, assim, à medida que as propriedades do objeto são simbolicamente incorporadas e integradas, engendra-se a constituição de uma identidade pessoal. Por sua vez, o ato de alimentar

corresponde a possibilidade de criar um espaço vincular compartilhado para a experiência espontânea e para a organização, a integração e a constituição subjetiva do ser humano (DERONZIER, 2010, 2015; GROSS, 2015).

Outro aspecto importante que este campo subjetivo abrange são as relações de alimentação, visto que estas perpassam os cuidados essenciais. Entende-se que o ato de alimentar é a forma mais primitiva de relação de cuidado entre o cuidador materno e o filho, sendo esta a base para a constituição subjetiva do indivíduo e, também, para as ulteriores experiências interpessoais. Embora, a relação com o alimento se inaugure na relação primária mãe-bebê, permanece acompanhando o indivíduo por toda a sua vida, na medida em que o protótipo relacional mediado pelo alimento refrata-se para todas as relações interpessoais.

Nota-se que, ao longo da vida de Helena, o *objeto-alimento-afeto* não foi oferecido de forma acessível, suficiente e adequado, o que remete as diversas falhas decorrentes das relações de cuidado que incluem a inconstância do cuidado, a ambivalência de estados emocionais dos cuidadores, assim como, a exposição precoce da criança às experiências concretas e traumáticas, a transitoriedade das figuras significativas e as sucessivas perdas e separações dos objetos de amor.

As manifestações subjetivas paternas acerca da oferta do alimento na primeira infância indicam a presença afetiva e a participação ativa na realização dos cuidados, em especial, ao oferecer o alimento à Helena. Além da presença afetiva na amamentação, pressupõe-se a adaptação paterna diante de uma função, inicialmente, desconhecida e até mesmo assustadora, uma vez que a partir dos três meses de vida, passou a ficar com Helena e a realizar este tipo de cuidado que era reservado à mãe.

Já as experiências maternas acerca do exercício da alimentação se fazem de forma ambivalente, pois a oferta do alimento era, segundo a mãe, prazerosa, porém seguia criteriosamente a orientação médica, o que revela a dificuldade em estabelecer uma relação

afetiva e sensível para perceber e oferecer o alimento conforme a demanda de Helena. Além disso, nota-se a imposição de intervalos de tempo, insuportavelmente longos ao bebê, sem a amamentação e, também, a introdução forçada de alimentos.

Sob este aspecto, a teoria psicanalítica winnicottiana ressalta que o êxito no exercício do cuidado infantil está relacionado à disponibilidade afetiva, sensível e ativa às demandas da criança e, deste modo, não dependem de conhecimento intelectual ou de manuais e instrução médicas (WINNICOTT, 1968b/2002). E, logo, verifica-se que Madá teve dificuldades na oferta dos cuidados essenciais e, em especial, na relação alimentar com a filha.

No tocante às relações intrafamiliares, a adolescente designou a mãe, de forma irônica, como “linda, suficiente, plena e sozinha”, atribuindo a ela características que incluem a frieza, a ausência, a sistematização, a perversidade e o distanciamento físico e emocional, sendo, assim, a *mãe-medusa*. Já o pai foi caracterizado, por Helena, como “coruja”, “babão”, “de coração mole” e afetuoso, em sua fase inicial do desenvolvimento. E, após a puberdade, foi descrito como distante e evitativo. Estabelece-se ao pai, a partir de trabalho associativo, a seguinte correspondência simbólica: “*pai me quer, mal me quer*”.

A adolescente se descreveu a partir de aspectos negativos que compreendem a desvalorização, a depreciação, o desmerecimento, a inadequação, assim como a inferiorização, a inexistência e a impotência (“ridícula”, “danificada”, “doente”, “carente”, “má”, “patética”, “paranoica”, “humilhada”, “ignorada”, “desprezada”, “menos importante em tudo”, “horrível”, “nojenta”, “lixo de ser humano”, “eu sou um nada” e “menos importante em tudo”). Em particular, a adolescente revelou desejar ser “magra”, “autossuficiente”, “bem linda, maravilhosa, plena e sozinha”, sendo estes qualificadores similares aos da mãe.

É possível observar, ainda, que Helena manifesta autoestima rebaixada, instabilidade emocional, culpabilidade e vergonha. Estas características psicológicas são correspondentes às aquelas identificadas em pacientes com bulimia nervosa, conforme

evidenciado na literatura especializada na área (ALBINHAC; JEAN; BOUVARD, 2019; GALVÃO; CLAUDINO; BORGES, 2006; HERZOG; EDDY, 2010; LEONIDAS; SANTOS, 2017; OLIVEIRA-CARDOSO; SANTOS, 2012; PERES; SANTOS, 2011).

Na configuração dos relacionamentos da tríade, depreende-se, da narrativa psicanalítica de Madá, a existência de qualificações ambivalentes acerca da filha. Mas, há o predomínio de aspectos negativos, de modo que dentre estes se destacam: fraqueza, inabilidade social, dramática, demandante, ingrata, bem como chorona, mimada, birrenta, manipuladora e, ainda, excluída, rejeitada e culpada. A propósito da autocaracterização materna, prevalecem descrições que indicam a austeridade, bem como a autoexigência, a insatisfação e o auto reassuramento em relação a si mesmo, como exemplificado a seguir: forte, obstinada, objetiva, crítica, corretiva, resoluto, irremissível, assertiva, cruel, rígida, perversa, “mãe de primeira viagem”. No que se refere aos aspectos positivos acerca da filha, encontram-se: desejada, “*cute*”, “*amorzinho*”, “*esperta, carinhosa, espoleta, recatada e calminha*”. Já sobre o pai, a mãe o define como sendo passivo, submisso, dominado, “*adulador*” da filha e, também, bom companheiro, amável e atencioso com a filha.

A narrativa psicanalítica de José revelou impressões subjetivas acerca das características de Helena que são expressivamente positivas e revelam a percepção positiva paterna sobre a filha, entre estas se encontram: desejada, amada, esperada com muito amor, saudável, adaptável, companheira inseparável, atenciosa, bem como cuidadosa, inteligente, independente, “*de opinião*”, bonita, bondosa e complacente. Destaca-se, por outro lado, o reconhecimento de ingratidão de Helena por não compartilhar com ele sobre o TA. No que tange as características de Madá, verifica-se que José não atribui atributos específicos a ela, mas enfatiza a dimensão familiar de forma integrada que sugere a evitação do pai em se referir particularmente ao que Madá representa pra ele. Nesse sentido, o pai descreveu que as relações familiares eram pacíficas, boas, agradáveis e que havia uma parceria e união familiar.

Outro dado importante que instiga atenção é a ausência do reconhecimento dos pais sobre o adoecimento e sofrimento de Helena. Ambos negam a manifestação de bulimia nervosa na filha e alegam que a problemática desta está associada à obesidade.

Nota-se que a mãe conseguiu identificar a existência de uma angústia subjacente aos sintomas de Helena, mas enfatizou que esta era apenas manifestações de vitimização e de autopiedade da filha. De acordo com a mãe, a filha tinha condutas de autocompaixão e de identificação com os “rejeitos”. Percebe-se que, segundo sua perspectiva, Helena é que tinha ocupado o lugar do vazio, da rejeição e do desprezo e a função de salvadora e cuidadora dos seus iguais.

Entende-se que o cuidado desafetado e perverso realizado na infância foi mantido na adolescência de Helena, levando-a de forma precoce a crescer sem ter recursos internos e externos para fazê-lo. Além de não reconhecer o adoecimento da filha, sendo este visto como frescura e forma de chamar atenção, Madá enaltece e reconhece a necessidade das condutas de controle da alimentação de Helena. Infere-se, dessa forma, a projeção de conteúdos internos da mãe sobre a filha, ao controlar e mantê-la em condições de sofrimento tantalizadores.

Por sua vez, o pai em um processo de adoecimento psíquico configurado sobre modalidades de indiferença e de luto não reconheceu o adoecimento e nem o sofrimento de Helena. Entende-se que a negação da condição da filha remete à incapacidade deste em se aproximar das suas experiências emocionais relacionadas a filha, em razão do temor da cena incestuosa. Infere-se que os desejos e as fantasias associados ao *objeto-filha* foram recalcados, sendo esta transfigurada como inexistente em seu campo de relações afetivas. Percebe-se que o pai por não ter sido convidado para a partilha da intimidade da filha, o faz se sentir injustiçado e não reconhecido por todos os cuidados que havia dispensado a ela.

No que se refere a manifestação do adoecimento psíquico de Helena, entende-se, de acordo com Pichon-Rivière (1983/2000), que o transtorno emerge como principal resultante

de conflitos não resolvidos e das disfunções familiares e, ainda, revela a patologia familiar subjacente. Segundo Minuchin (1974/1990), indivíduos acometidos por transtornos alimentares enquadram-se no que o autor denomina de “famílias psicossomáticas”, na medida em que os membros da família apresentam sucessão de patologias somáticas. Sob este aspecto, observa-se que a mãe apresenta um conjunto de doenças psicossomáticas (refluxo, dor no estômago, um câncer de mama, dermatite e artrite). Por sua vez, o pai já foi acometido por obesidade e, por fim, a filha vivia sob diversas intercorrências psicossomáticas graves que incluem a bulimia nervosa, a obesidade, a asma e a gastrite.

Apreende-se, com base nas contribuições de Mello Filho (2010), que a “*Família de extremos*” apresenta um *modus faciendi* desorganizado, caótico e disfuncional e veicula aspectos inter e transgeracionais que indicam acontecimentos traumáticos que marcaram a organização familiar. O autor esclarece que as modalidades recorrentes de doenças psicossomáticas dentro de uma unidade familiar se alternam e se expressam de vários modos e precisam ser compreendidas de acordo com as características de funcionamento e de composição familiar, assim como devem ser consideradas as histórias e pré-histórias dos membros da tríade.

Inferi-se, a partir dos pressupostos de Pichon-Rivière (1983/2000), que a alternância das doenças psicossomáticas em Helena, uma vez que na infância foi acometida pela obesidade e após a adolescência passou a manifestar bulimia nervosa, indica um papel e função central na organização e manutenção do equilíbrio familiar. Concebe-se que devido a gravidade do transtorno manifestado, Helena é a depositária das ansiedades, tensões, aspectos ruins da família e da enfermidade coletiva, sendo, portanto, o bode-expiatório do grupo que opera a função de auxiliar a si mesma e, inevitavelmente, o conjunto familiar.

Por fim, destaca-se, da análise horizontal das narrativas psicanalíticas, que materiais psíquicos não elaborados decorrentes das falhas nos cuidados parentais de Madá foram

transmitidos psiquicamente pela via transgeracional para a relação de cuidado com a própria filha por meio da identificação projetiva.

Este fenômeno em pacientes acometidos por TAs também foi reconhecido em outros estudos de referência na área (ADAMI-LAUAND; MOURA; PESSA, 2016; ADAMI-LAUAND; RIBEIRO, 2011; DERONZIER, 2015; 2018, LEONIDAS; SANTOS, 2015a; 2015b; MIRANDA, 2010; MOURA; SANTOS; RIBEIRO, 2015; SIQUEIRA; DOS SANTOS; LEONIDAS, 2020; VALDANHA; SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2013; VALDANHA-ORNELAS; SANTOS, 2017).

Observa-se que tanto as relações de cuidado quanto a configuração do vínculo entre mãe e filha sofreram influência dos legados inconscientes não metabolizados, de modo que o tipo de cuidado organizado sob a rigidez, a perversão e a técnica atravessaram as gerações e se impôs em estado bruto à Helena. Já no que diz respeito às relações de cuidado com foco na alimentação, percebe-se que Madá realizou a alimentação da filha com base na herança psíquica da sua própria história de relacionamento alimentar que foi constituída pelo controle, ameaça, invasão e desafeto. Logo, infere-se que mãe e filha partilham da mesma fome afetiva.

A propósito da relação intersubjetiva entre mãe e filha, nota-se a transmissão transgeracional tanto vertical (Mãe da Madá, Madá e Helena) quanto horizontal (Madá e filha) de conteúdos irrepresentáveis decorrentes da experiência de privação materna, distanciamento emocional, perversidade e punição.

Verifica-se, portanto, a configuração da cadeia traumática transgeracional em que materiais psíquicos sem elaboração vinculados aos cuidados maternos e o vínculo entre mãe e filha foram passados da mãe para Madá e, por sua vez, desta para a filha. Infere-se que Madá tentou expulsar partes de sua história colapsada transmitindo os conteúdos traumatizantes decorrentes de suas relações de cuidado sobre Helena, destinando-a, deste modo, à herança do *não-vivido*, do *não-saber*, do *não-ser* e do *não-lugar*.

Percebe-se que a presença de Helena se faz na vacuidade do espaço familiar. As condições de *não-existência*, de *não-saber* e de *não-integração* são decorrentes das falhas das relações de cuidados que são embasadas na rigidez, ausência e controle. A família se compõe de partes fragmentadas não acessíveis que conduziram e ainda conduzem a adolescente à experiência de sofrimentos máximos. E, dessa maneira, por meio dos atos-sintomas, Helena encontrou, mesmo de modo precário, uma forma de sobreviver psiquicamente ao caos familiar.

Observa-se que Helena desamparada à mercê do próprio vazio, percebe a maciça indiferença e descaso familiar com o seu adoecimento e sofrimento. E, embora, os sintomas bulímicos de voracidade e de purgação fossem “impossíveis de não serem percebidos”, a adolescente continuava a não ser vista, percebida, acolhida e escutada, configurando-se como uma estrangeira familiar e a si mesma.

Desesperadamente e ávida pelo *objeto-cuidador* perdido, Helena buscou ser cuidada, desejada, amada e aceita em suas particularidades, a fim de alcançar sua existência e integração. Entretanto, a adolescente não teve permissão familiar para fazer morada em seu próprio corpo em razão da rigidez e ausência materna e do cuidado técnico e estimulador do pai. Deste modo, como não teve abertura para se inserir no espaço familiar compartilhado, Helena manteve-se suspensa de si mesma, fazendo do corpo via de extravasamento da inimaginável dor psíquica.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os transtornos alimentares correspondem a modalidades de sofrimento e adoecimento psíquico de intensidades intoleráveis que denunciam por meio do corpo a fragilidade da constituição psíquica, a porosidade dos limites psicossomáticos e a precariedade do processo simbólico. Constituem-se pela relação complexa e combinada de diversos fatores indissociáveis de natureza biológica, hereditária, individual, sociocultural e familiar que concorrem para a predisposição, a precipitação e a manutenção dos transtornos alimentares.

A partir das expressivas evidências científicas disponíveis na literatura acerca da influência dos aspectos do funcionamento familiar para a manifestação dos transtornos alimentares, priorizou-se, neste estudo, a compreensão dos significados afetivo-emocionais associados às relações de cuidado na perspectiva de uma adolescente acometida por bulimia nervosa e seus pais.

Esclarece-se que a família se constitui como fator importante para a compreensão, a prevenção, a assistência e o tratamento de pessoas diagnosticadas com transtornos alimentares. Deste modo, torna-se necessária a inclusão do conjunto ambiental, composto pela família, nas intervenções psicológicas e nas investigações científicas porque ambos desempenham funções e papéis específicos nas relações de cuidado.

Os encontros clínicos intersubjetivos entre os participantes e a pesquisadora-psicóloga realizados em torno da entrevista clínica mediada pelo Procedimento de Desenho-Estória com Tema foram apresentados por meio das narrativas psicanalíticas que, por sua vez, permitiram a captação interpretativa dos campos de sentido afetivo-emocional subjacentes às experiências emocionais das relações de cuidado dos membros da tríade familiar.

Alinhado às contribuições psicanalíticas winnicottianas acerca da apresentação de objetos, entende-se que a produção de conhecimento sobre a dramática vivencial humana

comporta a criação gestual e interpretativa de múltiplos, mutantes e inesgotáveis sentidos. Faz-se, assim, um convite provocativo ao leitor para se aventurar nas narrativas psicanalíticas, com base numa conduta de atenção flutuante e associação livre, para que a partir das próprias ideias, associações e sensações possa completar ou modificar o desenho em busca de novos sentidos, contribuindo para o ininterrupto devir desta construção compartilhada.

Admite-se, neste estudo, que a compreensão dos significados e das experiências emocionais dos membros da tríade abarca um universo biográfico-relacional complexo e paradoxal que resguarda a profundidade de vivências múltiplas e pessoais, visto que o ser humano é atravessado por aspectos particulares, familiares, socioculturais e transgeracionais.

A captação dos campos de sentido afetivo-emocionais possibilitou o acesso aos significados e as experiências acerca das relações de cuidado, a partir dos quais foi possível compreender o desenvolvimento dos processos de integração, de personalização e de realização da adolescente, articulando-o aos sintomas da bulimia nervosa, por meio da exploração do funcionamento e dinamismo familiar e das características relacionadas ao cuidado e a alimentação.

Apreendeu-se um campo de sentido afetivo-emocional mais amplo que contempla o universo integrado de significados da tríade familiar denominado “*A família de extremos: o cuidado (des)afetado*”. Articulado a este, identificaram-se campos subjetivos específicos a cada membro da tríade com ênfase nas relações de cuidado. Esclarece-se que os campos individuais resguardam peculiaridades associadas a forma com que cada participante sente, percebe e organiza suas experiências pessoais acerca dos cuidados.

O conjunto de campos particulares de Helena constituiu-se por: “*A morada do estrangeiro: vazios infinitos vorazes*”, “*Onde está a mamãe? A falta que se faz presente*”, “*A infância que não foi: privação e desejo*”, “*Peso morto: o estranho que habita*” e, por fim, “*Para além de terras estrangeiras: louca, só e má*”. No que diz respeito aos significados

maternos acerca do cuidado, estes se encontram desvelados nos seguintes campos de sentido: *“Colheradas de des(amor): resquícios psíquicos”*, *“Réu-confessa: entre ela, eu e o outro”*, *“A analista-mãe”*, *“O fantasma materno, esta estranha herança”* e *“A fome: tão íntima, tão estranha e tão familiar”*. Por fim, os campos que comportam os significados emocionais paternos atribuídos às experiências de cuidado são: *“À espera do vir a ser: o devir oculto”*, *“Entre o ser e o fazer: o seio que é e o seio que faz”*, *“A boa e pacífica convivência familiar: a dissimulada perfeição”*, *“Menina madura: objeto de cuidado ou objeto do desejo?”* e *“O corpo-sintoma: a voracidade partilhada”*.

O conjunto dos dados apreendidos permitiu identificar que as relações de cuidado da unidade familiar são caóticas, inconstantes e ambivalentes. Configuram-se pela impermanência de vários cuidadores que realizaram os cuidados à adolescente de acordo com a disponibilidade e as características pessoais, cuja inconstância, descontinuidade e imprevisibilidade ambiental concorreram para distorções no processo de desenvolvimento emocional da adolescente acometida pelo transtorno alimentar.

Evidencia-se que os cuidados se organizaram em torno de experiências de excesso de ausência e de invasões dos cuidadores e se constituíram por modalidades de intensidades e qualidades variadas de cuidados que incluem, principalmente, a rigidez, a insuficiência, a técnica, o desafeto, a hostilidade, bem como o distanciamento, a estimulação, a incomunicabilidade e a obsessividade por regras e limpeza. Ressalta-se também que houve a oferta de cuidados afetuosos, sensíveis e continentos, porém estes foram fortuitos e subjugados à disponibilidade física e emocional dos cuidadores e das atividades cotidianas.

