

O QUADRO CLÍNICO DA COMPULSÃO ALIMENTAR A PARTIR DE UMA LEITURA WINNICOTTIANA¹

Tamires Borges²

Marília Barroso de Paula³

RESUMO:

O presente estudo tem como objetivo propor uma reflexão sobre os aspectos psíquicos associados ao transtorno de compulsão alimentar, a partir de uma leitura psicodinâmica, tendo em vista o exercício das funções parentais e os operadores inconscientes mais arcaicos e imprescindíveis na constituição psíquica, e que podem estar ligados ao quadro clínico. Para tal, utilizamos a teoria do amadurecimento desenvolvida por Donald W. Winnicott, que considera o desenvolvimento emocional saudável do indivíduo a partir de um ambiente seguro e estável. Exploramos os conceitos relacionados aos fenômenos transicionais que fundamentam o processo de simbolização. Destacamos, também, a possível relação entre os objetos transicionais e a adicção. Visando um olhar mais profundo sobre a compulsão alimentar, examinamos os distúrbios alimentares sob o prisma histórico, salientando que alguns dos sintomas das patologias ligadas à alimentação são observados desde à idade média. Apontamos, brevemente, a perspectiva psiquiátrica do DSM-V e esboçamos o tratamento da psicopatologia dentro da concepção winnicottiana.

Palavras-chave: Winnicott. Compulsão alimentar. Fenômenos transicionais. Adicção.

THE CLINICAL PICTURE OF BINGE EATING FROM WINNICOTTIAN READING

ABSTRACT:

The present study aims to propose a reflection on the psychic aspects associated with binge eating disorder, from a psychodynamic reading, taking into account the exercise of parental functions and the most archaic and indispensable unconscious operators in the psychic constitution, which can be linked to the clinical picture. To do so, we use the theory of maturation developed by Donald W. Winnicott, who considers the healthy emotional development of the individual starting from a safe and stable environment. We also highlight the possible relationship between transitional objects and addiction. To take a deeper look at binge eating, we examine eating disorders from a historical perspective, pointing out that some of the symptoms of eating disorders have been observed since the

¹ Artigo de trabalho de conclusão de curso de Graduação em Psicologia do centro universitário academia, na linha de pesquisa de psicologia e saúde. Recebido em 24/08/22 e, aprovado, após reformulações, em 23/11/22.

² Discente do curso de graduação em Psicologia do Centro Universitário Academia.

³ Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Docente do curso de Psicologia da Uniacademia.

Middle Ages. We briefly point out the psychiatric perspective of DSM-V and outline the treatment of the Winnicottian perspective of compulsion.

Keywords: Winnicott. Binge eating. Transitional phenomena. Addiction.

1 INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares despertam cada vez mais o interesse daqueles que se ocupam dos adoecimentos psíquicos. Na história da psicopatologia psiquiátrica, os distúrbios ligados à alimentação ganharam maior notoriedade a partir da década de 70 e, na contemporaneidade, ocupam lugar de destaque entre os estudos de psicopatologia (VENOSA, 2010).

O Ministério da saúde aponta que mais de 70 milhões de pessoas no mundo são acometidas por algum transtorno alimentar (BRASIL, 2022), sendo que a compulsão alimentar está presente em praticamente todos os quadros clínicos relacionados aos distúrbios alimentares (VIANNA, 2019).

Ainda que presente como um sintoma que compõe outros quadros patológicos ligados à alimentação, o diagnóstico nosológico do transtorno de compulsão alimentar é recente, e foi caracterizado pela CID (Classificação Internacional de Doenças), apenas na décima primeira edição do manual, em 2019 (GOMES, *et al.* 2021). No campo psicanalítico, a grande parte das pesquisas sobre transtornos alimentares dedicam-se ao estudo da anorexia nervosa e da bulimia nervosa, sendo poucos os estudos que se desdobram na compreensão da compulsão alimentar.

Posto isso, e partindo da premissa de que ampliação da psicanálise para além do campo das neuroses clássicas possibilitou a compreensão do adoecimento psíquico por um enfoque relacional (JEAMMET, 1999), buscamos neste estudo a compreensão do transtorno de compulsão alimentar dentro da perspectiva de Donald Woods Winnicott, um dos principais expoentes da psicanálise.

Winnicott (1896-1971) foi um psicanalista e pediatra inglês, que se notabilizou por releituras das teses freudianas. O autor parte de uma teoria “relacional” intersubjetiva, vinculada ao que Jay Greenberg e Stephen Mitchell denominam de “teoria das relações objetais”, destinando-se a explorar “as interações dos

indivíduos com outras pessoas externas e internas (reais e imaginadas) e à relação entre seus mundos objetivos internos e externos” (GREENBERG; MITCHELL, 1994, p.8).

Para a elaboração deste estudo foram utilizadas as obras de Winnicott por permitirem a compreensão de fenômenos inconscientes que possibilitam o pensar com profundidade sobre o desenvolvimento emocional do indivíduo (WINNICOTT, 2000b), são elas: “Da pediatria à psicanálise (Original publicado em 1945)”; “O brincar e a realidade (Original publicado em 1971)”; “O ambiente e os processos de maturação (Original publicado em 1983)”; “A natureza humana (Original publicado em 1970)”; “Os bebês e suas mães (Original publicado em 1988)”; além de estudos de comentadores que contribuem para o entendimento das ideias do teórico.