Os significados emocionais atribuídos pela adolescente ao cuidado realizado pela mãe comportam a inflexibilidade, a perversão, a frieza, a incompreensão e, ainda, a privação e o distanciamento. Já os cuidados ofertados pelo pai são reconhecidos por Helena como

maternais. Porém, após a puberdade, configuraram-se como evitativos, ausentes e distantes físico e emocionalmente.

Infere-se que, por meio do adoecimento psicossomático configurado pela bulimia nervosa, a adolescente buscou, de forma radical, porém, esperançosa, um modo de existir. Entende-se que o extremismo presente no cuidado é evidenciado na manifestação psicopatológica da adolescente que abarca o *tudo* e o *nada*. Visto que o “*tudo*” se refere à compulsão ávida pelo *objeto-comida* e a repetição das condutas maníacas e atuadas que estão associadas aos excessivos e estimulantes cuidados paternos ao seu corpo e, também, correspondem a tentativa de incorporação do *objeto-cuidador-mãe* perdido. E, por outro lado, tem-se o “*nada*” que se organiza em torno da manutenção de espaços de vazios dentro de si mesma por meio da restrição dietética e do vômito, a fim de eliminar os objetos persecutórios, além de se proteger das invasões dos cuidados parentais e preservar um espaço interno para o seu *vir a ser*.

O conjunto de significados e das experiências afetivo-emocionais da mãe e do pai revelam as dificuldades, o estranhamento, o adoecimento e o próprio desamparo dos pais em realizar os cuidados essenciais ao longo da vida de Helena de forma integral, afetiva, adequada e constante de acordo com as demandas desta, em um espaço compartilhado, de modo que pudesse promover de forma humana a inauguração de experiências relacionais espontâneas, a constituição subjetiva da adolescente e, ainda, a elaboração e a integração das próprias vivências relacionadas aos cuidados parentais recebidos.

Em especial, evidencia-se em Madá que o conjunto de significados atribuídos ao cuidado e a relação com a filha abrange aspectos transgeracionais decorrentes das falhas intrusivas e recorrentes das relações de cuidado com a própria mãe, associados ao controle, ao sadismo, a intolerância, a punição, a retaliação e a ausência de afeto. Já os significados que José conferiu às relações de cuidado com Helena na infância contemplam o afeto, a intimidade e a

proximidade emocional, porém após a puberdade a relação pai-filha sofreu transformações significativas, passando a ser de natureza evitativa, impessoal e distante.

As características da organização parental nas relações de cuidado se constituem pela inversão de papéis e funções entre a mãe e o pai. Identificou-se que a mãe realizou a função paterna devido as suas características de controle, dominação, firmeza, objetividade e rigidez. Em contrapartida, o pai configurou-se como o cuidador principal e atuou como mãe-substituta, exercendo, assim, a função materna no atendimento das necessidades físicas e emocionais de Helena.

No tocante a organização familiar, observa-se que outras pessoas também participaram de forma significativa da realização dos cuidados de Helena, o que evidencia aspectos disfuncionais na dinâmica familiar. Nota-se, ainda, tensão emocional contínua associada às ansiedades persecutórias e retaliadoras, comunicações empobrecidas, relações distanciadas e pouco afetivas, bem como a saturação de sentimentos e conteúdos emocionais não processados dos pais que incidiram sobre a relação com a filha.

Os dados encontrados no estudo evidenciam que em um período precoce do processo de desenvolvimento emocional da adolescente ocorreram reiteradas falhas e discontinuidades no exercício e na qualidade dos cuidados parentais, em especial, na realização da amamentação e da alimentação que concorreram para a mobilização de perturbações no campo psicossomático-alimentar e para a predisposição a uma condição de vulnerabilidade e desamparo psíquico que, por sua vez, podem ter levado a adolescente à suscetibilidade do transtorno alimentar.

Verifica-se a existência de múltiplas falhas ambientais vinculadas à particularidade da dinâmica, da organização e das características das relações de cuidado de Helena. Infere-se que as alterações qualitativas e técnicas na sustentação física e emocional acarretaram para a impossibilidade de Helena em se integrar de forma total em uma unidade existencial e para

prejuízos na constituição de um sentido de si mesma, tornando, assim, o corpo a superfície de inscrição das representações não processadas. As falhas na oferta do *holding* suscitaram, também, a mobilização de experiências dissociadas, irrepresentáveis e não integradas.

As recorrentes e incisivas falhas no manejo do corpo de Helena nos estágios iniciais do desenvolvimento associadas ao cuidado técnico, invasivo e sem o devido investimento afetivo resultou na incapacidade de alcançar uma organização psicossomática e tornar o corpo morada do *self*. Além de concorrer para *déficits* na aquisição de um esquema corporal integrado e de uma identidade corpórea, bem como para dificuldades em elaborar imaginativamente as funções do corpo.

Inferre-se que a apresentação do mundo à Helena de forma precoce, abrupta e violenta instaurou fraturas no processo simbólico, assim como a impossibilitou em integrar as experiências no campo da ilusão e em estabelecer relacionamentos integrados com os objetos. Nota-se que a adolescente no decorrer de sua trajetória foi submetida a diversas e intensas deprivações ambientais que a conduziram à vivência de experiências vorazes, retaliatórias, agressivas e de desilusão na busca do *objeto-cuidador*, devido a não sobrevivência deste às suas manifestações pessoais.

Com base nos campos de sentido afetivos-emocional captados a partir das narrativas psicanalíticas, observa-se que o alimento nutritivo e emocional se configurou como elemento central das relações de cuidado e ordenador da realidade psíquica de Helena e, também, de significativa importância para os pais. As diversas falhas nos cuidados parentais relacionadas à apresentação dos objetos, em especial, a alimentação e o investimento afetivo revelam-se como fatores originários para as perturbações na constituição psíquica que podem, por sua vez, ter concorrido para a configuração da singularidade sintomatológica da bulimia nervosa.

Como sugestão para futuros estudos, revela-se a necessidade de investigações mais aprofundadas sobre a especificidade das relações de cuidado e a promoção dos processos psíquicos de integração, personalização e realização em pacientes com transtornos alimentares. Sugere-se, ainda, a realização de estudos para conhecer os significados e as experiências afetivo-emocionais de outros pacientes acometidos por bulimia nervosa e seus pais, assim como em pacientes com outros transtornos alimentares.

A partir da análise interpretativa em profundidade de um caso de uma adolescente e sua unidade familiar com base no referencial psicanalítico winnicottiano, o estudo fornece contribuições para a compreensão das relações de cuidado que incluem a função alimentar no decorrer do processo de desenvolvimento emocional, de modo que estas podem se configurar como fatores etiológicos para a precipitação e a manutenção da bulimia nervosa em adolescentes.

Torna-se imprescindível, portanto, investigar a complexidade das relações de cuidado entre as figuras parentais e os filhos(as) adolescentes acometidos(as) por transtorno alimentar, a fim de promover um espaço psicoterapêutico de acolhimento aos membros da tríade para que, assim, possam se sentir seguros para lidar com as dificuldades relacionadas às implicações do transtorno alimentar e, também, para a elaboração de conflitos psíquicos de experiências traumáticas *não-vividas* e irrepresentáveis.

REFERÊNCIAS

AB'SABER, T. A. M. Sobre o corpo de Winnicott. In: VOLICH, R. M.; FERRAZ, F. C.; RANÑA, W. (Orgs.). *Psicossoma IV: corpo história e pensamento*. São Paulo: Caso do Psicólogo, 2008, p. 121-137.

ABRAHAM, N. (1963) O crime da introjeção. In: ABRAHAM, N.; TOROK, M. *A casca e o núcleo*. Tradução Maria José R. Faria Coracini. São Paulo: Escuta, 1995. p.119- 226.

ABRAM, J. *A linguagem de Winnicott. Dicionário das Palavras e Expressões utilizadas por Donald W. Winnicott*. Tradução Marcelo Del Grande da Silva. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

ACHIM, J. et al. Perspective de la maternité et troubles des conduites alimentaires: une exploration de l'univers de «l'avant-conception». *L'évolution psychiatrique*, Paris, v.77, p.247–264, 2012.

ADAMI-LAUAND, C. B; MOURA, F. E. G. A.; PESSA, R. P. Relação mãe-filha: repercussões psicológicas dos cuidados maternos. In: WEINBERG, G. (Org.). *Psicanálise dos transtornos alimentares II*. São Paulo: Primavera Editorial, 2016, p. 84-97.

ADAMI-LAUAND, C. B; RIBEIRO, R. P. P. A herança transgeracional nos transtornos alimentares: algumas reflexões. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 927-942, 2011.

AFIFI, T. O. et al. Child maltreatment and eating disorders among men and women in adulthood: Results from a nationally representative United States sample. *The International journal of eating disorders*, v. 50, n. 11, p. 1281–1296, 2017.

AIELLO-VAISBERG, T. M. J. O uso de procedimentos projetivos na pesquisa de representações sociais: Projeção e transicionalidade. *Psicologia USP*, São Paulo, v.6, n.2, p. 103-127, 1995.

AIELLO-VAISBERG, T. M. J. Os monstros, o método e o estabelecimento da capacidade ética. In: AIELLO-VAISBERG, T. M. J.; AMBROSIO, F. F. (Orgs.). *Cadernos Ser e Fazer: Reflexões Éticas na Clínica Contemporânea*. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2005. p. 9-26.

AIELLO-VAISBERG, T. M. J. et al. Les récits transférenciels comme presentation du vécu clinique: une proposition méthodologique. In: BEAUNE, D. (Org.). *Psychanalyse, Philosophie, Art: Dialogues*. Paris: Lille: L'Harmattan. 2009, p. 39-52.

AIELLO-VAISBERG, T. M. J.; MACHADO, M. C. L. Transicionalidade e fisionomia coletiva. In: AIELLO-VAISBERG, T.; AMBROSIO, F. F. (Orgs.). *Cadernos ser e Fazer: apresentação e materialidade*. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2003. p. 60-65.

AIELLO-VAISBERG, T. M. J.; MACHADO, M. C. L. Transicionalidade e ensino de psicopatologia: pensando “aulas práticas” com Winnicott. In: *Passages de Paris*, v. 1, p. 176-185, 2005a.

AIELLO-VAISBERG, T. M. J.; MACHADO, M. C. L. Narrativa: o gesto do sonhador brincante. In: ESTADOS GERAIS DA PSICANÁLISE, 2005, Rio de Janeiro. *Trabalhos do IV Encontro Latino Americano dos Estados Gerais da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Estados Gerais da Psicanálise, 2005b.

AIELLO-VAISBERG, T. M. J., MACHADO, M. C. L. As narrativas transferenciais como apresentação do acontecer clínico: uma proposta metodológica. In: I Jornada internacional de pesquisa em psicanálise e fenomenologia, 2007, Campinas. *Trabalhos e resumos da Primeira Jornada de Pesquisa em Psicanálise e Fenomenologia*. Campinas: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2007. p. 31-46.

AIELLO-VAISBERG, T. M. J.; MACHADO, M. C. L. Pesquisa psicanalítica de imaginários coletivos à luz da Teoria dos Campos. In: MONZANI, J.; MONZANI, L. R. (Org.). *Olhar: Fábio Herrmann - uma viagem psicanalítica*. São Carlos: Pedro e João/CECH – UFSCar, 2008. p. 311-324.

AISEMBERG, E. R. Dor física versus dor psíquica. In: BÉJAR, V. R. (Org.) *Dor Psíquica, Dor Corporal: uma Abordagem Multidisciplinar*. São Paulo: Blucher, 2017, p. 33- 45.

ALBINHAC, A. M. H.; JEAN, F. A. M.; BOUVARD, M. P. Étude du lien parental dans l'enfance chez les enfants et adolescents avec anorexie mentale. *Encephale*, v.45, n. 2, p. 121-126, 2019.

ALLEN, K.L. et al. Maternal and family factors and child eating pathology: Risk and protective relationships. *Journal of Eating Disorders*, v. 2, n. 1, 2014.

ALVARENGA; M.; DUNKER, K. L. L. Padrão e comportamento alimentar na anorexia e na bulimia nervosa. In: PHILIPPI, S. T, ALVARENGA, M. *Transtornos alimentares: uma visão nutricional*. São Paulo: Manole, 2004. p. 131-48.

AMBROSIO, F. F.; AIELLO-FERNANDES, R.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. Pesquisando sofrimentos sociais com o método psicanalítico: considerações conceituais.

Anais da XI Jornada Apoiar – Adolescência: Identidade e Sofrimento na Clínica Social, São Paulo, SP, 2013.

AMIANTO, F. et al. Personality development characteristics of women with anorexia nervosa, their healthy siblings and healthy controls: What prevents and what relates to psychopathology? *Psychiatry Research*, v. 187, n. 3, p. 401-9, 2011.

ANDERSÉN, M.; BIRGEGÅRD, A. Diagnosis-specific self-image predicts longitudinal suicidal ideation in adult eating disorders. *The International journal of eating disorders*, v. 50, n. 8, p.970-978, 2017.

ANDRADE, M. L. *A experiência parental e o desenvolvimento do Self em crianças obesas*. 225 f. (Tese de Doutorado). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

ANTHONY, T. M.; YAGER, J. Considerações culturais nos transtornos da alimentação. In: YAGER, J.; POWERS, O. S. (Orgs.). *Manual clínico de transtornos da alimentação*. Tradução Celeste Inthy. Porto Alegre: Artmed; 2010. p. 414-434.

ARAÚJO B. C. Aspectos psicológicos da alimentação. In: PHILIPPI, S.T., ALVARENGA, M. *Transtornos alimentares: uma visão nutricional*. Barueri: Manole; 2004. p. 103-117.

ARAUJO, Á. C.; LOTUFO NETO, F. A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais: o DSM-5. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*. São Paulo, v. 16, n. 1, p. 67-82, 2014.

ARAÚJO, B. C. Aspectos psicológicos da alimentação.. In: PHILIPPI, S. T.; M. ALVARENGA, M. (Orgs.). *Transtornos alimentares: uma visão nutricional*. São Paulo: Manole, 2004. p. 103.117.

ARCELUS, J. et al. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. *Archives of General Psychiatry*, v.68, n. 7, p. 724–731, 2011.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *DSM-5 – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Tradução Maria Inês Corrêa Nascimento et al. 5.ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *DSM-IV-TRTM – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: Texto revisado*. Porto Alegre: Artmed, 2002.

ASTUDILLO, R. et al. Child sexual abuse as a risk factor in eating disorders. In: MORTON, N. *Eating disorders. prevalence, risk factors and treatment options*. Nova Iorque: Nova Science Publishers, 2016. p.149-172.

ÁVILA, C. F.; TACHIBANA, M.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. Qual é o lugar do aluno com deficiência? *Paideia*, v.18, n. 39, p.155-164, 2008.

AVILA, L. A. O corpo, a subjetividade e a psicossomática. *Tempo psicanalítico*. Rio de Janeiro, v. 44, n. 1, p. 51-69, 2012.

BAILER, U. F; KAYE, W. H. A review of neuropeptide and neuroendocrine dysregulation in anorexia and bulimia nervosa. *Curr Drug Targets CNS Neurol Disord*; v.2, n.1, p. 53-9, 2003.

BALOTTIN, L. et al. The parental bonding in families of adolescents with anorexia: attachment representations between parents and offspring. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, v. 13, p. 319–327, 2017a.

BALOTTIN, L. et al. Triadic interactions in families of adolescents with anorexia nervosa and families of adolescents with internalizing disorders. *Frontiers in psychology*. v. 7, 2046, 2017b.

BARANOWSKA, B.; KOCHANOWSKI, J. Neuroendocrine aspects of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Neuro Endocrinol Lett*; v.39, n. 3, p. 172-178, 2018.

BARCELLOS, T. F.; TACHIBANA, M.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. A gravidez precoce no imaginário coletivo de adolescentes. *Psicologia Teoria e Prática*, v. 12, n. 1, p. 85-96, 2010.

BARROS, C. A. S. M.; JAEGER, M. A. Família magra, família purgativa. In: MELLO FILHO, J. de; BURD, M. (Orgs.). *Doença e família*. 2ª. Ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. p. 285-298.

BECK. F. ; MAILLOCHON, F. ; RICHARD, J. B. Conduites alimentaires perturbées des jeunes: Entre facteurs sociaux et détresse psychologique. *Agora débats/jeunesses*, Paris, n. 63, p. 128-139, 2013.

BEHAR, A., R.; ARANCIBIA, M, M. Trastornos alimentarios maternos y su influencia en la conducta alimentaria de sus hijas(os). *Revista chilena de pediatría*, v. 85, n. 6, p. 731-739, 2014.

BÉJAR, V. R. Contribuições da psicossomática psicanalítica à clínica contemporânea. *Psicanálise*. v. 17, n. 2, p. 178-199, 2015.

BÉJAR, V. R. Dor corporal e dor psíquica: discursos do corpo. In: _____ (Org.). *Dor Psíquica, Dor Corporal: uma Abordagem Multidisciplinar*. São Paulo: Blucher, 2017, p. 121-146.

BELMONT, S. A. Refletindo a alegria, a beleza e a criatividade no espelho de D. W. Winnicott. In: MOTTA, I. F. (Org.) *Psicanálise no século XXI: as conferências brasileiras de Robert Rodman*. Aparecida, SP: Idéias & Letras, 2006. p. 237-263.

BENNINGHOVEN, D. et al. Body image in patients with eating disorders and their mothers, and the role of family functioning. *Comprehensive Psychiatry*, v. 48, n. 2, p.118-123, 2007.

BIDAUD, E. *Anorexia mental, ascese, mística: uma abordagem psicanalítica*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1998.

BIGHETTI, F. et al. Tradução e validação do Eating Attitudes Test em adolescentes do sexo feminino de Ribeirão Preto, São Paulo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 53, n. 6, p. 339-346, 2004.

BIRMAN, J. *Mal-estar na atualidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

BIRMAN, J. *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. 6. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.

BIRMAN, J. Sujet et pouvoir dans la contemporanéité. Sur la souffrance et la douleur dans les formes de subjectivation, *Recherches en psychanalyse*, Paris, v. 15, p. 11-22, 2013.

BIRMAN, J. *Cartographie du contemporain: espace, douleur et détresse dans l'activité*. Lyon, Parangon/Vs, 2009.

BLEGER, J. (1963). *A psicologia da conduta*. 2. ed. Tradução Emilia de Oliveira Diehl. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

BLEGER, J. *Temas de Psicologia: entrevista e grupos*. Trad. Rita Maria M. de Moraes. Rev. Luis Lorenzo Rivera. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

BORDET, J. al., Alimentation et transmission mère-enfant. *Champ psy*, n. 60, p. 63-78, 2011/2.

BOTTA, R. A, DUMLAO, R. How do conflict and communication patterns between fathers and daughters contribute to or offset eating disorders? *Health communication*, v. 14, n. 2, p.199-219, 2002.

BOUCHEREAU, D.; CORCOS, M. The role of fathers in eating disorders. *Revue du Praticien*, v.58, n. 2, p. 150, 2008.

BRADLEY, M. F.; PAUZÉ, R. Étude sur la résolution des tâches développementales chez les familles d'adolescents présentant une dysfonction alimentaire. *Thérapie Familiale, Revue Internationale en Approche Systémique*, v. 30, n. 3, p. 353-377, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Caderneta de saúde da adolescente*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 466, 2012. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília, 13 jun. 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *IMC em crianças e adolescentes*. Brasília, 2017. Disponível em: < <http://portalms.saude.gov.br/artigos/804-imc/40510-imc-em-criancas-e-adolescentes> > Acesso em 26 out. 2018.

BROWN, M.; HOCHMAN, A.; MICALI, N. Emotional instability as a trait risk factor for eating disorder behaviors in adolescents: sex differences in a large-scale prospective study. *Psychological Medicine*, p. 1-12, 2019.

BROWN, T. A.; HAEDT-MATT, A. A.; KEEL, P. K., Personality pathology in purging disorder and bulimia nervosa. *The International Journal Of Eating Disorders*, v44, n. 8, p. 735-40, 2011.

BRUCH, H. *Eating disorders, obesity, anorexia nervosa, and the person within*. New York: Basic Books, 1973.

BRUCH, H. *The golden cage: the enigma of anorexia nervosa*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1978.

BRUSSET, B. Bulimia: introdução geral. In: URRIBARRI, R. *Anorexia e bulimia*. São Paulo: Escuta, 1999. p. 91-97.

BRUSSET, B. Introdução geral. In: BRUSSET, B.; COUVREUR, C; FINE, A. (Orgs.). *A bulimia*. São Paulo: Escuta, 2003. p.7-13.

BRUSTENGHI, F. et al. Eating disorders: the role of childhood trauma and the emotion dysregulation. *Psychiatria Danubina*. v. 31, n. 3. p. 509-511, 2019.

BUCARETCHI, H. A. Anorexia e bulimia nervosa: a constituição psíquica. In: BUCARETCHI, H. A. *Anorexia e bulimia nervosa: uma visão multidisciplinar*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 27-42.

BULGARÃO, R. F. Diálogos (Im)Pertinentes do Corpo: a enunciação do psíquico In: BRUNO, C. A. N. B. (Org.). *Distúrbios alimentares: uma contribuição da psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago; 2010. p. 265-274.

BURD, M. Obesidade e família. In: MELLO FILHO, J. de; BURD, M. (Orgs.). *Doença e família*. 2ª. Ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. p. 299-310.

BUSSE, S. R.; SILVA, B. L. Transtornos alimentares. In: BUSSE, S. R. (Org.). *Anorexia, bulimia e obesidade*. Barueri, SP: Manole, 2004. p. 31-110.

CALIL, R. C. C.; ARRUDA, S. L. S. Reflexões sobre o método qualitativo em ciências humanas. In: GRUBITS, S.; NORIEGA, J. A. V (Orgs.). *Método qualitativo: epistemologia, complementariedades e campos de aplicação*. São Paulo: Vetor, 2004. p. 93- 104.

CAMARGO, I. Anorexia e bulimia: o negativo do corpo – um colar de pérolas sem fio. In: BUCARETCHI, H. A. (Org.). *Anorexia e Bulimia Nervosa: uma visão multidisciplinar*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

CAMBRAIA, R. P. B. Aspectos psicobiológicos do comportamento alimentar. *Revista de Nutrição*, Campinas, v.17, n.2, p. 217-225, 2004.

CAMBUÍ, H. A. *Sofrimento psíquico contemporâneo: um estudo psicanalítico do imaginário coletivo de estudantes de psicologia*. 2013. 177f. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Faculdade de Ciências, Bauru, 2013.

CAMBUÍ, H. A.; NEME, C. M. B. O sofrimento psíquico contemporâneo no imaginário coletivo de estudantes de Psicologia. *Psicologia: Teoria e Prática*, v. 16, p. 75-88, 2014.

CAMBUÍ, H. A.; NEME, C. M. B.; ABRÃO, J. L. F. A constituição subjetiva e saúde mental: contribuições winnicottianas. *Revista Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, Rio de Janeiro, v. 19, p. 131-145, 2016.

CAMBUÍ, H. A.; RIBEIRO, D. P. S. A. A clínica dos casos difíceis no imaginário de estudantes de psicologia. *Semina. Ciências Sociais e Humanas*, v. 35, p. 113-128, 2014.

CAMPOS, L. K. S. et al., Psychological characteristics of mothers of patients with anorexia nervosa: implications for treatment and prognosis. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 13-18, 2012.

CANELAS NETO, José Martins. Reflexão sobre o vazio dentro da psicanálise: do horror do vazio ao vazio criador de metáforas. *Jornal de Psicanálise*, São Paulo, v. 46, n. 85, p. 127-140, 2013.

CANETTI, L. et al. E. Anorexia nervosa and parental bonding: the contribution of parent-grandparent relationships to eating disorder psychopathology. *Journal of Clinical Psychology*, v. 64, n.6, p.703-716, 2008.

CASCALES, T. Oralité et alimentation: bases psychanalytiques du corpus théorique, Les troubles alimentaires du bébé. Approche psychanalytique et développementale. *ERES*, 2015, p. 127-150.

CASSIN, S. E.; VON RANSON, K. M. Personality and eating disorders: a decade in review. *Clinical Psychology Review*, v. 25, n. 7, p. 895-916, 2005.

CASTAÑEDA, R. et al. Parents’ and daughters’ perception of family aspects associated with the onset of an eating disorder. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, v.9, n.1, p.71-81, 2018.

CATHARIN, V. *Significados atribuídos à imagem do corpo em pacientes que buscam a cirurgia bariátrica e metabólica: um estudo psicanalítico*. 2019. 260 f. Dissertação (Mestrado)– Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências, Bauru, São Paulo, 2019.

CERNIGLIA, L. et al. Family profiles in eating disorders: family functioning and psychopathology. *Psychology Research and Behavior Management*, v.10, p. 305-312, 2017.

CHABROL, H. L'anorexie mentale de l'adolescente, *Développements*, v. 14, n. 1, p. 29-38, 2013.

CHAMOND, J. Continuidade do ser e agonia primitiva: o bebê winnicottiano e a psicose. *Winnicott e-prints*, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 1-26, 2010.

CHRISTOPHER, J. G., et al. A review of the father-child relationship in the development and maintenance of adolescent anorexia and bulimia nervosa, *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, v. 36, n. 1-2, p. 48-69, 2013.

CICCONE, A. L'anorexie du bébé: quelles fonctions dans le lien parent-bébé ? Claire Squires éd., *Quand manger fait souffrir. Troubles alimentaires entre mère et bébé*. ERES, p. 75-83, 2018.

CICCONE, A. Rythmicité et discontinuité des expériences chez le bébé, dans A. Ciccone et D. Mellier (sous la direction de), *Le bébé et le temps*, Paris, Dunod, 13-38, 2007.

CICCONE, A. *La psychanalyse à l'épreuve du bébé*, Paris: Dunod, 2011.

CINTRA, I.P., FISBERG, M. Mudanças na alimentação de crianças e adolescentes e suas implicações para a prevalência de transtornos alimentares. In: PHILIPPI, S.T., ALVARENGA, M. *Transtornos alimentares: uma visão nutricional*. Barueri: Manole; 2004. p. 149-61.

COBELO, A. O papel da família no comportamento alimentar e nos transtornos alimentares. In: PHILIPPI, S. T.; M. ALVARENGA, M. (Orgs.). *Transtornos alimentares: uma visão nutricional*. São Paulo: Manole, 2004. p. 119-129.

COOLEY, E, et al. Maternal effects on daughter's eating pathology and body image. *Eating Behaviors*, v. 9, n. 1, p. 52-61, 2007.

COOPER P. J. et al. The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, v.6, p. 485-494, 1987.

CORCOS, M. «Anorexie mentale, du féminin au maternel», *Revue française de psychosomatique*, Paris, n. 43, p. 131-148, 2013.

CORCOS, M.; DUPONT, M.-E. Approche psychanalytique de l'anorexie mentale: psychodynamic approach of anorexia nervosa. *Nutrition clinique et métabolisme*, Paris, v.21, p.190–200, 2007.

CÓRDAS, T. A.; CASTILHO, S. Imagem corporal nos transtornos alimentares: instrumento de avaliação: *Body Shape Questionnaire*. *Psiquiatria Biológica*, v. 2, n. 1, p. 17-21, 1994.

CÓRDAS, T. A.; HOCHGRAF, P. O. O “BITE”: instrumento para avaliação da bulimia nervosa – versão para o português. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 42, n. 141-144, 1993.

CÓRDAS, T. A.; NEVES, J. E. P. Escalas de avaliação de transtornos alimentares. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 23, n. 1, 1999.

CÓRDAS, T. A.; RIOS, S. R.; SALZANO, F. T. Os transtornos alimentares e a evolução no diagnóstico e no tratamento. In: PHILIPPI, S.T., ALVARENGA, M. Transtornos alimentares: uma visão nutricional. Barueri: Manole; 2004. p. 39-62.

CÓRDAS, T. A.; et al. Transtornos alimentares: epidemiologia, Etiologia e Classificação. *Revista Nutrição Profissional*, São Paulo, v. 11 n. 1, p. 12-20, 2007.

COSTA, J. F. *O vestígio e a aura: corpo e consumismo na moral do espetáculo*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

COSTA, L. R. S. *Relação pai-filha no contexto dos transtornos alimentares: Uma perspectiva winnicottiana*. 2014. 298 f. Dissertação (Mestrado). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2014.

COTTA, J. A. M. Homeless body, homeless soul: A clinical case of failure in the dwelling of the psyche in soma. *The European Journal of Bioenergetic Analysis and Psychotherapy*, La Gaude, n. 2, p. 99-111, 2004.

COTTA, J. A. M. *Memórias de um desterro: corporeidade na clínica contemporânea*. 165 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

CROMBERG, R. U. *Cena Incestuosa: abuso e violência sexual*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

DAHLGREN, C. L.; WISTING, L.; RØ, Ø. Feeding and eating disorders in the DSM-5 era: a systematic review of prevalence rates in non-clinical male and female samples. *Journal of Eating Disorders*.v.5, n. 56, p. 2-10, 2017.

DALLOS, R.; DENFORD, S. A qualitative exploration of relationship and attachment themes in families with an eating disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, v.13, n. 2, p. 305-22, 2008.

D'AMORE, S. E.; TARANTINO, F. Chapitre 1 - Signification de la nourriture : aspects sociaux et culturels. In: Luigi Onnis (Ed.). *Anorexie et boulimie, le temps suspendu: Individu, famille et société*. Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur, 2013. p. 25-36.

DANTAS, M. A. *Sofrimento psíquico: modalidades contemporâneas de representação e expressão*. Curitiba: Juruá, 2009.

DEL PINO-GUTIÉRREZ, A. et al. The relevance of personality traits in impulsivity-related disorders: From substance use disorders and gambling disorder to bulimia nervosa. *Journal of Behavioral Addictions*, v.6, n. 3, p. 396-405, 2017.

DELANNES, S., et al. Les stratégies d'attachement, leur transmission et le fonctionnement familial d'adolescentes anorexiques mentales, *Annales Médico- Psychologiques*, v. 164, n. 7, p. 565-572, 2005.

DERONZIER, D. Appétit et troubles émotionnels: Ses apports à la compréhension des troubles d'alimentation et à la théorisation du développement affectif primaire de Donald W. Winnicott, *Revue française de psychanalyse*, Paris, v. 74, p. 71-88, 2010.

DERONZIER, D. La relation de nourrissage: paradigme de la rencontre intersubjective, *Dialogue*, v. 209, n. 3, p. 21-34, 2015.

DERONZIER, D. Réflexion sur les sources intrapsychiques et intersubjectives de l'anorexie du bébé dans sa famille et des aspects bébé des mères, Claire Squires éd., *Quand manger fait souffrir. Troubles alimentaires entre mère et bébé*. ERES, 2018, p. 85-99.

DESBORDES, E. B. L'anorexie des jeunes filles: un symptôme contemporain. *Bulletin de psychologie*. v. 6, n. 528, p. 499-512, 2013.

DESSAIN, B. *Winnicott: ilusão ou verdade – As condições de possibilidade do advento do sujeito*. Tradução Constância Maria Egrejas Morel. São Paulo: Loyola, 2011.

DETHIVILLE, L. *Donald W. Winnicott: uma nova abordagem*. Tradução Rena Signer. Campinas, SP: Armazém do Ipê, 2011.

DIAS, E. O. *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago, 2003.

DIAS, E. O. O distúrbio psicossomático em Winnicott. In: VOLICH, R. M.; FERRAZ, F. C.; RANÑA, W. (Orgs.). *Psicossoma IV, corpo, história, pensamento*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008. p. 107-120.

DIAS, E. O. Família e amadurecimento: do colo à democracia. *Natureza humana*, v. 19, n. 2, p. 144-162, 2017.

DIDERICKSEN, K. W. et al. Mother-father-adolescent triadic concordance and discordance on home environment factors and adolescent disordered eating behaviors. *Families, Systems, & Health*, v. 36, n. 3, p. 338-346, 2018.

DRIEU, D.; PROIA-LELOUEY, N.; ZANELLO, F. Ataques ao corpo e traumatofilia na adolescência. *Ágora*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 09-20, 2011.

DUFRESNE, L. et al. Personality traits in adolescents with eating disorder: a meta-analytic review. *International Journal of Eating Disorders*, v. 53, n. 3, p. 157-173, 2020.

DUMET, N.; JUTEAU, A. «On tue un fœtus, on tue un corps ? »: quand anorexie et boulimie racontent l'histoire d'une destructivité intra-utérine », *Cliniques méditerranéennes*, Marseille, n. 87, p. 143-158, 2013.

EIGUER, A. A parte maldita da herança. In: _____. *A transmissão do psiquismo entre gerações: enfoque em terapia familiar psicanalítica*. São Paulo: Unimarco, 1998.

ELLIOTT, J. C. Fathers, daughters, and anorexia nervosa. *Perspectives in Psychiatric Care*, v.46, n. 1, p. 37-47, 2010.

FAIRWEATHER-SCHMIDT, A.K; WADE, T. D. Weight-related peer-teasing moderates genetic and environmental risk and disordered eating: twin study. *Br J Psychiatry*, v. 210, n. 5, p. 350-355, 2017.

FERNANDES, M. H. *Transtornos alimentares: anorexia e bulimia*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.

FERNANDES, M. H. A anorexia e a bulimia em Freud. In: WEINBERG, G. (Org.). *Psicanálise dos transtornos alimentares II*. São Paulo: Primavera Editorial, 2016. p. 170-179.

FERNANDES, R. A.; AMBROSIO, F. F.; VAISBERG, T. M. J. A. O Método Psicanalítico como Abordagem Qualitativa: considerações preliminares. In: *X Jornada Apoiar: Laboratório de saúde mental e psicologia clínica social 20 anos: percurso e o futuro*, 2012, São Paulo. Anais Da X Jornada Apoiar: Laboratório de saúde mental e psicologia clínica social 20 Anos: o percurso e o futuro. São Paulo, v.1, p. 306-314, 2012.

FERREIRA, F. B. G. *Uma compreensão winnicottiana sobre as noções de soma, psique e mente como referência para o entendimento da integração psicossomática*. 139 f. Dissertação (Mestrado). Centro de Ciências da Vida. Programa de Pós-graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, 2010.

FERREIRA, J. A.; ABRÃO, J. L. F. *Frances Tustin: nomeando o inominável*. São Paulo: Zagodoni, 2015.

FERREIRA, M. P. *Transtornos de excreção: enurese e encoprese*. 3ª.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2015.

FERREIRA, T. Pesquisa em psicanálise: a conversação e a entrevista clínica como ofertas de palavra – a aposta na invenção subjetiva. In: FERREIRA, T; VORCARO, A. (Orgs.). *Pesquisa e psicanálise: do campo à escrita*. Belo Horizonte: Autêntica, 2018. p. 129-151.

FERRERO, A. Reflexiones sobre la anorexia. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 14, n. 1, p. 47-55, 2009.

FIELDING-SINGH, P. Dining with dad: Fathers' influences on family food practices. *Appetite*, v. 117, p. 98-108, 2017.

FIGUEIREDO, L. C. *As diversas faces do cuidar: novos ensaios de psicanálise contemporânea*. Escuta: São Paulo, 2012.

FIGUEIREDO, L. C.; COELHO JUNIOR, N. E. Introdução. In: _____. *Adoecimentos psíquicos e estratégias de cura: matrizes e modelos em psicanálise*. São Paulo: Blucher, 2018, p. 9-25.

FISCHER, S.; STOJEK, M.; HARTZELL, E. Effects of multiple forms of childhood abuse and adult sexual assault on current eating disorder symptoms. *Eating Behaviors*, v. 13, n. 3, p.190-192, 2010.

FORCANO, L. et al. Suicide attempts in anorexia nervosa subtypes. *Comprehensive psychiatry*, v. 52, n.4, p.352-8, 2011.

FORTES, I. Le corps contemporain et la problématique de l'anorexie mentale. *Recherches en psychanalyse*, Paris, v. 13, p. 51-59, 2012a.

FORTES, I. The contemporary body and the problem of anorexia nervosa. *Recherches en psychanalyse*, v. 1, n. 13, p. 52-59, 2012b.

FORTES, I.; MACEDO, M. K. Quem é o psicanalista pesquisador? Questões cruciais sobre o método psicanalítico de pesquisa. In: FULGENCIO, L. et al. *Modalidades de pesquisa em psicanálise: métodos e objetivos*. São Paulo: ZAGODONI, 2018.

FRANÇA, M. O. A. F. Sintomas do Corpo Erótico Cultural: adições e distúrbios alimentares emocionais. In: BRUNO, C. A. N. B. (Org.). *Distúrbios alimentares: uma contribuição da psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago; 2010. p. 237-242.

FRANÇA, N. R. A. F. Transtornos alimentares: uma visão psicanalítica. In: BRUNO, C. A. N. B. (Org.). *Distúrbios alimentares: uma contribuição da psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago; 2010. p. 245-253.

FUJIMORI, A. et al. Parental bonding in patients with eating disorders and self-injurious behavior. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, v. 65, n. 3, p. 272-279, 2011.

FUKS, B. B.; CAMPOS, T. S. P. Anorexia: da urgência de uma nova prática clínica. *Tempo Psicanalítico*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 39-59, 2010.

FUKS, M. P. Construindo a complexidade. In: RAMOS, M.; FUKS, M. P. *Atendimento psicanalítico na anorexia e bulimia*. São Paulo: Zagadoni, 2015, p. 28-49.

FUKS, M. P. O sintoma na bulimia: psicopatologia e clínica. FUKS, L. B; FERRAZ, F. C. (Orgs.). *O sintoma e suas faces*. São Paulo: Escuta/Fapesp, 2006, p. 43-56.

FULGENCIO, L. *Por que Winnicott?* São Paulo: Zagodoni, 2016.

GALE, C.; CLUETT, E. R., LAVER-BRADBURY, C. A review of the father-child relationship in the development and maintenance of adolescent anorexia and bulimia nervosa. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, v.36, n.1-2, p. 48-69, 2013.

GALVÃO, A. L.; CLAUDINO, A. de M.; BORGES, M. B. F. Aspectos históricos e evolução do diagnóstico. In: NUNES, M. A. (Org.). *Transtornos alimentares e obesidade*. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 31-50.

GALVÃO, A. L.; PINHEIRO, A. P.; SOMENZI, L. Etiologia dos transtornos alimentares. In: NUNES, M. A. (Org.). *Transtornos alimentares e obesidade*. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 59- 71.

GARNER, D. M. et al. The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlations. *Psychology Medicine*, v.12, p. 871-878, 1982.

GARNER, D. M; GARFINKEL P. E. The eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychology Medicine*, v.9, p. 273-9, 1979.

GASPAR, F. L. *Anorexia e violência psíquica*. Curitiba: Juruá, 2010.

GAZIRE, P. C. *Objeto, modo de usar: construção de objeto na psicanálise de pacientes borderline*. São Paulo: Blucher, 2017.

GAZZILLO, F. et al. Personality subtypes in adolescents with anorexia nervosa. *Comprehensive psychiatry*, v. 54, v. 6, p. 702-12, 2013.

GEORGE, J. B; FRANKO, D. L. Cultural issues in eating pathology and body image among children and adolescents. *Journal Of Pediatric Psycholog*, v. 35, n. 3, p. 231-42, 2010.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, S. *A gramática do silêncio em Winnicott*. São Paulo, Zagadoni, 2017.

GONÇALVES, K. C. A. *Do virtual ao real: um estudo psicanalítico sobre anorexia, bulimia e as relações familiares*. 236 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. 2009.

GONZÁLEZ, L. M. et al. Genetic variants in dopamine pathways affect personality dimensions displayed by patients with eating disorders. *Eating and Weight Disorders*, 2019.

GOULART, M. T. A. *Anorexia nervosa: uma leitura psicanalítica*. 80 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

GROSS, M. Anorexie mentale et pulsion cannibalique, *Le Journal des psychologues*, v. 325, n. 2, p. 72-76, 2015.

GUILBAUD, O. To eat or not to eat: quelles sont les modalités de relations d'objet à l'œuvre dans l'anorexie mentale ? *L'évolution psychiatrique*, Paris, v.77, p.121-144, 2012.

GURKINFEL, D. *Relações de objeto*. São Paulo: Blucher, 2017.

HARTMANN I.B.; SCHESTATSKY, S. Transmissão do psiquismo entre as gerações. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, v. 13, n. 2, p. 92-114, 2011.

HAYS, M.-A. Place du père dans l'allaitement, *La psychiatrie de l'enfant*, v. 51, n. 2, p. 515-576, 2008.

HENDERSON, M.; FREEMAN, C. P. A self-rating scale for bulimia. The BITE. *The British Journal of Psychiatry*, London, v. 150, p.18-24, 1987.

HERRAIZ-SERRRANO, C; et al. Parental rearing and eating psychopathology. *Actas espanolas de psiquiatria*, v. 43, n. 3, p. 91-8, 2015.

HERRMANN, F. *Andaimes do real: o método da psicanálise*. São Paulo: EPU, 1979.
HERRMANN, F. *Sobre os fundamentos da Psicanálise: quatro cursos e um preâmbulo*. São Paulo: Blucher, 2017.

HERZOG, D. B.; EDDY, K.T. Diagnóstico, epidemiologia e curso clínicos dos transtornos da alimentação. In: YAGER, J.; POWERS, O. S. (Orgs.). *Manual clínico de transtornos da alimentação*. Porto Alegre: Artmed; 2010. p. 19-50.

HOEK H. W. Review of the worldwide epidemiology of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, v. 29, n. 6, p. 336–339, 2016.

HORESH, N. Father-daughter relationship and the severity of eating disorders. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, v. 30, n. 1, p.114-20, 2015.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

HOUSIER, F. Boulimie et délinquance: le féminin incestuel, *Adolescence*, v. 361, n. 1, p. 85-96, 2018.

HUSSER, A. Quand la famille souffre d'anorexie-boulimie, *Dialogue*, v. 209, n. 3, p. 95-108, 2015.

IRIBARRY, I. N. O que é pesquisa psicanalítica? *Ágora*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 115-138, 2003.

JAEGER, P. Pour sortir du double chaos psychique et somatique de l'anorexie: l'écoute du biologique Soigner l'anorexie, de Colette Combe, *Revue française de psychosomatique*, v. 25, n. 1, p. 173-180, 2004.

JAVIER, S. J; BELGRAVE, F. Z. "I'm not White, I have to be pretty and skinny": a qualitative exploration of body image and eating disorders among Asian American women. *Asian American Journal of Psychology*, v. 10, n. 2, p. 141-153, 2019

JEAMMET, F. A abordagem psicanalítica dos transtornos das condutas alimentares. In: URRIBARRI, R. *Anorexia e bulimia*. São Paulo: Escuta, 1999. p. 29-49.

JEAMMET, P.; CORCOS, M. *Novas problemáticas da adolescência: evolução e manejo da dependência*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

JEANNOT, M. Étude de la relation mère-fille dans le cadre des troubles des conduites alimentaires à l'adolescence. *Perspectives Psy, Les Ulis*, v. 46, p. 354-361, 2007.

JENKINS, P. E. et al. Eating disorders and quality of life: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, v.31, n.1, p. 113–121, 2011.

JONES, C. J.; LEUNG, N.; HARRIS, G. Father-daughter relationship and eating psychopathology: The mediating role of core beliefs. *British Journal of Clinical Psychology*, v. 45, n. 3, p. 319–330, 2006.

KAËS, R. Os dispositivos psicanalíticos e as incidências da geração. In: EIGUER, A. (Org.). *A transmissão do psiquismo entre gerações: enfoque em terapia familiar psicanalítica*. São Paulo: Unimarco, 1998.

KALIL, F. Considerações psicanalíticas sobre a compulsão alimentar. In: WEINBERG, C. (Org.). *Psicanálise de Transtornos alimentares*, vol II. São Paulo: Primavera, 2016. p.124-135.

KHAN, M. M. (1978) *Introdução*. In: WINNICOTT, D. W. Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas. Tradução Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 11- 54.

KOHUT, H. *Análise do self: uma abordagem do tratamento psicanalítico dos distúrbios narcísicos de personalidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1988.

LANE, R. C. Anorexia, masochism, self-mutilation and auto-erotism: the spider mother. *Psychoanalytic Review*, v. 89, n. 1, p.101-123, 2002.

LAURENTIIS, V. R. F. *Aspectos somáticos da conquista do eu em D. W. Winnicott*. 231 f. Dissertação (Mestrado). Centro de Ciências da Vida. Programa de Pós-graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, 2008.

LAURENTIIS, V. R. F. *Corpo e psicossomática em Winnicott*. São Paulo: DWW, 2016.
LAWRENCE, M. Body, mother, mind – anorexia, femininity and the intrusive object. *International Journal of Psychoanalysis*, v. 83, n. 4, p. 837-850, 2002.

LE, L. K., BARENDREGT, J. J., HAY, P., MIHALOPOULOS, C. Prevention of eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology*, v.53, p.46-58, 2017.

LEONIDAS, C. *Das (im)possibilidades do feminino: a sexualidade de mulheres com transtornos alimentares na perspectiva das adolescentes, suas mães e seus pais*. Tese de Doutorado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2016.

LEONIDAS, C.; SANTOS, M. A. Emotional meanings assigned to eating disorders: narratives of women with anorexia and bulimia nervosa. *Universitas Psychologica*, Colômbia, v. 16, n. 4, p. 1-13, 2017.

LEONIDAS, C.; SANTOS, M. A. Imagem corporal e hábitos alimentares na anorexia nervosa: uma revisão integrativa da literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 25, n. 3, p. 550-558, 2012.

LEONIDAS, C.; SANTOS, M. A. Relações familiares nos transtornos alimentares: o Genograma como instrumento de investigação. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1435-1447, 2015a.

LEONIDAS, C.; SANTOS, M. A. Relacionamentos afetivo-familiares em mulheres com anorexia e bulimia. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, Brasília*, v. 31, n. 2, p. 181-191, 2015b.

LESCOVAR, G. Z. As consultas terapêuticas e a psicanálise de D. W. Winnicott. *Estudos de Psicologia*, v. 21, n. 2, p. 43-61, 2004.

LEVALLIUS, J. et al. Who do you think you are? - Personality in eating disordered patients. *Journal of Eating Disorders*, v. 3, n. 3, 2015.

LEV-ARI, L.; ZOHAR, A.H. Nothing gained: an explorative study of the long-term effects of perceived maternal feeding practices on women's and men's adult BMI, body image dissatisfaction, and disordered eating. *International journal of psychology: Journal international de psychologie*, v.48, n. 6, p.1201-11, 2013.

LIARTE, A. Le corps « propre », symptôme d'une usure du « corps social »? *Le Journal des psychologues*, v.6, n.329, p.30-35, 2015.

LIDCHI, V.; EISENSTEIN, E. Adolescentes e famílias no contexto médico. In: MELLO FILHO, J. de; BURD, M. (Orgs.). *Doença e família*. 2ª. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. p. 217-231.

LIMA, N. L.; ROSA, C. O. B.; ROSA, J. F. V. Identificação de fatores de predisposição aos transtornos alimentares: anorexia e bulimia em adolescentes de Belo Horizonte, Minas Gerais. *Estudos e Pesquisa em Psicologia*, v.12, n. 2, p. 360-378, 2012.

LOPARIC, Z. Elementos da teoria winnicottiana da sexualidade. *Natureza humana*, v. 7, n. 2, p. 311-358, 2005.

LUCERO, A.; VORCARO, A. Os objetos e o tratamento da criança autista. *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 27, n.3, p.310-317, 2015.

MAAZI, L.; LAWSON, F. B.; KABUTH, B. Anorexie mentale et fonction paternelle, *Perspectives Psy*, vol. 45, no. 3, 2006, pp. 254-259.

MACIEL, A. et al. A. Personalidade e transtorno da alimentação. In: LOUZÃ NETO, M. R.; CORDÁS, T. A. (Orgs.). *Transtornos da personalidade*. São Paulo: Artmed, 2011. p. 155-163.

MALDONADO, M. T. *Psicologia da Gravidez – parto e puerpério*. São Paulo: Saraiva, 2002.

MALLORQUÍ-BAGUÉ, N. et al. Emotional and non-emotional facets of impulsivity in eating disorders: from anorexia nervosa to bulimic spectrum disorders. *European Eating Disorders Review*, p.1-13, 2020.

MANDELLI, L. et al. Suicide attempts in eating disorder subtypes: a meta-analysis of the literature employing DSM-IV, DSM-5, or ICD-10 diagnostic criteria. *Psychological Medicine*, p.1-13, 2018.

MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. *A pesquisa qualitativa em Psicologia. Fundamentos e recursos básicos*. São Paulo: Moraes, 1989.

MATHEUS, T. C. *Adolescência: história e política do conceito na psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

MCDONALD, S. Understanding the genetics and epigenetics of bulimia nervosa/bulimia spectrum disorder and comorbid borderline personality disorder (BN/BSD-BPD): a systematic review. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, v.24, n. 5, p. 799-814, 2019.

MCDOUGALL, J. *Em defesa de uma certa anormalidade*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

MCDOUGALL, J. *Teatros do eu*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1989.

MCWILLIAMS, N. *Diagnóstico Psicanalítico: entendendo a estrutura da personalidade no processo clínico*. Tradução Gabriela Wondracek Linck. Porto Alegre: Artmed, 2014.

MEIER, M.et. al. Obsessive-compulsive symptoms in eating disorders: a network investigation. *International Journal of Eating Disorders*, v. 53, p. 362–371, 2019.

MELDLOWICS, E. Trauma e depressão. In: RUDGE, A. M. (Org.). Traumas. São Paulo: Escuta, 2006, p. 51-60.

MELLO FILHO, J. de *O ser e o viver: uma visão da obra de Winnicott*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MELLO FILHO, J. de. *Vivendo num país de falsos-selves*. SP: Casa do Psicólogo, 2011.

MENEZES, L. S. A dimensão de extensão do método psicanalítico. *Boletim formação em psicanálise*, ano xxiv, v. 24, n.1, p.15-26, 2016.

MEYER, C.; GILLINGS, K. Parental Bonding and Bulimic Psychopathology: The Mediating Role of Mistrust/Abuse Beliefs. *International Journal of Eating Disorders*, v. 35, n. 2, p. 229–233, 2004.

MEZAN, R. Que significa “pesquisa” em psicanálise? In: SILVA, M. E. L. (Coord.). *Investigação e Psicanálise*. Campinas: Papirus, 1993. p. 49-89.

MEZAN, R. *Interfaces da psicanálise*. São Paulo: Companhia das letras, 2002.

MICALI, N. et al. Maternal eating disorders and infant feeding difficulties: maternal and child mediators in a longitudinal general population study. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, v. 52, n. 7, p.800-7, 2011.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINERBO, M. Depleção Simbólica e sofrimento narcísico contemporâneo. Contemporânea: Psicanálise e Transdisciplinaridade, v. 7, p. 44-57, 2009.

MINUCHIN, S. et al. A conceptual model of psychosomatic illness in childhood. *Arch Gen Psychiatry*, v.32, p. 1031-8, 1975.

MINUCHIN, S, ROSMAN, B.L., BAKER, L. *Psycosomatic families - anorexia nervosa in context*. Cambridge: Harvard University Press; 1978.

MIRANDA, M. R. Distúrbios da alimentação- anorexia, bulimia e compulsões: histórias de segredos e paixões. *Revista Brasileira de Psicanálise*, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 27-34, 2005.

MIRANDA, M. R. A complexidade da relação mãe-filha nas patologias dos contrários. In: BRUNO, C. A. N. B. (Org.). *Distúrbios alimentares: uma contribuição da psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago; 2010. p. 123-154.

MITCHISON, D.; HAY, P. J. The epidemiology of eating disorders: genetic, environmental, and societal factors. *Clinical epidemiology*, v. 6, p. 89-97, 2014.

MONTELEONE, A. M. et al. Insecure attachment and hypothalamus-pituitary-adrenal axis functioning in people with eating disorders. *Psychosom Med*; v.80, n. 8, p. 710-716, 2018.

MONTELEONE, A. M. et al. Parental bonding, childhood maltreatment and eating disorder psychopathology: an investigation of their interactions. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 2019.

MONTES, F. F. Corpo, temporalidade e constituição subjetiva. *Cadernos de Psicanálise – SPCRJ*, v. 33, n. 1, p. 72-80, 2017.

MOREIRA, M. S. C. L. de G. Adolescente e bulimia: escravo bem temperado. In: BRUNO, C. A. N. B. (Org.). *Distúrbios alimentares: uma contribuição da psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago; 2010. p. 215-223.

MORGAN C. M.; CLAUDINO, A. M. Epidemiologia e etiologia. In: CLAUDINO, A. M. ZANELLA, M. T. *Transtornos alimentares e obesidade*. São Paulo: Manole, 2005. p. 15-23.

MORGAN, C. M.; VECCHIATTI, I. R.; NEGRÃO, A. B. Etiologia dos TAs: Aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 18-23, 2002.

MOURA, F. E. G. A. *O cuidado materno e a estruturação do vínculo mãe-filha nos TAs*. 93 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-graduação em Enfermagem em Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

MOURA, F. E. G. A.; SANTOS, M. A.; RIBEIRO, R. P. P. A constituição da relação mãe-filha e o desenvolvimento dos transtornos alimentares. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 32, n. 2, p. 233-247, 2015.

MÜLLER, T. D et al. Leptin-mediated neuroendocrine alterations in anorexia nervosa: somatic and behavioral implications. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, v.18, n.1, p. 117-129, 2009.

NARVAZ, M.; OLIVEIRA, L. L. A relação entre abuso sexual e transtornos alimentares: uma revisão. *Interamerican Journal of Psychology*. Porto Alegre, v. 43, n. 1, p. 22-29, abr. 2009.

NASCIMENTO, A. L.; LUZ, M. P.; FONTENELLE, L. F. Co-morbidade psiquiátrica nos transtornos alimentares. In: NUNES, M. A. et al.(Orgs). *Transtornos alimentares e obesidade*. Porto Alegre: Artmed, 2006, p.83-94.

NORRIS, M. L. et al. Exploring avoidant/restrictive food intake disorder in eating disordered patients: a descriptive study. *International Journal of Eating Disorders*. v. 47, n. 5, p. 495–499, 2014.

NUNES, M. A. et al. Distúrbios da conduta alimentar: considerações sobre o teste de atitudes alimentares (EAT-26). *Associação Brasileira de Psiquiatria*, v.16, p. 7-10, 1994.

OCARIZ, M. C. o excesso pulsional nos sintomas de nossa época. In: FERRAZ, F. C.; FUKS, L. B.; ALONSO, S. L. (Orgs.). *A psicanálise em trabalho*. São Paulo: Escuta, 2012, p. 57-72.

OGDEN, T. H. *Esta arte da psicanálise: sonhando sonhos não sonhados e gritos interrompidos*. Tradução Daniel Bueno. Porto Alegre: Artmed, 2010.

OGDEN, T. H. *A matriz da mente: relações objetais e o diálogo psicanalítico*. Tradução Giovanna Del Grande da Silva. São Paulo: Blucher, 2017.

OLIVEIRA, E. A.; SANTOS, M. A. Perfil psicológico de pacientes com anorexia e bulimia nervosas: a ótica do psicodiagnóstico. *Medicina*, v. 39, n. 3, p. 353-360, 2006.

OLIVEIRA, L. L.; HUTZ, C. S. Transtornos alimentares: o papel dos aspectos culturais no mundo contemporâneo. *Psicologia em estudo*, v. 15, n. 3, p. 575-582, 2010.

OLIVEIRA, N. R. DE; TAFURI, M. I. O método psicanalítico de pesquisa e a clínica: releções no contexto da Universidade. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 838-850, 2012.

OLIVEIRA-CARDOSO, É. A.; COIMBRA, A. C.; SANTOS, M. A. Qualidade de Vida em Pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosa. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 34, e34411, 2018.

OLIVEIRA-CARDOSO, É. A.; SANTOS, M. A. Avaliação psicológica de pacientes com anorexia e bulimia nervosas: indicadores do Método de Rorschach. *Fractal: Revista de Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 159-174, 2012.

OLIVEIRA-CARDOSO, É. A.; VON ZUBEN, B. V.; SANTOS, M. A. Qualidade de vida de pacientes com anorexia e bulimia nervosa. *Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde*, [S.l.], v. 9, p. 329-340, jul. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Problemas de la salud de la adolescencia. Informe de un comité de expertos de la O.M.S* (Informe técnico n. 308, Genebra, 1965).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

ORNSTEIN, R. M. et al. Distribution of eating disorders in children and adolescents using the proposed DSM-5 criteria for feeding and eating disorders. *Journal of Adolescent Health*, v. 53, n. 5, p.303-305, 2013.

PALMEIRA, L. et al. Association study of variants in genes FTO, SLC6A4, DRD2, BDNF and GHRL with binge eating disorder (BED) in Portuguese women. *Psychiatry Research*, v. 273, p. 309-311, 2019.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. *Desenvolvimento humano*. Porto Alegre: Artmed, 2006.

PEARSON C. M. et al. Stability and change in patterns of eating disorder symptoms from adolescence to young adulthood. *International Journal of Eating Disorders*, 50(7), 748–757, 2017.

PERES, R. S., SANTOS, M. A. Técnicas projetivas na avaliação de aspectos psicopatológicos da anorexia e bulimia. *Psico - USF*, Itatiba v.16, n. 2, p. 185-192, 2011.

PHILLIPS, A. *Beijo, cócegas e tédio: o inexplorado da vida à luz da psicanálise*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

PICCININI, C. A. et al. Gestação e a constituição da maternidade. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 13, n. 1, p. 63-72, 2008.

PICHON-RIVIÈRE, E. (1983). *O processo grupal*. Tradução Marco A Urélio Fernandes Velloso. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

PIGNATELLI, A. M. et al. Childhood neglect in eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2016.

PINÉA, A. C. F.; SEI, M.B. Falso *self* e gesto espontâneo na psicoterapia psicanalítica de uma criança adotiva. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, v.17, n. 1, p. 69-82, 2015.

POLE, R. et al. Parental care versus overprotection in bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, v. 7, n. 5, p. 601–606, 1988.

PRETI, A. et al. A comprehensive meta-analysis of the risk of suicide in eating disorders. *Acta psychiatrica Scandinavica*, v.124, n. 1, p. 6-17, 2011.

PRISCO, A. N. C. et al. Prevalência de transtornos alimentares em trabalhadores urbanos de município do Nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.18, n. 4, p. 1109-1118, 2013.

QIAN, J. et al. Prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review. *Shanghai Archives of Psychiatry*, v. 25, n. 4, p.212, 2013.

QUILLIOT, D. et al. Links between traumatic experiences in childhood or early adulthood and lifetime binge eating disorder. *Psychiatry Research*, v. 276, p. 134–141, 2019.

RAI, T., I. Exploring the link between emotional child abuse and anorexia nervosa: a psychopathological correlation. *Cureus*, v.11, n. 8: e5318, 2019.

RAMOS, F. et al. Adolescentes anoréxicas e suas percepções das relações com familiares. *Boletim - Academia Paulista de Psicologia*, v. 38, n.94, p. 111-121, 2018.

RAPHAEL-LEFF. *Gravidez: a história interior*. Tradução Beatriz Aratangy Berger. São Paulo: Blucher, 2017.

RAPPAPORT, C. R.; FIORI, W. da R.; HERZBERG, E. *A infância inicial: o bebê e sua mãe*. São Paulo: E.P.U., 1981.

REFOSCO, L. L.; MACEDO, M. M. K. Anorexia e bulimia na adolescência: expressão do mal-estar na contemporaneidade. *Barbarói*, Santa Cruz do Sul, n. 33, 2010.

REYES-RODRÍGUEZ, M. L. et al. “Las penas con pan duelen menos”: The role of food and culture in Latinas with disordered eating behaviors. *Appetite*, v. 100. p. 102-109, 2016.

RIBEIRO, D. P. S. A.; TACHIBANA, M. A; AIELLO-VAISBERG, T. M. J., A experiência emocional do estudante de psicologia frente à primeira entrevista clínica. *Aletheia*, Canoas, n. 28, p.135-145, 2008.

RIBEIRO, M. F. R. Entrelaces psíquicos entre mães e filhas. In: WEINBERG, C. (Org.). *Psicanálise de Transtornos alimentares*, vol II. São Paulo: Primavera, 2016. p. 209-222.

RIBEIRO, W. A. M. O. Desafios e possibilidades na sustentação do enquadre num caso de transtorno alimentar. In: RAMOS, M.; FUKS, M. P. (Orgs.). *Atendimento psicanalítico na anorexia e bulimia*. Rio de Janeiro: Imago; 2010. p. 50-65.

ROSA, B. P.; SANTOS, M. A. Comorbidade entre bulimia e transtorno de personalidade borderline: implicações para o tratamento. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 268-282, 2011.

ROSA, C. D. *A presença do pai no processo de amadurecimento um estudo sobre D. W. Winnicott*. 2007. 139 f. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2007.

ROSA, C. D. *As falhas paternas em Winnicott*. 2011. 238 f. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2011.

ROUX, H.; CHAPELON, E.; GODART, N. Épidémiologie de l’anorexie mentale. *Revue de la littérature. L'Encéphale*, v. 39, n. 2, p.85-93, 2013.

RUDIO, F. V. *Introdução ao projeto de pesquisa científica*. Petrópolis: Vozes, 2015.

SACHS-ERICSSON, N. et al. Parental disorders, childhood abuse, and binge eating in a large community sample. *International Journal of Eating Disorders*, v.45, n. 3, p. 316–325, 2012.

SAFRA, G. A transmissão do *self* no grupo familiar. *Interações*, São Paulo, v. III, n. 6, p.17-21, 1998.

SAFRA, G. *A po-ética na clínica contemporânea*. Aparecida, SP: Idéias & Letras, 2004.

SAFRA, G. *A face estética do self: teoria e clínica*. Aparecida, SP: Idéias & Letras: São Paulo: Unimarco, 2005.

SAFRA, G. Os registros do masculino e feminino na constituição do *self*. *Jornal de Psicanálise*. São Paulo, v. 42, n. 76, p. 77-89, 2009.

SAKIYAMA, C.; CAMPOS, É. B. V. Alienação e criatividade na constituição da subjetividade: contrapontos entre Lacan e Winnicott. *Revista de Psicologia da UNESP*, v. 15, p. 26-39, 2016.

SANCHES PERES, R.; SANTOS, M. A. Considerações gerais e orientações práticas acerca do emprego de estudos de caso na pesquisa científica em psicologia. *Interações*, São Paulo, v. 10, n. 20, p. 109-126, 2005.

SANSONE, R. A; SASONE, L. Transtornos da alimentação e comorbidades psiquiátricas. In: YAGER, J.; POWERS, O. S. (Orgs.). *Manual clínico de transtornos da alimentação*. Tradução Celeste Inthy. Porto Alegre: Artmed; 2010. p.103-137.

SANTANA, M. R. M., HOPPE, M. M. W. A relação materno-filial na anorexia nervosa: um estudo psicanalítico. *Diaphora, Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, n. 13, v. 1, p. 17-25, 2013.

SANTOS, F. O papel da família sobre a anorexia nervosa: breve discussão teórica. *Clínica & Cultura*, v.2, n.1, p.11-20, 2006.

SANTOS, L. N. dos; MARTINS, A. A originalidade da obra de Georg Groddeck e algumas de suas contribuições para o campo da saúde. *Interface*, v. 17, n. 44, p. 9-21, 2013.

SANTOS, M. A. Sofrimento e esperança: grupo de pacientes com anorexia e bulimia nervosas. *Medicina*, Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, p. 386-401, 2006.

SANTOS, M. A.; COSTA-DALPINO, L. R. S. Relação Pai-Filha e Transtornos Alimentares: Revisando a Produção Científica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 35, n. spe, e35nspe3, 2019.

SANTOS, M. A.; LEONIDAS, C.; COSTA, L. R. S. Grupo multifamiliar no contexto dos Transtornos Alimentares: a experiência compartilhada. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 68, n. 3, p. 43-58, 2016.

SANTOS, M. A.; PRATTA, E. M. M. Adolescência e uso de drogas à luz da psicanálise: sofrimento e êxtase na passagem. *Tempo psicanalítico*, Rio de Janeiro, v. 44, n. 1, p. 167-182, 2012.

SANTOS, V. O. dos; GHAZZI, M. S. A transmissão psíquica geracional. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 32, n. 3, p. 632-647, 2012.

SCHEVACH, J. G. Ideias de Bernard Breusset em “psicopatologia e metapsicologia da dependência bulímica”. In: URRIBARRI, R. *Anorexia e bulimia*. São Paulo: Escuta, 1999. p. 99-112.

SCHOMER, E. Z. O papel da família nos transtornos alimentares. In: BUCARETCHI, H. A. *Anorexia e bulimia nervosa: uma visão multidisciplinar*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003, p. 43-56.

SCHOR, D. *Heranças Invisíveis do Abandono Afetivo: um estudo psicanalítico sobre as dimensões da experiência traumática*. São Paulo: Blucher, 2017.

SILVA, D. Q. A pesquisa em psicanálise: o método de construção do caso psicanalítico. *Estudos de Psicanálise*, Belo Horizonte, n. 39, p. 37-45, 2013.

SILVA, M. C. P. *A herança psíquica na clínica psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2003.

SILVA, S. G. As modificações corporais na sociedade contemporânea. *Cadernos de Psicanálise – CPRJ*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 25, p. 239-257, 2011.

SIMON, Y. Épidémiologie et facteurs de risque psychosociaux dans l’anorexie mentale. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, v. 21, n. 4, p. 137-142, 2007.

SINANIAN, A. et al. Addictions, évitement et répétition du traumatisme. *Médecine & Hygiène, Psychothérapies*, v. 34, n. 3, p.173-184, 2014.

SIQUEIRA, A. B. R.; DOS SANTOS, M. A.; LEONIDAS, C. Confluências das relações familiares e transtornos alimentares: revisão integrativa da literatura. *Psicologia clínica*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 123-149, abr. 2020.

SMINK, F. R. et al. Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, v. 47, p. 610–619, 2014.

SMINK, F. et al. Self-esteem and peer-perceived social status in early adolescence and prediction of eating pathology in young adulthood. *The International journal of eating disorders*, v.51, n .8, p. 852-862, 2018.

SMINK, F. R., VAN HOEKEN, D., HOEK, H. W. Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports*, v.14, n. 4, p.406–414, 2012.

SMINK, F. R., VAN HOEKEN, D., HOEK, H. W. Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, v. 26, p. 543–548, 2013.

SÖDERSTEN, P; BERGH, C; ZANDIAN, M. Psychoneuroendocrinology of anorexia nervosa. *Psychoneuroendocrinology*; v.31, n.10, p. 1149-53, 2006.

SOIFER, R. *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

SOIFER, R. *Psiquiatria infantil operativa: psicologia evolutiva e psicopatologia*. 3.ed. rev. Tradução José Cláudio de Almeida Abreu e Francisco Franke Settineri. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

SOLOMON-KRAKUS, S.; ULIASZEK, A. A.; BAGBY, R. M. Evaluating the associations between personality psychopathology and heterogeneous eating disorder behaviors: a dimensional approach. *Personality Disorders*, 2019.

SOPEZKI, D. S. *Relacionamento primário com a figura materna e autoestima em mulheres com transtornos alimentares*. 58 f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

SOUZA, L. V.; SANTOS, M. A. A família e os transtornos alimentares. *Medicina*, Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, p. 403-409, 2006.

SQUIRES, C.; PRESME, N. Quand manger fait souffrir. *Troubles alimentaires entre mère et bébé*. ERES, 2018.

SQUVERER, A. Du malaise dans la culture à une culture en corps: stylistiques de l'existence dans la culture hellénistique et dans la clinique contemporaine. *Recherches en psychanalyse*, v. 1, n. 17, p. 17-26, 2014.

STICE, E. et al. Risk factors that predict future onset of each DSM-5 eating disorder: Predictive specificity in high-risk adolescent females. *Journal of abnormal psychology* v. 126, n. 1, p. 38-51, 2017a.

SUOKAS J.T. et al. Suicide attempts and mortality in eating disorders: a follow-up study of eating disorder patients. *Gen Hosp Psychiatry*, v. 36, p. 355–7, 2014.

SZEJER, M.; STEWART, R. *Nove meses na vida da mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

TACHIBANA, M. *Fim do mundo: o imaginário da equipe de enfermagem sobre a gravidez interrompida*. 170f. Tese (Doutorado). Centro de Ciências da Vida. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, 2011.

TEODORO, P., KOGA, T.; NAKASU, M. Investigação dos padrões relacionais do vínculo mãe-filha envolvidos na obesidade feminina. *Revista de Medicina*, v. 96, n.2, p. 63-72, 2017.

TOROK, M. (1968). Doenças do luto e fantasia do cadáver saboroso. In: ABRAHAM, N.; TOROK, M. *A casca e o núcleo*. Tradução Maria José R. Faria Coracini. São Paulo: Escuta, 1995. p.215- 235.

TORRES, E. P. P.; DOS REIS, M. P. Pesquisando com o método psicanalítico. VIII *Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, p. 585-588, 2016.

TRACHTENBERG, A. R. C. A força da transmissão entre gerações e o transgeracional *Psicanálise*, Porto Alegre, v.9, n. 2, p. 341-354, 2007.

TRINCA, W. *Formas de investigação clínica em Psicologia: procedimentos de desenhos-estórias: procedimento de desenhos de família com estórias*. São Paulo: Vetor, 1997.

TURATO, E. R. A questão da complementaridade e das diferenças entre métodos quantitativos e qualitativos de pesquisa: uma discussão epistemológica necessária. In: GRUBITS, S.; NORIEGA, J. A. V (Orgs.). *Método qualitativo: epistemologia, complementariedades e campos de aplicação*. São Paulo: Vetor, 2004. p. 17- 51.

TURATO, E. R. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. 5ª ed. Petrópolis: Vozes; 2013.

TÜRY, F.; GULEÇ, H.; KOHLS, E. Assessment methods for eating disorders and body image disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, v. 69, n. 9. p. 601-611, 2010.

TURYNA, U.; ZAREMBA, S. Breastfeeding father. Father's influence on the eating problems in children. Psychodynamic approach. *Psychoterapia*, v. 3, n. 174. p. 15-23. 2015.

TUSTIN, F. (1972). *Autismo e Psicose Infantil*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

UCHITEL, M. Na borda do sintoma. FUKS, L. B.; FERRAZ, F. C. (Orgs.). *O sintoma e suas faces*. São Paulo: Escuta, 2006. p. 197-226.

VALDANHA, É. D. et al. Influência familiar na anorexia nervosa: em busca das melhores evidências científicas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 62, n. 3, p. 225-233, 2013.

VALDANHA, E. D.; SCORSOLINI-COMIN, F.; SANTOS, M. A. Anorexia nervosa e transmissão psíquica transgeracional. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 71-88, 2013.

VALDANHA-ORNELAS, E. D.; SANTOS, M. A. O percurso e seus percalços: itinerário terapêutico nos transtornos alimentares. *Psicologia: teoria e pesquisa*, v. 32, p. 169-179, 2016.

VALDANHA-ORNELAS, E. D.; SANTOS, M. A. Transtorno alimentar e transmissão psíquica transgeracional em um adolescente do sexo masculino. *Psicologia, ciência e profissão*, v.37, n. 1, p 176-191, 2017.

VAN SON, G. E., VAN HOEKEN, D. Course and outcome of eating disorders in a primary care-based cohort. *International Journal of Eating Disorder*, v. 43, n. 2, p. 130-8, 2010.

VIBERT, S. Fantasmata oedípiens et inhibition défensive dans l'anorexie mentale à l'adolescence, *Psychologie clinique et projective*, v. 18, n. 1, p. 83-125, 2012.

VIBERT, S. *Les anorexies mentales*. Presses Universitaires de France, 2015.

VILETE, E. P. O corpo e os Demônios da loucura: sobre a teoria psicossomática de Winnicott. *Revista Brasileira de Psicanálise*, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 89-99, 2008.

VILHENA, J. de. [RETRACTED ARTICLE] Corpo como tela... navalha como pincel. A escuta do corpo na clínica psicanalítica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo, v. 19, n. 4, p. 691-706, 2016.

VILLUTIS, M. I. Dor psíquica e adolescência. In: FUKS, L.; FERRAZ, F. (Org.). *A clínica conta histórias*. São Paulo: Escuta, 2000. p. 69-78.

VIOLANTE, M. L. V. Pesquisa em psicanálise. In: PACHECO FILHO, R. A.; COELHO JÚNIOR, N.; ROSA, M. D. (Orgs.), *Ciência, pesquisa, representação e realidade em Psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo: EDUC, 2000, p. 109-117.

WADDELL, M. *Vida interior: psicanálise e desenvolvimento da personalidade*. Tradução Patrícia F. Lego. São Paulo: Blucher, 2017.

WATSON, H. J. et al. Genome-wide association study identifies eight risk loci and implicates metabo-psychiatric origins for anorexia nervosa. *Nature Genetics*; v.51, n. 8, p. 1207-1214, 2019.

WILDES, J. E et al. The clinical utility of personality subtypes in patients with anorexia nervosa. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, v. 79, n. 5, p. 665-74, 2011.

WILLIAMS, N. A. et al. Role of food preoccupation and current dieting in the associations of parental feeding practices to emotional eating in young adults: a moderated mediation study. *Appetite*, v.111, p.195-202, 2017.

WINNICOTT, D. W. (1935). A defesa maníaca. In: WINNICOTT, D. W. *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas*. Tradução Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 199-217.

WINNICOTT, D. W. (1936) O apetite e os problemas emocionais. In: _____. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Tradução Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 91-111.

WINNICOTT, D. W. (1941) A observação de bebês numa situação padronizada. In: _____. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Tradução Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 112-132.

WINNICOTT, D. W. (1945). O Desenvolvimento emocional primitivo. In: _____. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 218-232.

WINNICOTT, D. W. (1945a). Alimentação do bebê. In: _____. *A criança e seu mundo*. 6. ed. Tradução Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: LTC, 2012. p. 31-36.

WINNICOTT, D. W. (1945b). O desmame. In: _____. *A criança e seu mundo*. 6. ed. Tradução Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: LTC, 2012. p. 89-94.

WINNICOTT, D. W. (1947). Mais ideias sobre os bebês como pessoais. In: _____. *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro: Zahar, 2012. p. 95-103.

WINNICOTT, D. W. (1949). Pormenores da alimentação do bebê pela mãe. In: _____. *A criança e seu mundo*. 6. ed. Tradução Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: LTC, 2012. p. 49-54.

WINNICOTT, D. W. (1950-55). A agressividade em relação ao desenvolvimento emocional. In: WINNICOTT, D. W. *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas*. Tradução Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 288-304.

WINNICOTT, D. W. (1954). Michael Balint. In: WINNICOTT, C.; SHEPPHERD, R.; DAVIS, M. (Orgs.). *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott*. Tradução José Octavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p. 331-337.

WINNICOTT, D. W. (1954). Necessidades das crianças de menos de cinco anos. In: _____. *A criança e seu mundo*. Rio de Janeiro: Zahar, 2012. p. 203-213.

WINNICOTT, D. W. (1956). A tendência anti-social. In: WINNICOTT, D. W. *Privação e Delinquência*. Tradução Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 2012. p.135-147.

WINNICOTT, D. W. (1958). A psicologia da separação. In: WINNICOTT, D. W. *Privação e Delinquência*. Tradução Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 2012. p.149-152.

WINNICOTT, D. W. (1960). Agressão, culpa e reparação. In: _____. *Tudo começa em casa*. 5. ed. Tradução Paulo Sandler. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011. p. 69-79.

WINNICOTT, D. W. (1960a). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro “self”. In: _____. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Tradução Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artmed, 1983. p. 128-139.

WINNICOTT, D. W. (1960b). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In: _____. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Tradução Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artmed, 1983. p. 38-54.

WINNICOTT, D. W. (1962) Os objetivos do tratamento psicanalítico. In: _____. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Tradução Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artmed, 1983. p. 152-155.

WINNICOTT, D. W. (1963). Comunicação e falta de comunicação levando ao estudo de opostos In: _____. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Tradução Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artmed, 1983. p. 163-174.

WINNICOTT, D. W. (1963) O medo do colapso. In: WINNICOTT, C.; SHEPPHERD, R.; DAVIS, M. (Orgs.). *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott*. Tradução José Octavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p. 70-76.

WINNICOTT, D. W. (1964a) A importância do *setting* no encontro com a regressão na psicanálise In: WINNICOTT, C.; SHEPPHERD, R.; DAVIS, M. (Orgs.). *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott*. Tradução José Octavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p. 70-76.

WINNICOTT, D. W. (1964b) O Jogo do Rabisco. In: WINNICOTT, C.; SHEPPHERD, R.; DAVIS, M. (Orgs.). *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott*. Tradução José Octavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p. 230-243.

WINNICOTT, D. W. (1964). Este feminismo. In: _____. *Tudo começa em casa*. 5. ed. Tradução Paulo Sandler. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011. p. 183-195.

WINNICOTT, D. W. (1964). Amamentação. In: _____. *A criança e seu mundo*. 6. ed. Tradução Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: LTC, 2012. p. 55-63.

WINNICOTT, D. W. (1965). O valor da consulta terapêutica. In: WINNICOTT, C.; SHEPPHERD, R.; DAVIS, M. (Orgs.). *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p. 244-248.

WINNICOTT, D. W. (1965b). Uma nova luz sobre o pensar infantil. In: _____. *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p. 119-123.

WINNICOTT, D. W. (1965a) A família e a maturidade emocional. In: _____. *A família e o desenvolvimento individual*. 4 ed. Tradução Marcelo Brandão Cipolla. São Paulo: Martins Fontes, 2011. p. 129-138.

WINNICOTT, D. W. (1965b) O primeiro ano de vida. Concepções modernas do desenvolvimento emocional. In: _____. *A família e o desenvolvimento individual*. 4 ed. Tradução Marcelo Brandão Cipolla. São Paulo: Martins Fontes, 2011. p. 3-20.

WINNICOTT, D. W. (1965c) O relacionamento inicial entre uma mãe e seu bebê. In: _____. *A família e o desenvolvimento individual*. 4 ed. Tradução Marcelo Brandão Cipolla. São Paulo: Martins Fontes, 2011. p. 21-28.

WINNICOTT, D. W. (1966a). A enfermidade psicossomática em seus aspectos positivos e negativos. In: WINNICOTT, C.; SHEPPHERD, R.; DAVIS, M. (Orgs.). *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott*. Tradução José Octavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p. 82-90.

WINNICOTT, D. W. (1965b). O conceito de trauma em relação ao desenvolvimento do indivíduo dentro da família. In: WINNICOTT, C.; SHEPPHERD, R.; DAVIS, M. (Orgs.). *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott*. Tradução José Octavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p. 102-115.

WINNICOTT, D. W. (1966). A mãe dedicada comum. In: _____. *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes, 2002. p. 1-11.

WINNICOTT, D. W. (1967). O conceito de indivíduo saudável. In: _____. *Tudo começa em casa*. 5. ed. Tradução Paulo Sandler. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011. p. 3-22.

WINNICOTT, D. W. (1968a). A comunicação entre o bebê e a mãe e entre a mãe e o bebê: convergências e divergências. In: WINNICOTT, D. W. *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes, 2002. p. 79-92.

WINNICOTT, D. W. (1968b). A amamentação como forma de comunicação. In: WINNICOTT, D. W. *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes, 2002. p. 19-27.

WINNICOTT, D. W. (1969). A imaturidade do adolescente. In: _____. *Tudo começa em casa*. 5. ed. Tradução Paulo Sandler. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011. p. 145-163.

WINNICOTT, D. W. (1969a). A experiência mãe-bebê de mutualidade. In: WINNICOTT, C.; SHEPPHERD, R.; DAVIS, M. (Orgs.). *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott*. Tradução José Octavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p. 195-202.

WINNICOTT, D. W. (1969b). O uso de um objeto no contexto de Moisés e o monoteísmo. In: WINNICOTT, C.; SHEPPHERD, R.; DAVIS, M. (Orgs.). *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott*. Tradução José Octavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p. 187-191.

WINNICOTT, D. W. (1970). Sobre as bases para o self no corpo. In: WINNICOTT, C.; SHEPPHERD, R.; DAVIS, M. (Orgs.). *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott*. Tradução José Octavio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p. 203-218.

WINNICOTT, D. W. (1971) *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

WINNICOTT, D. W. (1971) *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. Rio de Janeiro: Imago, 1984.

WINNICOTT, D. W. (1977). Alimentação do Bebê In: _____. *A criança e seu mundo*. 6. ed. Tradução Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: LTC, 2012. p. 31-36.

WINNICOTT, D. W. (1982). E o pai? In: _____. *A criança e seu mundo*. 6. ed. Tradução Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: LTC, 2012. p. 127-133.

WINNICOTT, D. W. (1988) *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

WINNICOTT, D. W. (1989). A cura. In: _____. *Tudo começa em casa*. 5. ed. Tradução Paulo Sandler. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011. p. 105-114.

WINOGRAD, M. E TEIXEIRA, L. C. Afeto e adoecimento do corpo: considerações psicanalíticas. *Ágora*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 165-182, 2011.

XIMENES, R. C. C. et al. Versão brasileira do “BITE” para uso em adolescentes. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 63, n. 1, p. 52-63, 2011.

YAGER, J. Avaliação e determinação das abordagens iniciais para o tratamento de pacientes com transtornos da alimentação. In: YAGER, J.; POWERS, O. S. (Orgs.). *Manual clínico de transtornos da alimentação*. Porto Alegre: Artmed; 2010. p. 51-102.

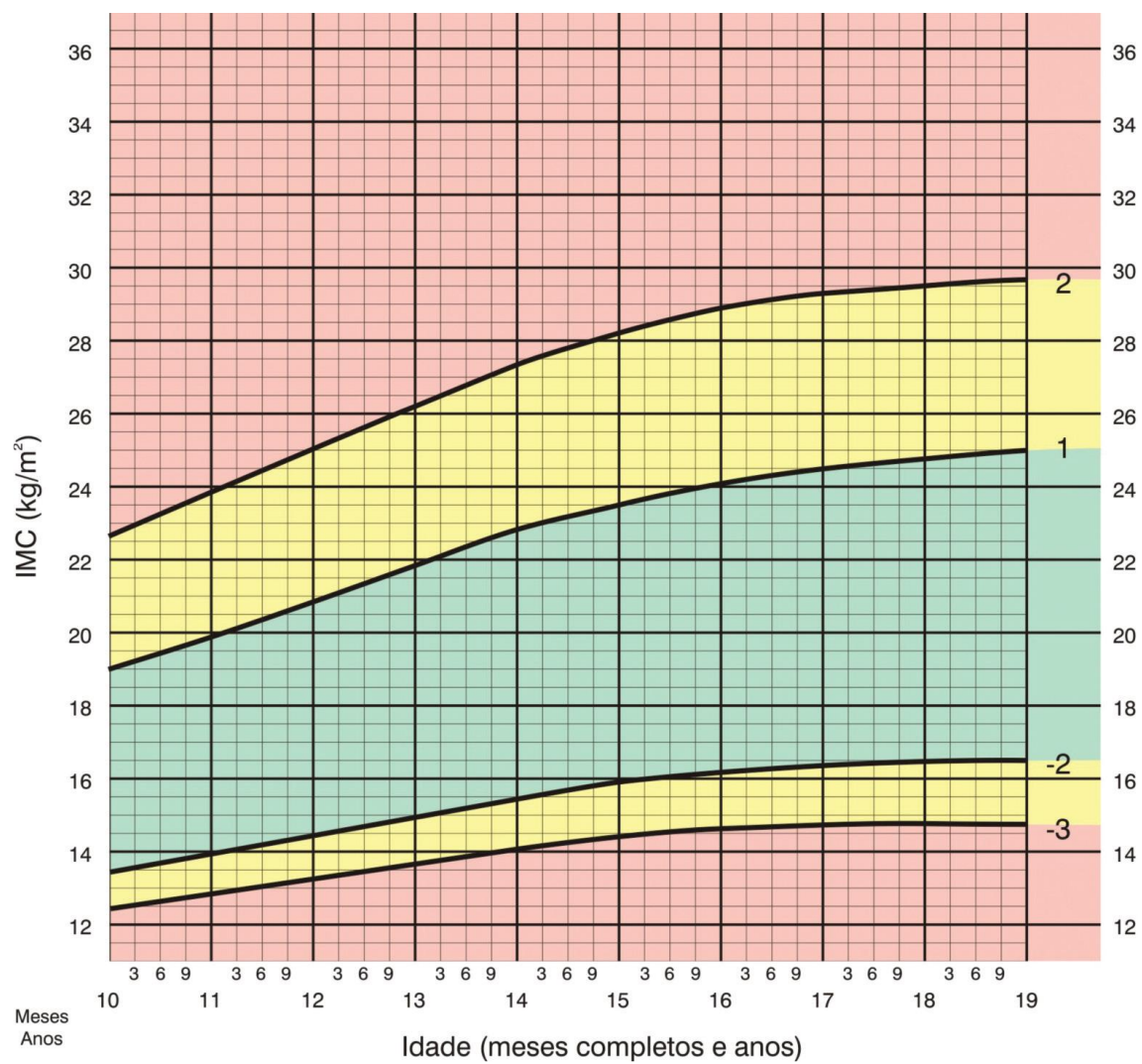
YAZAN, B. DE VASCONCELOS, Tradução de Ivar Cesar Oliveira. Três abordagens do método de estudo de caso em educação: Yin, Merriam e Stake. *Revista Meta: Avaliação*, [S.l.], v. 8, n. 22, p. 149-182, 2016.

YAZAN, B. Three Approaches to case study methods in education: Yin, Merriam, and Stake. *The Qualitative Report*, v. 20, n. 2, p. 134-152, 2015.

ZIMERMAN D. *Vocabulário contemporâneo de psicanálise*. Porto Alegre: Artmed; 2008.

ANEXOS

ANEXO A – Curva IMC-por-idade: adolescentes (sexo feminino)



Fonte: BRASIL (2010)

ANEXO B – Autorização das Instituições Coparticipantes
- Clínica de Psicologia - UniFil



Declaração de Concordância dos Serviços Envolvidos e/ou de Instituição
Co-Participante

Londrina, 06 de Março de 2018.

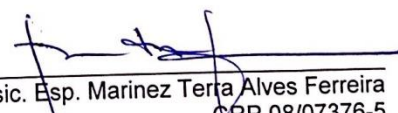
Ilma. Profa Me Solange Aparecida de Oliveira Neves
Coordenadora do CEP/UniFil

Senhora Coordenadora

Declaramos que nós da Clínica de Psicologia do Centro Universitário Filadélfia (UniFil), estamos de acordo com a condução do projeto de pesquisa "A relação de cuidado e seus significados para pacientes com transtornos alimentares e seus pais: um estudo psicanalítico" sob a responsabilidade de Heloisa Aguetoni Cambuí, nas nossas dependências, tão logo o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro Universitário Filadélfia até o seu final em 01/03/2020.

Estamos cientes que as unidades de análise da pesquisa serão adolescentes do sexo feminino e seus pais que buscarem por atendimento psicológico em transtornos alimentares na Clínica de Psicologia da UniFil, bem como de que o presente trabalho deve seguir a Resolução 466/2012 do CNS e complementares.

Atenciosamente,


Psic. Esp. Marinez Terra Alves Ferreira
CRP 08/07376-5
Coordenadora do Serviço de
Psicologia da UniFil

Psic. Esp. Marinez Terra Alves Ferreira
Coordenadora do Serviço de Psicologia-Unifil
CRP-08/07376-5

- Clínica de Educação para a Saúde

Centro Universitário Filadélfia – UniFil
Clínica de Educação para a Saúde – CEPS

Rua Prefeito Faria Lima, 1313. Ambulatório Alto da Colina (Fundos). Londrina, PR.
CEP: 86061-450. Fone: (43) 3338-3488 – E-mail: ceps@unifil.br

Declaração de Concordância dos Serviços Envolvidos e/ou de Instituição

Co-Participante

Londrina, 06 de Março de 2018.

Ilma. Profa Me Solange Aparecida de Oliveira Neves
Coordenadora do CEP/UniFil

Senhora Coordenadora

Declaramos que nós da Clínica de Educação para a Saúde (CEPS), estamos de acordo com a condução do projeto de pesquisa “A relação de cuidado e seus significados para pacientes com transtornos alimentares e seus pais: um estudo psicanalítico” sob a responsabilidade de Heloisa Aguetoni Cambuí, nas nossas dependências, tão logo o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro Universitário Filadélfia até o seu final em 01/03/2020.

Estamos cientes que as unidades de análise da pesquisa serão adolescentes do sexo feminino e seus pais que buscarem por atendimento psicológico em transtornos alimentares na Clínica de Psicologia da UniFil, bem como de que o presente trabalho deve seguir a Resolução 466/2012 do CNS e complementares.

Atenciosamente,


Giselli Renata Gonçalves
Psicóloga
CRP-08/14437

Psic. Ma. Giselli Renata Gonçalves
Coordenadora do CEPS – Clínica de Educação para a Saúde - UniFil
CRP 08/14437

ANEXO C – Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26)

O EAT (*Eating Atitudes Test*) foi desenvolvido por Garner e Garfinkel (1979), sendo o instrumento mais aplicado, no âmbito clínico e científico, para a investigação dos sintomas e comportamentos de risco para o desenvolvimento de TAs, especialmente de AN (TÜRY; GULEÇ; KOHLS, 2010; CÓRDAS; NEVES, 1999).

A versão reduzida denominada por EAT-26 foi traduzida para o português e validada por Nunes et al.(1994) e, por sua vez, a tradução e adaptação do EAT-26 para uso em adolescentes foi feita por Bighetti et al. (2004), cuja validação e confiabilidade da consistência interna foram consideradas estatisticamente satisfatórias. Neste estudo, optou-se pela versão do EAT-26 para uso em adolescentes de Bighetti et al. (2004).

Trata-se de um instrumento autoaplicável construído a partir da escala tipo *Likert* de seis pontos, que contém 26 itens divididos, em três escalas que incluem: padrões de comportamento restritivos (dieta e jejuns), comportamentos bulímicos, preocupação com os alimentos e autocontrole oral.

Considera-se que escores maiores que 21 são indicativos de comportamento alimentar de risco para TAs (BIGHETTI et al., 2004; GARNER et al., 1982).

O respondente leva em torno de 2 minutos para o preenchimento do questionário.

Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26)

Versão em português (BIGHETTI, 2004).

Por favor, responda as seguintes questões:	Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Poucas vezes	Quase nunca	Nunca
1. Fico apavorada com a ideia de estar engordando.						
2. Evito comer quando estou com fome.						
3. Sinto-me preocupada com os alimentos.						
4. Continuar a comer em exagero faz com que eu sinta que não sou capaz de parar.						
5. Corto os meus alimentos em pequenos pedaços.						
6. Presto atenção à quantidade de calorias dos alimentos que eu como.						
7. Evito, particularmente, os alimentos ricos em carboidratos (Ex. pão, arroz, batatas, etc.).						
8. Sinto que outros gostariam que eu comesse mais.						
9. Vomito depois de comer.						
10. Sinto-me extremamente culpada depois de comer.						
11. Preocupo-me com o desejo de ser mais magra.						
12. Penso em queimar calorias a mais quando me exercito.						
13. As pessoas me acham muito magra.						
14. Preocupo-me com a ideia de haver gordura em meu corpo.						
15. Demoro mais tempo para fazer minhas refeições do que as outras pessoas.						
16. Evito comer alimentos que contenham açúcar.						
17. Costumo comer alimentos dietéticos.						
18. Sinto que os alimentos controlam minha vida.						
19. Demonstro autocontrole diante dos alimentos.						
20. Sinto que os outros me pressionam para comer.						
21. Passo muito tempo pensando em comer.						
22. Sinto desconforto após comer doces.						
23. Faço regimes para emagrecer.						
24. Gosto de sentir meu estômago vazio.						
25. Gosto de experimentar novos alimentos ricos em calorias.						
26. Sinto vontade de vomitar após as refeições.						

Muito obrigada pela sua contribuição!

ANEXO D – Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo - (BITE)

O BITE (*Bulimic Inventory Test Edinburgh*) foi criado por Henderson e Freeman (1987) para fins de rastreamento e avaliação da gravidade da BN. A versão do BITE em português e sua validação para a população brasileira foi feita por Córdas e Hochgraf (1993) e a tradução, adaptação e validação para o uso em adolescentes por Ximenes et al. (2011).

Neste estudo fez-se uso do BITE para uso em adolescentes (XIMENES et al., 2011). Este instrumento é composto por 33 questões e foi complementado pela Parte I (12 questões) da versão do BITE para a população geral (CÓRDAS; HOCHGRAF, 1993),.

É recomendável que o participante responda o questionário considerando os últimos três meses e sua aplicação tem duração aproximada de 3 a 5 minutos.

A versão do BITE para adolescentes se constitui por uma escala de sintomas, composta por 30 itens, com opção de respostas sim (1ponto) ou não (0 ponto), cuja pontuação varia de 0 a 30.

Nas questões 1, 13, 21, 23 e 31 pontua-se inversamente. A somatória final da pontuação das respostas quando apresenta escore elevado, isto é, acima de 20 pontos indica padrão alimentar muito perturbado e presença de compulsão alimentar. Já, quando a somatória total final apresenta escores médios entre 10 a 19 pontos, alerta para a presença de padrão alimentar não-usual que necessita de avaliação adicional por meio de entrevista clínica e, por fim, escores abaixo de 10, na somatória final da pontuação, são considerados como dentro do limite da normalidade.

O BITE também é composto por uma escala de gravidade dos sintomas, com três itens dimensionais (6, 7 e 27), cujo escore maior que 5 é considerado clinicamente significativo para BN e escores maior ou igual a 10 pontos, indicam grau de gravidade (XIMENES et al., 2011).

Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo (BITE)

Versão brasileira para adolescentes do BITE (XIMENES et al., 2011)

Parte I

1. Qual é a sua altura? _____
2. Qual é o seu peso **atual**? _____
3. Qual é o peso **máximo** que você já apresentou? _____
4. Qual é o peso **mínimo** que você já apresentou? _____
5. Qual é, no seu entender, seu **peso ideal**? _____
6. Você se sente em relação ao seu peso:
 - () muito gorda
 - () gorda
 - () médio
 - () abaixo do peso
 - () muito abaixo do peso
7. Você tem períodos menstruais regulares?
 - () sim
 - () não
8. Com que frequência você, em média, faz as seguintes refeições? *(Circule ou marque um "x" a opção)*

	Todos os dias	5 dias/sem	3 dias/sem	1 dia/sem	Nunca
Café da manhã	1	2	3	4	5
Almoço	1	2	3	4	5
Jantar	1	2	3	4	5
Lanches entre refeições	1	2	3	4	5

9. Você alguma vez teve uma orientação profissional com a finalidade de fazer regime ou ser orientada quanto à sua alimentação?
 - () sim
 - () não
10. Alguma vez foi membro de alguma sociedade ou clube para emagrecimento?
 - () sim
 - () não
11. Você alguma vez teve algum tipo de problema alimentar?
 - () sim
 - () não
12. Caso sim descreva com detalhes: _____

Parte II

1. Você segue um padrão regular de alimentação?
 - () sim
 - () não
 2. Você costuma seguir dietas de forma rigorosa?
 - () sim
 - () não
 3. Você considera um fracasso quebrar a dieta uma vez?
 - () sim
 - () não
 4. Você conta as calorias de tudo o que come, inclusive quando não está de dieta?
 - () sim
 - () não
 5. Você, de vez em quando, fica sem se alimentar por um dia inteiro?
 - () sim
 - () não
- (Se a resposta for NÃO, vá para a QUESTÃO 7! Se a resposta for SIM, siga para a QUESTÃO 6).*

6. Se a sua resposta foi SIM para a questão 5, com que frequência você fica sem se alimentar por um dia inteiro? Ponha o número corresponde a sua resposta aqui (____)

Dia sim, dia não - (5)
2-3 vezes na semana - (4)
Uma vez por semana - (3)
De vez em quando - (2)
Apenas uma vez - (1)

7. Utiliza algum dos seguintes métodos para perder peso? Com que frequência?

	Nunca	Raramente	1 vez/ sem.	2-3 vezes/ sem.	Diariamente	2-3 vezes/ dia	5 vezes/ dia
Comprimidos para emagrecer							
Diuréticos							
Laxantes							
Provoca vômitos							

8. Os seus hábitos alimentares atrapalham sua vida?

() sim () não

9. Você diria que a comida “domina” sua vida?

() sim () não

10. De vez em quando, você come até sentir-se mal fisicamente e ter que parar?

() sim () não

11. Há momentos em que você só consegue pensar em comida?

() sim () não

12. Você come moderadamente em frente aos outros e, em compensação, exagera quando está sozinho?

() sim () não

13. Você sempre consegue parar de comer quando quer?

() sim () não

14. Você, de vez em quando, sente um desejo incontrolável de comer sem parar?

() sim () não

15. Quando você está ansioso(a), tende a comer muito?

() sim () não

16. A ideia de ficar gordo(a) o(a) apavora?

() sim () não

17. Você, alguma vez, come rapidamente grandes quantidades de alimento (fora das refeições)?

() sim () não

18. Você, alguma vez, sentiu vergonha de seus hábitos alimentares?

() sim () não

19. O fato de você não conseguir se controlar para comer o(a) preocupa?

() sim () não

20. Você busca na comida um conforto emocional?

() sim () não

21. Você costuma deixar comida no prato ao final de uma refeição?

() sim () não

22. Você engana os outros sobre quanto come?

() sim () não

23. A quantidade que você come é proporcional à fome que sente?

() sim () não

24. Você já se alimentou de grande quantidade de alimentos em pouco tempo?

() sim () não

(Se a resposta for NÃO, vá para a QUESTÃO 28! Se a resposta for SIM, siga para a QUESTÃO 25).

25. Esse episódio o deixou deprimido?

() sim () não

26. Esses episódios acontecem apenas quando você está sozinho(a)?

() sim () não

27. Com que frequência esses episódios ocorrem? Ponha o número corresponde a sua resposta aqui (____)

Quase nunca - (1)
Uma vez por mês - (2)
Uma vez por semana - (3)
Duas ou três vezes por semana (4)
Diariamente - (5)
Duas ou três vezes por dia - (6)

28. Você faria grandes sacrifícios para satisfazer uma vontade incontrolável de comer?

() sim () não

29. Se você comer demais, sente-se muito culpado(a) por isso?

() sim () não

30. Você, de vez em quando, come escondido(a)?

() sim () não

31. Você consideraria seus hábitos alimentares normais?

() sim () não

32. Você se consideraria uma pessoa que come em exagero e não consegue parar?

() sim () não

33. Seu peso aumenta ou diminui mais que 2Kg em uma semana?

() sim () não

Por favor, verifique se respondeu a todos os questionamentos.

Muito obrigada pela sua contribuição!

ANEXO E - Questionário sobre a imagem corporal (BSQ-34)

O BSQ (*Body Shape Questionnaire*) foi desenvolvido por Cooper et al. (1987), sendo traduzido e validado para a população brasileira por Córdas e Castilho (1994).

Apresenta uma escala *likert* de seis pontos e tem por finalidade avaliar as distorções e o grau de satisfação em relação à imagem corporal.

As pontuações podem indicar diferentes níveis de distorção da imagem corporal (sem distorção, distorção leve, distorção moderada e distorção grave), vide tabela 3.

Tabela 3. Critério para classificação da insatisfação com a imagem corporal a partir do somatório de pontos obtidos no Questionário de Imagem Corporal – BSQ

CLASSIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO
Ausência de insatisfação	Somatório menor ou igual ($\leq$) a 110
Insatisfação leve	Somatória entre 111 a 138
Insatisfação moderada	Somatória entre 139 a 167
Insatisfação grave	Somatória igual ou maior 168

Fonte: Adaptado de Córdas e Castilho (1994)

Questionário sobre a Imagem Corporal (BSQ-34)

Versão em português (CÓRDAS; CASTILHO, 1994).

Gostaríamos de saber como você vem se sentindo em relação à sua aparência nas últimas quatro semanas. Por favor, leia cada questão e faça um círculo apropriado na resposta que mais se adequar, utilizando a legenda abaixo:

1 - Nunca
2 - Raramente
3 - Às vezes
4. Frequentemente
5. Muito frequentemente
6. Sempre

Por favor, responda a todas as questões.

Nas últimas quatro semanas:

1. Sentir-se entediada faz você se preocupar com sua forma física?	1	2	3	4	5	6
2. Você tem estado tão preocupada com sua forma física a ponto de sentir que deveria fazer dieta?	1	2	3	4	5	6
3. Você acha que suas coxas, quadril ou nádegas são grande demais para o restante de seu corpo?	1	2	3	4	5	6
4. Você tem sentido medo de ficar gorda (ou mais gorda)?	1	2	3	4	5	6
5. Você se preocupa com o fato de seu corpo não ser suficientemente firme?	1	2	3	4	5	6
6. Sentir-se satisfeita (por exemplo: após ingerir uma grande refeição) faz você sentir-se gorda?	1	2	3	4	5	6
7. Você já se sentiu tão mal a respeito do seu corpo que chegou a chorar?	1	2	3	4	5	6
8. Você já evitou correr pelo fato de que seu corpo poderia balançar?	1	2	3	4	5	6
9. Estar com mulheres magras faz você se sentir preocupada em relação ao seu físico?	1	2	3	4	5	6
10. Você já se preocupou com o fato de suas coxas poderem espalhar-se quando se senta?	1	2	3	4	5	6
11. Você já se sentiu gorda, mesmo comendo uma quantidade menor de comida?	1	2	3	4	5	6
12. Você tem reparado no físico de outras mulheres e, ao se comparar, sente-se em desvantagem?	1	2	3	4	5	6
13. Pensar no seu físico interfere em sua capacidade de se concentrar em outras atividades (como por exemplo, enquanto assiste à televisão, lê ou participa de uma conversa)?	1	2	3	4	5	6
14. Estar nua, por exemplo, durante o banho, faz você se sentir gorda?	1	2	3	4	5	6
15. Você tem evitado usar roupas que a fazem notar as formas do seu corpo?	1	2	3	4	5	6
16. Você se imagina cortando fora porções de seu corpo?	1	2	3	4	5	6
17. Comer doce, bolos ou outros alimentos ricos em calorias faz você se sentir gorda?	1	2	3	4	5	6
18. Você deixou de participar de eventos sociais (como, por exemplo, festas) por sentir-se mal em relação ao seu físico?	1	2	3	4	5	6
19. Você se sente excessivamente grande e arredondada?	1	2	3	4	5	6

	1 - Nunca	2 - Raramente	3 - Às vezes	4. Frequentemente	5. Muito frequentemente	6. Sempre
20. Você já teve vergonha do seu corpo?	1	2	3	4	5	6
21. A preocupação diante do seu físico leva-lhe a fazer dieta?	1	2	3	4	5	6
22. Você se sente mais contente em relação ao seu físico quando de estômago vazio (por exemplo, pela manhã)?	1	2	3	4	5	6
23. Você acha que seu físico atual decorre de uma falta de autocontrole?	1	2	3	4	5	6
24. Você se preocupa que outras pessoas possam estar vendo dobras na sua cintura ou estômago?	1	2	3	4	5	6
25. Você acha injusto que as outras mulheres sejam mais magras que você?	1	2	3	4	5	6
26. Você já vomitou para se sentir mais magra?	1	2	3	4	5	6
27. Quando acompanhada, você fica preocupada em estar ocupando muito espaço (por exemplo, sentado num sofá ou no banco de um ônibus)?	1	2	3	4	5	6
28. Você se preocupa com o fato de estarem surgindo dobrinhas em seu corpo?	1	2	3	4	5	6
29. Ver seu reflexo (por exemplo, num espelho ou na vitrine de uma loja) faz você sentir-se mal em relação ao seu físico?	1	2	3	4	5	6
30. Você belisca áreas de seu corpo para ver o quanto há de gordura?	1	2	3	4	5	6
31. Você evita situações nas quais as pessoas possam ver seu corpo (por exemplo, vestiários ou banhos de piscina)?	1	2	3	4	5	6
32. Você toma laxantes para se sentir magra?	1	2	3	4	5	6
33. Você fica particularmente consciente do seu físico quando em companhia de outras pessoas?	1	2	3	4	5	6
34. A preocupação com seu físico faz-lhe sentir que deveria fazer exercícios?	1	2	3	4	5	6

Por favor, verifique se respondeu a todos os questionamentos.

Muito obrigada pela sua contribuição!

ANEXO F – Parecer consubstanciado CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A relação de cuidado e seus significados para pacientes com transtornos alimentares e seus pais: um estudo psicanalítico.

Pesquisador: HELOISA AGUETONI CAMBUI

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 87605118.7.0000.5217

Instituição Proponente: Centro Universitário Filadélfia - UniFil

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.613.483

Apresentação do Projeto:

Os transtornos alimentares em adolescentes constituem parcela significativa da demanda clínica da atualidade. Buscar-se-á, neste estudo, compreender as experiências e os significados afetivo-emocionais relacionados aos cuidados na perspectiva de adolescentes com diagnóstico de transtorno alimentar e seus pais. Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter empírico, delineado a partir do estudo de casos múltiplos. Participarão, deste estudo, 10 tríades mães-pais-filhas. Os instrumentos utilizados para a coleta de dados serão a entrevista clínica semiestruturada e o Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema, tendo como foco as experiências situacionais em profundidade associadas às relações de cuidado. Os dados serão qualitativamente analisados de acordo com a Teoria dos Campos de Herrmann, que servirá como suporte metodológico do

estudo, tendo como referencial teórico a psicanálise. Espera-se que este estudo possa proporcionar conhecimento para a prática clínica, buscando

por uma compreensão mais aprofundada, que poderá subsidiar elaborações teórico-práticas no âmbito interventivo e preventivo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

O objetivo deste estudo é compreender os significados afetivo-emocionais associados às relações

Endereço: Rua Alagoas, 2050 - CxP. 196
Bairro: Centro **CEP:** 86.020-300
UF: PR **Município:** LONDRINA
Telefone: (43)3375-7439 **Fax:** (43)3375-7439 **E-mail:** comite.etica@unifil.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO
FILADÉLFIA - UNIFIL



Continuação do Parecer: 2.613.483

de cuidado na perspectiva de adolescentes diagnosticadas com TAs e seus pais.

Objetivo Secundário:

Investigar as vivências e os significados emocionais relacionados aos cuidados parentais recebidos, desde a infância até a adolescência, por pacientes diagnosticadas com TA;

Conhecer como as mães e os pais de adolescentes com TA vivenciaram o processo de cuidados e os significados emocionais dessa experiência, desde a gestação até o momento da adolescência dessas filhas;

Descrever as características, a configuração e o funcionamento dinâmico parental no exercício dos cuidados essenciais à pacientes diagnosticadas com AN e BN;

Identificar possíveis formas de articulação entre o desenvolvimento do processo de constituição subjetiva, que é facilitado pela relação de cuidados, e os sintomas de TA.

Caracterizar, em adolescentes com TA, padrões de comportamento alimentar, comportamentos bulímicos, preocupação com os alimentos, autocontrole oral, distorções e o grau de satisfação em relação à imagem corporal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa não incorre riscos aos participantes, pois os instrumentos aplicados se constituem por entrevista, desenho e contação de história, que fazem parte de atividades cotidianas, que não geram desconforto físico, moral ou emocional. Entretanto, caso os participantes se sintam perturbados, será oferecido atendimento psicológico na Clínica de Psicologia da UniFil, Rua Alagoas, 2050, Londrina-PR, (43) 3375-7551.

Benefícios:

Em termos dos benefícios potenciais espera-se que a pesquisa possa contribuir para a produção de conhecimento, buscando uma compreensão mais aprofundada que poderá subsidiar elaborações teórico-práticas no âmbito interventivo e preventivo dos TAs.

Espera-se que este estudo possa proporcionar conhecimento para a prática clínica no que se refere a articulação entre as vivências e os sentidos relacionados aos cuidados e os vínculos primários entre os pais e a paciente com TA, bem como, sobre o desenvolvimento do processo de constituição subjetiva dessas pacientes e o aparecimento da sintomatologia, buscando maior compreensão e aprofundamento, além da elaboração de manejos interventivos e preventivos visando a promoção de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa investigativa sobre transtornos alimentares em adolescentes, visando contribuir para o

Endereço: Rua Alagoas, 2050 - CxP. 196

Bairro: Centro

CEP: 86.020-300

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3375-7439

Fax: (43)3375-7439

E-mail: comite.etica@unifil.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO
FILADÉLFIA - UNIFIL



Continuação do Parecer: 2.613.483

estudo de acompanhamento psicológico e tratamento clínico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- TCLE: A linguagem está clara e adequada ao participante da pesquisa. Justificativa e procedimento foram detalhados com clareza. Os objetivos propostos foram claramente apresentados. Os prováveis riscos e benefícios foram claramente descritos. A assistência para evitar ou minimizar os prováveis riscos foram devidamente elucidados. Ficou explícito que o participante da pesquisa tem liberdade em participar, recusar ou retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização. O pesquisador deixou explícito que não haverá gratificação para participar da pesquisa. Os endereços ou fones do pesquisador ou do CEP foram citados, caso o participante de pesquisa necessite contatá-los

- Cronograma: O cronograma apresentado está detalhado e com as datas inseridas de forma coerente com as etapas.

- Folha de Rosto: O documento apresentado está devidamente datado e assinado

Carta de Autorização: O documento foi apresentado em papel timbrado. A identificação, a assinatura e o carimbo do responsável pelo local onde realizará a pesquisa foram apresentados.

- Termo de Sigilo ou Confidencialidade: O pesquisador se identificou e título e objetivos foram claramente descritos. O pesquisador explicita o compromisso de sigilo e confidencialidade. Documento devidamente datado e assinado.

- Projeto Detalhado: preenchimento do formulário adequadamente

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O CEP-UniFil concede parecer favorável a realização da pesquisa, pois atende a Resolução CNS 466/2012

Considerações Finais a critério do CEP:

O pesquisador responsável deverá apresentar um relatório parcial após 6 meses da aprovação da pesquisa por esse CEP e ao término, deverá apresentar o relatório final. O modelo para esses relatórios encontram-se disponíveis no site da UniFil link <http://www.unifil.br>.

Endereço: Rua Alagoas, 2050 - CxP. 196

Bairro: Centro

CEP: 86.020-300

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3375-7439

Fax: (43)3375-7439

E-mail: comite.etica@unifil.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO
FILADÉLFIA - UNIFIL



Continuação do Parecer: 2.613.483

br/portal/pesquisa/cep-comite-de-etica-em-pesquisa-com-seres-humanos

Lembrando que algumas pesquisas encerram em menos de 6 meses, portanto, apresentar apenas o relatório final.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	testedeinvestigacao.pdf	16/04/2018 17:03:21	Solange Aparecida de Oliveira Neves	Aceito
Outros	testedeatitude.pdf	16/04/2018 17:03:03	Solange Aparecida de Oliveira Neves	Aceito
Outros	roteirodeentrevista.pdf	16/04/2018 17:02:26	Solange Aparecida de Oliveira Neves	Aceito
Outros	questionarioimagemcorporal.pdf	16/04/2018 17:02:02	Solange Aparecida de Oliveira Neves	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLErelacaodecuidado.pdf	16/04/2018 17:01:14	Solange Aparecida de Oliveira Neves	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE.pdf	16/04/2018 17:00:53	Solange Aparecida de Oliveira Neves	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodetalhadorelacaodecuidado.pdf	16/04/2018 17:00:31	Solange Aparecida de Oliveira Neves	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1091668.pdf	19/03/2018 11:12:44		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Doutorado_UNESP_2018.pdf	19/03/2018 11:11:47	HELOISA AGUETONI CAMBUI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAO_COPARTICIPANTE_CEPS.pdf	19/03/2018 11:09:43	HELOISA AGUETONI CAMBUI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAO_COPARTICIPANTE_UNIFIL.pdf	17/03/2018 14:26:39	HELOISA AGUETONI CAMBUI	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_COMITE_PLATAFORMA_BRASIL.pdf	13/03/2018 14:41:58	HELOISA AGUETONI CAMBUI	Aceito
Outros	TERMO_RESPONSABILIDADE_E_GUARDA.pdf	13/03/2018 04:06:50	HELOISA AGUETONI CAMBUI	Aceito
Outros	TERMO_CONFIABILIDADE_E_SIGILO.pdf	13/03/2018 04:06:23	HELOISA AGUETONI CAMBUI	Aceito

Endereço: Rua Alagoas, 2050 - CxP. 196

Bairro: Centro

CEP: 86.020-300

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3375-7439

Fax: (43)3375-7439

E-mail: comite.etica@unifil.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO
FILADÉLFIA - UNIFIL



Continuação do Parecer: 2.613.483

Orçamento	ORCAMENTO.pdf	13/03/2018 04:05:47	HELOISA AGUETONI CAMBUI	Aceito
Outros	Cartaz_convite_informativo_VERSAO_FINAL.jpg	11/03/2018 16:33:39	HELOISA AGUETONI CAMBUI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_RESPONSAVEL_LEGAL_PAIS.pdf	11/03/2018 16:27:22	HELOISA AGUETONI CAMBUI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PARTICIPANTE_MENOR_DE_IDADE_ADOLESCENTE.pdf	11/03/2018 16:27:07	HELOISA AGUETONI CAMBUI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PARTICIPANTE_MAIOR_DE_IDADE.pdf	11/03/2018 16:26:54	HELOISA AGUETONI CAMBUI	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	11/03/2018 16:26:05	HELOISA AGUETONI CAMBUI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LONDRINA, 23 de Abril de 2018

Assinado por:
Solange Aparecida de Oliveira Neves
(Coordenador)

Endereço: Rua Alagoas, 2050 - CxP. 196

Bairro: Centro

CEP: 86.020-300

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3375-7439

Fax: (43)3375-7439

E-mail: comite.etica@unifil.br

APÊNDICES

**APÊNDICE A – Cartaz convite para tratamento psicológico aos TAs
(Informação voltada aos pais de adolescentes)**

Tratamento psicológico para TRANSTORNOS ALIMENTARES

Você é MÃE ou PAI de uma
ADOLESCENTE (10 a 20 anos) que
apresenta os seguintes comportamentos?



- Medo intenso em ganhar peso;
- Medo de comer alimentos considerados calóricos;
- Preocupa-se intensamente com o corpo e com a alimentação;
- Considera-se acima do peso, mesmo estando magro ou muito magro;
- Come cada vez menos e/ou em alguns momentos, come grande quantidade de comida;
- Tenta prevenir o ganho de peso quando considera que comeu demais, por meio de provocar o vômito, fazer atividade física ou jejum/dietas.

**Se você respondeu SIM, para algumas dessas questões, entre em contato. Sua filha pode estar precisando de ajuda.
SAIBA COMO VOCÊ PODE AJUDA-LA!**

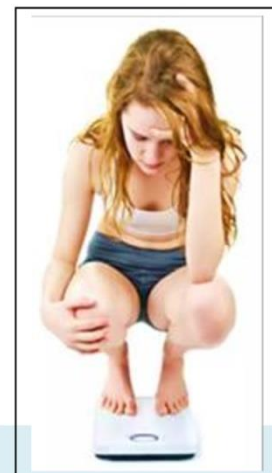
LOCAL 	ENDEREÇO 	CONTATO 
Clínica de Psicologia da UniFil	Rua Alagoas, n° 2050, Centro, Londrina.	(43) 3375-7551
CEPS UniFil (Clínica de Educação para a Saúde)	Rua Prefeito Faria Lima, n° 1313 – Bairro Maringá, Londrina.	(43) 3338-3488
<u>PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:</u> HELOISA AGUETONI CAMBUÍ	Psicóloga (CRP: 06/101051; 08/IS-438) Doutoranda em Psicologia do Desenvolvimento e da Aprendizagem (UNESP)  nucleoassistenciatas@gmail.com	(43) 99152-5397  

Cartaz convite para tratamento psicológico aos TAs
(Informação voltada às adolescentes)

Tratamento psicológico para TRANSTORNOS ALIMENTARES

VOCÊ possui entre 10 a 20 anos
e apresenta os seguintes
comportamentos?

- Medo intenso em ganhar peso;
- Medo de comer alimentos considerados calóricos;
- Preocupa-se intensamente com o corpo e com a alimentação;
- Considera-se acima do peso, mesmo estando magro ou muito magro;
- Come cada vez menos e/ou em alguns momentos, come grande quantidade de comida;
- Tenta prevenir o ganho de peso quando considera que comeu demais, por meio de provocar o vômito, fazer atividade física ou jejum/dietas.



Se você respondeu sim, para algumas dessas questões, entre em contato.

SAIBA COMO VOCÊ PODE SE AJUDAR!

LOCAL 	ENDEREÇO 	CONTATO 
Clínica de Psicologia da UniFil	Rua Alagoas, n° 2050, Centro, Londrina.	(43) 3375-7551
CEPS UniFil (Clínica de Educação para a Saúde)	Rua Prefeito Faria Lima, n° 1313 – Bairro Maringá, Londrina.	(43) 3338-3488
<u>PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:</u> HELOISA AGUETONI CAMBUÍ	Psicóloga (CRP: 06/101051; 08/IS-438) Doutoranda em Psicologia do Desenvolvimento e da Aprendizagem (UNESP)  nucleoassistenciastas@gmail.com	(43) 99152-5397  

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista semiestruturada (Mães e pais de adolescente com TA)

I. Formulário de dados sociodemográficos

Nome: _____
 Data de nascimento: ____/____/____
 Naturalidade: _____ Procedência (cidade onde reside): _____
 Nível de escolaridade (cursou até que série completa): _____
 Profissão/Ocupação: _____ Ativa () Afastada () Aposentada ()
 Situação conjugal: _____ Tempo de união estável: ____ anos
 Tipo de família: () nuclear () extensiva () extensiva recasada () recasada ()
 monoparental

II. Composição familiar

Nº de pessoas que moram na residência: _____ Quem mora na casa? (sexo, idade, profissão de cada membro familiar, grau de parentesco). Qual a ordem de nascimento dos filhos?

Entrevista clínica semiestruturada com tópicos guia

Eu vou fazer algumas perguntas para você, relacionadas à sua história de vida e aos cuidados realizados quando sua filha era bebê, criança e agora na adolescência.

III. Gestação e Parto

Relato das lembranças referentes a gestação e o parto, assim como das sensações vivenciadas. Caracterização das relações pessoais e familiares com o feto. Descrição das configurações familiares, estruturais e de assistência.

IV) Vivências relativas aos cuidados na primeira infância (0 a 3 anos de idade)

Relato das recordações associadas aos cuidados realizados à filha no período do nascimento até o terceiro ano de vida. Caracterização das relações pessoais e familiares, especialmente com a filha. Descrição dos cuidados essenciais, sensações despertadas ao realizá-lo, participação do(a) parceira(a) no cuidado. Avaliação dos cuidados oferecidos. Experiência de amamentação, de desmame e de alimentação nos três primeiros anos de vida.

V) Vivências relativas aos cuidados na segunda infância (3 aos 6 anos)

Partilha das lembranças referentes aos cuidados oferecidos à filha durante os 3 aos 6 anos de idade. Caracterização das relações pessoais e familiares com a criança. Descrição dos cuidados realizados, sensações despertadas, assistência e dinâmica familiar ao exercê-los. Qualificação do cuidado exercido e identificação da importância de alguns cuidados, bem como, de dificuldades e falhas que julga ter cometido. Informação se houve a manutenção de algum cuidado na infância, que realizava quando a filha era bebê.

Relato de como era a alimentação da sua filha dos três aos cinco anos de idade, assim como de lembranças do convívio familiar relacionada às refeições.

VI) Vivências relativas aos cuidados na terceira infância (6 aos 11 anos)

Relato das recordações associadas aos cuidados realizados à filha no período de 6 aos 11 anos de idade.

Caracterização das relações pessoais e familiares com a criança. Descrição dos cuidados realizados, sensações despertadas, assistência e dinâmica familiar ao exercê-los. Percepção da trajetória e da evolução dos cuidados oferecidos à criança. Descrição do momento de alimentação da filha nesta idade.

VII) Vivências relativas aos cuidados na adolescência

Relato da recordação mais marcante em relação aos cuidados à filha na fase da adolescência. Caracterização da relação com a filha e de como a percebe. Descrição dos cuidados oferecidos, da assistência, da dinâmica e da função dos membros da família no exercício do cuidado. Qualificação do cuidado realizado e identificação de cuidados que eram realizados na infância e que se mantiveram na adolescência.

VIII) Vivências relacionadas à própria maternagem

Relato de lembranças marcantes dos cuidados recebidos das figuras parentais na própria infância.

IX) Vivências relativas aos TAs

Informação se houve alteração na realização dos cuidados após a manifestação do TA. Caso tenha ocorrido, identificação dessas mudanças e pessoas envolvidas. Relato dos cuidados voltados ao tratamento de TA. Informar de quem partiu a iniciativa em buscar ajuda para a filha e como os membros da família têm lidado com a situação. Caracterização do papel de ser mãe/pai de uma filha com TA e da função de cuidar.

VII) Desfecho da entrevista

Informação de como foi participar da pesquisa, das sensações despertadas ao longo desta e de momentos que possam ter sido marcantes. Sugestões para melhorá-la, assim como, questões ou tópicos que não foram contemplados e que seriam importantes incluir.

APÊNDICE C –Roteiro de entrevista semiestruturada (Adolescente com TA)

I. Formulário de dados sociodemográficos

Nome: _____

Idade: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Naturalidade: _____ Procedência (cidade onde reside): _____

Nível de escolaridade (cursou até que série completa): _____

Profissão/Ocupação: _____ Ativa () Afastada ()

Situação conjugal: _____ Tempo de união estável: ____ anos

Filhos: () sim () não Quantos: _____

II. Composição familiar

Nº de pessoas que moram na residência: _____

Quem mora na casa? (sexo, idade, profissão de cada membro familiar, grau de parentesco)

Qual a situação na constelação familiar?

Entrevista semiestruturada com tópicos guia

Eu vou fazer algumas perguntas para você, relacionadas à sua história de vida e aos cuidados recebidos quando você era bebê, criança e agora na adolescência.

III) Vivências relativas aos cuidados na primeira infância (0 a 3 anos de idade)

Relato da recordação mais antiga que tem até três anos de idade. Recordação de cuidados oferecidos até os 3 anos de idade, assim como sensações despertadas.

IV) Vivências relativas aos cuidados na segunda infância (3 a 6 anos de idade)

Partilha de recordações remotas associadas aos cuidados recebidos dos 3 aos 6 anos de idade. Descrição de vivências da infância, das relações com as figuras parentais e da alimentação dos 3 aos 6 anos de idade.

V) Vivências relativas aos cuidados na terceira infância (6 aos 11 anos de idade)

Relato de lembranças dos cuidados recebidos dos 6 aos 11 anos de idade. Descrição dos mesmos, assim como sentimentos despertados. Configuração da dinâmica e das funções de cada membro da família ao cuidar. Qualificação dos cuidados recebidos e das relações familiares. Identificação de cuidados que não foram realizados ou feitos de outra forma. Recordações de como eram os hábitos alimentares neste intervalo de idade e de momentos marcantes que estão relacionados ao alimento ou à alimentação.

VI) Vivências relativas aos cuidados na adolescência

Relato de como vivencia a adolescência. Descrição de como se percebe enquanto filha, como percebe os pais e as relações que estabelece com eles. Caracterização da relação com os membros da família e das sensações e sentimentos que estas relações despertam.

Partilha de recordações dos cuidados recebidos agora na adolescência. Qualificação dos cuidados recebidos neste momento. Identificação de demandas de cuidado que não foram contempladas ou que foram oferecidas de outras formas. Informação da manutenção na adolescência de cuidados que eram oferecidos na infância. Descrição dos hábitos alimentares na adolescência.

VII) Vivências relativas aos TAs

Relato da descoberta de TA para ela e a família. Informação de como se deu a busca por tratamento, a participação dos pais neste e se ocorreram mudanças na rotina familiar e nos cuidados realizados pelos pais após apresentar TA. Partilha das sensações, sentimentos e emoções relacionados aos cuidados ofertados no cuidado atual.

VIII) Desfecho da entrevista

Informação de como foi participar da pesquisa, das sensações despertadas ao longo desta e de momentos que possam ter sido marcantes. Sugestões para melhorá-la, assim como, questões ou tópicos que não foram contemplados e que seriam importantes incluir.

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(Participante acima de 18 anos de idade – mãe, pai e adolescente com TA)

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa intitulada: “*A relação de cuidado e seus significados para adolescentes com transtornos alimentares e seus pais: um estudo psicanalítico*”. Estou desenvolvendo um estudo que tem por objetivo compreender os significados atribuídos aos cuidados na perspectiva de adolescentes diagnosticadas com TAs e seus pais. Para tanto, será realizada uma entrevista individual e a aplicação do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema, em que o(a) senhor(a) irá responder questões da entrevista e produzir dois desenhos-estórias. Esse encontro será realizado na Clínica de Psicologia da UniFil e terá duração de uma hora.

Preciso de sua colaboração, mas o(a) senhor(a) precisa estar ciente de que sua participação é inteiramente voluntária e não lhe trará nenhum tipo de benefício direto, como remuneração ou outra vantagem especial. Não haverá nenhuma forma de reembolso ou ressarcimento, já que o(a) senhor(a) não terá nenhum gasto com a participação na pesquisa. Além disso, fica-lhe assegurada total liberdade de desistir de participar do estudo e se retirar da pesquisa a qualquer momento em que desejar fazê-lo, caso não mais esteja interessado(a) em prosseguir colaborando, sem que isso implique qualquer prejuízo ou constrangimento à sua pessoa. Também fica garantido seu direito de não realizar os desenhos-estórias.

O fato de participar deste estudo não envolve riscos previsíveis, pois os instrumentos utilizados fazem parte de atividades cotidianas, que não geram desconforto físico, moral ou emocional. Mas, caso se sinta emocionalmente desconfortável ou abalado(a) mediante a participação na pesquisa será oferecido atendimento psicológico na Clínica de Psicologia da UniFil, cuja assistência será realizada pela própria pesquisadora do estudo. Em termos dos benefícios potenciais, após a conclusão deste estudo será realizado novo encontro individual para a divulgação dos resultados alcançados e espera-se que a pesquisa possa contribuir para a produção de conhecimento, buscando uma compreensão mais aprofundada que poderá subsidiar elaborações teórico-práticas no âmbito interventivo e preventivo dos TAs.

Ao aceitar participar deste estudo, sua identidade será resguardada e lhe será assegurado(a) a confidencialidade das informações que me proporcionar durante o encontro. Ao dar seu consentimento e autorização, o(a) senhor(a) também estará concordando com o fato de que tanto trechos da entrevista quanto os desenhos-estórias possam ser incluídos no *corpus* do trabalho, e que o material produzido possa ser utilizado por mim, sempre para fins de pesquisa, preservando os valores éticos quanto aos dados fornecidos, de acordo com as diretrizes que regem a pesquisa com seres humanos.

É importante que o(a) senhor(a) saiba que tem o direito de receber esclarecimentos antes, durante e após a realização da pesquisa. Essas dúvidas poderão ser esclarecidas a qualquer momento, basta entrar em contato comigo, pelo e-mail heloisacambui@unifil.br ou pelos telefones (43) 3304 6654 ou (18) 99734 1593, que terei integral disponibilidade para atendê-la. Caso tenha necessidade de obter algum esclarecimento adicional sobre os aspectos éticos desse estudo, pode entrar em contato com esse Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – UniFil Londrina, situado junto ao Campus Sede UniFil – Avenida Juscelino Kubitschek, 1626, telefone 3375-7439, e-mail: comite.etica@unifil.br.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue ao(a) senhor(a).

Londrina, ____ de _____ de 2018.

Assinatura da pesquisadora-responsável:

Heloisa Aguetoni Cambuí

Eu, _____, R.G _____, endereço _____, telefone (____) _____ acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim sobre a pesquisa **A relação de cuidado e seus significados para adolescentes com transtornos alimentares e seus pais: um estudo psicanalítico** descrita acima. Eu discuti com a pesquisadora sobre a minha decisão em participar neste estudo. Ficando claro para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.

Londrina, ____ de _____ de 2018.

Assinatura do(a) participante da pesquisa.

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Responsável legal de adolescente com TA menor de idade)

Sua filha está sendo convidada a participar de uma pesquisa intitulada: “*A relação de cuidado e seus significados para adolescentes com transtornos alimentares e seus pais: um estudo psicanalítico*”. Estou desenvolvendo um estudo que tem por objetivo compreender os significados atribuídos aos cuidados na perspectiva de adolescentes diagnosticadas com TAs e seus pais. Para tanto, será realizada uma entrevista individual e a aplicação do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema, em que sua filha irá responder questões da entrevista e produzir dois desenhos-estórias. Esse encontro será realizado na Clínica de Psicologia da UniFil e terá duração de uma hora.

Preciso de sua colaboração, mas o(a) senhor(a) precisa estar ciente que a participação da sua filha é inteiramente voluntária e não lhe trará nenhum tipo de benefício direto, como remuneração ou outra vantagem especial. Não haverá nenhuma forma de reembolso ou ressarcimento, já que o(a) senhor(a) não terá nenhum gasto com a participação na pesquisa. Além disso, fica-lhe assegurada total liberdade de desistir de participar do estudo e se retirar da pesquisa a qualquer momento em que sua filha desejar fazê-lo, caso não mais esteja interessada em prosseguir colaborando, sem que isso implique qualquer prejuízo ou constrangimento à ela. Também fica garantido o direito de não realizar os desenhos-estórias.

O fato de participar deste estudo não envolve riscos previsíveis à sua filha, pois os instrumentos utilizados fazem parte de atividades cotidianas, que não geram desconforto físico, moral ou emocional. Mas, caso ela se sinta emocionalmente desconfortável ou abalada mediante a participação na pesquisa será oferecido atendimento psicológico na Clínica de Psicologia da UniFil, cuja assistência será realizada pela própria pesquisadora do estudo. Em termos dos benefícios potenciais, após a conclusão deste estudo será realizado novo encontro individual para a divulgação dos resultados alcançados e espera-se que a pesquisa possa contribuir para a produção de conhecimento, buscando uma compreensão mais aprofundada que poderá subsidiar elaborações teórico-práticas no âmbito interventivo e preventivo dos TAs.

Ao aceitar participar deste estudo, a identidade da sua filha será resguardada e lhe será assegurada a confidencialidade das informações que me proporcionar durante o encontro. Ao dar seu consentimento e autorização, o(a) senhor(a) também estará concordando com o fato de que tanto trechos da entrevista quanto os desenhos-estórias da sua filha possam ser incluídos no *corpus* do trabalho e que o material produzido possa ser utilizado por mim, sempre para fins de pesquisa, preservando os valores éticos quanto aos dados fornecidos, de acordo com as diretrizes que regem a pesquisa com seres humanos.

É importante que o(a) senhor(a) saiba que você e sua filha têm o direito de receber esclarecimentos antes, durante e após a realização da pesquisa. Essas dúvidas poderão ser esclarecidas a qualquer momento, basta entrar em contato comigo, pelo e-mail heloisa.cambui@unifil.br ou pelos telefones (43) 3304 6654 ou (18) 99734 1593, que terei integral disponibilidade para atendê-la. Caso tenha necessidade de obter algum esclarecimento adicional sobre os aspectos éticos desse estudo, pode entrar em contato com esse Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – UniFil Londrina, situado junto ao Campus Sede UniFil – Avenida Juscelino Kubitschek, 1626, telefone 3375-7439, e-mail: comite.etica@unifil.br.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue ao(a) senhor(a).

Londrina, ____ de _____ de 2018.

Assinatura da pesquisadora-responsável:

Heloisa Aguetoni Cambuí

Eu, _____, R.G. _____, endereço _____, telefone (____) _____, responsável legal pela adolescente _____, acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim sobre a pesquisa **A relação de cuidado e seus significados para adolescentes com transtornos alimentares e seus pais: um estudo psicanalítico** descrita acima. Eu discuti com a pesquisadora sobre a minha decisão em concordar que a adolescente participe neste estudo. Ficando claro para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que meu consentimento e participação da adolescente são isentos de despesas. Concordo com a participação voluntária da adolescente sob minha responsabilidade, podendo ela a qualquer momento retirar-se da pesquisa, sem penalidades ou prejuízo.

Londrina, ____ de _____ de 2018.

Assinatura do responsável legal pela adolescente.

APÊNDICE F – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (Adolescente com TA menor de 18 anos de idade)

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa intitulada: *“A relação de cuidado e seus significados para pacientes com transtornos alimentares e seus pais: um estudo psicanalítico”*. Estou desenvolvendo um estudo que tem por objetivo compreender os significados atribuídos aos cuidados na perspectiva de adolescentes diagnosticadas com TAs e seus pais. Para tanto, será realizada uma entrevista individual e a aplicação do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema, em que você irá responder questões da entrevista e produzir dois desenhos-estórias. Esse encontro será realizado na Clínica de Psicologia da UniFil e terá duração de uma hora.

Preciso de sua colaboração, mas você precisa estar ciente de que sua participação é inteiramente voluntária e não lhe trará nenhum tipo de benefício direto, como remuneração ou outra vantagem especial. Não haverá nenhuma forma de reembolso ou ressarcimento, já que a senhora não terá nenhum gasto com a participação na pesquisa. Além disso, fica-lhe assegurada total liberdade de desistir de participar do estudo e se retirar da pesquisa a qualquer momento em que desejar fazê-lo, caso não mais esteja interessada em prosseguir colaborando, sem que isso implique qualquer prejuízo ou constrangimento à sua pessoa. Também fica garantido seu direito de não realizar os desenhos-estórias.

O fato de participar deste estudo não envolve riscos previsíveis, pois os instrumentos utilizados fazem parte de atividades cotidianas, que não geram desconforto físico, moral ou emocional. Mas, caso se sinta emocionalmente desconfortável ou abalada mediante a participação na pesquisa será oferecido atendimento psicológico na Clínica de Psicologia da UniFil, cuja assistência será realizada pela própria pesquisadora do estudo. Em termos dos benefícios potenciais, após a conclusão deste estudo será realizado novo encontro para a divulgação dos resultados alcançados e espera-se que a pesquisa possa contribuir para a produção de conhecimento, buscando uma compreensão mais aprofundada que poderá subsidiar elaborações teórico-práticas no âmbito interventivo e preventivo dos TAs.

Ao aceitar participar deste estudo, sua identidade será resguardada e lhe será garantida a confidencialidade das informações que me proporcionar durante o encontro. Ao dar seu consentimento e autorização, você também estará concordando com o fato de que tanto trechos da entrevista quanto os desenhos-estórias possam ser incluídos no *corpus* do trabalho, e que o material produzido possa ser utilizado por mim, sempre para fins de pesquisa, preservando os valores éticos quanto aos dados fornecidos, de acordo com as diretrizes que regem a pesquisa com seres humanos.

É importante que você saiba que tem o direito de receber esclarecimentos antes, durante e após a realização da pesquisa. Essas dúvidas poderão ser esclarecidas a qualquer momento, basta entrar em contato comigo, pelo e-mail heloisa.cambui@unifil.br ou pelos telefones (43) 3304 6654 ou (18) 99734 1593, que terei integral disponibilidade para atendê-la. Caso tenha necessidade de obter algum esclarecimento adicional sobre os aspectos éticos desse estudo, pode entrar em contato com esse Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – UniFil Londrina, situado junto ao Campus Sede UniFil – Avenida Juscelino Kubitschek, 1626, telefone 3375-7439, e-mail: comite.etica@unifil.br.

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue à você.

Londrina, ____ de _____ de 2018.

Assinatura da pesquisadora-responsável:

Heloisa Aguetoni Cambuí

Eu, _____, R.G _____, endereço _____, telefone (____) _____ acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim sobre a pesquisa ***A relação de cuidado e seus significados para pacientes com transtornos alimentares e seus pais: um estudo psicanalítico*** descrita acima. Eu discuti com a pesquisadora sobre a minha decisão em participar neste estudo. Ficando claro para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.

Londrina, ____ de _____ de 2018.

Assinatura da participante da pesquisa.