Diante disso, o presente estudo objetiva analisar alguns mecanismos psíquicos associados ao transtorno de compulsão alimentar, caracterizado, de modo amplo, pelo comer compulsivamente grandes quantidades de alimento, acompanhado do sentimento de culpa e falta de controle, e a interferência das relações parentais no desenvolvimento da psicopatologia. Será analisado o conceito de transicionalidade, desenvolvido por Winnicott, que implica no uso do objeto de forma simbólica e culmina na possibilidade do sujeito participar da realidade compartilhada.

Para tal, intencionamos, primeiramente, analisar brevemente a história da origem dos transtornos alimentares, juntamente com a evolução dos conceitos do DSM (Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais). Posteriormente, no terceiro capítulo, trataremos as contribuições da teoria do amadurecimento para uma leitura do quadro de compulsão alimentar. Por fim, faremos considerações sobre o tratamento da patologia sustentado no referencial teórico Winnicottiano.

2 A ORIGEM DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES E A EVOLUÇÃO DOS CONCEITOS DO TRANSTORNO DE COMPULSÃO ALIMENTAR PELO DSM

Pesquisas sobre as origens dos transtornos alimentares (TAs) foram intensificadas a partir dos anos de 1980. Estes estudos apontam para fatores socioculturais na epidemiologia e desenvolvimento dos TAs.

Os principais e mais frequentes TAs estudados na atualidade são: anorexia nervosa (AN), primeira a ser reconhecida como patológica e incluída ao DSM na década de 1970, bulimia nervosa (BN) e o transtorno de compulsão alimentar (TCA), reconhecido como patológico apenas em 1994, pela necessidade de diferenciar sujeitos obesos que apresentam o quadro de compulsão de sujeitos obesos que não apresentam a patologia. Contudo, diversos estudos teóricos têm se dedicado a abordar os TAs a partir de uma leitura histórica, alguns desses estudos apontam que os sintomas ligados aos distúrbios alimentares foram descritos nos séculos VII à IX, enquanto outros apontam para os signos das patologias a partir da idade média (PENCAK; BASTOS, 2009).

O historiador Rudolph Bell (1985) desenvolveu um estudo sobre a vida de mais de 250 mulheres italianas, santas e beatas, da Igreja Católica, utilizando-se de escritos autobiográficos, cartas, testemunhos de confessores e relatos canônicos. Neste estudo, Bell propôs uma cuidadosa e minuciosa investigação sobre a vida dessas mulheres que impunham-se jejuns na tentativa de se aproximar espiritualmente de Deus. Os jejuns eram praticados de maneira tão intensa que essas mulheres ficaram conhecidas como santas “anoréxicas” (PENCAK; BASTOS, 2009).

O jejum autoimposto teve o seu apogeu na época de Santa Catarina de Siena (1347-1380). O hábito chegou a tal extremo que a igreja católica começou a se preocupar com a prática que estava acontecendo nos mosteiros, restringindo a canonização das santas jejuadoras. Dentre as figuras estudadas por Rudolph Bell, está Maria Magdalena de Pazzi (1566-1607), que nasceu em Florença no dia 2 de abril de 1566. Filha única de uma mãe extremamente autoritária, travou longas brigas com sua família, que não aceitava que ela se tornasse religiosa. Aos 16 anos entrou para o convento das Carmelitas, ordem na qual as regras eram muito duras, motivo que a levou a escolhê-lo (WEINBERG, 2006).

Maria Magdalena de Pazzi, dizendo-se orientada por Deus, em 1585, passa a restringir sua dieta a pão e água, exceto aos domingos, quando come apenas alguns restos de alimentos deixados na refeição pelas outras irmãs. No entanto, frequentemente era surpreendida, enquanto comia rapidamente grandes quantidades de comida. Entre as tentações diabólicas que a

CADERNOS DE PSICOLOGIA, Juiz de Fora, v. 4, n. 8, p.677-697, jul./dez. 2022 – ISSN 2674-9483

atormentavam estava o desejo intenso por comer. Segundo os relatos da santa, ao passar pela despensa, o diabo abria as prateleiras seduzindo-a para interromper a sua dieta. A fim de punir-se pelos ataques de compulsão alimentar, Magdalena, além da autoflagelação, passa a provocar vômito após os episódios. O comportamento apresentado pela santa se enquadra ao que hoje é classificado pelo DSM como AN do tipo purgativa (GONZAGA; WEINBERG, 2008).

No século XVII, o jejum autoimposto foi categorizado como um sintoma patológico, e essas mulheres passaram a ser consideradas histéricas. Richard Morton, em 1691, foi o primeiro médico a descrever um quadro semelhante à anorexia nervosa. Em 1816, William Gull, médico inglês, classificou a recusa alimentar como uma patologia denominada por ele como “apepsia histérica” e, posteriormente, como anorexia nervosa. No final do século XIX, Sigmund Freud e Pierre Janet, passaram a dar ênfase à história de vida de seus pacientes e relacionaram a doença à questões emocionais. Freud, inicialmente, associou a patologia a uma neurose, enquanto Janet a descreveu como um quadro obsessivo-compulsivo (WEINBERG, 2006).

A bulimia nervosa foi descrita pela primeira vez em 1979, por Gerard Russell, e teve ampla aceitação na comunidade acadêmica, sendo incorporada ao CID-9 no mesmo ano e, em 1980, ao DSM-3 (CORDÁS; CLAUDINO, 2002).

O transtorno de compulsão alimentar foi o último a ser considerado uma patologia psiquiátrica. A primeira descrição da patologia ocorreu na década de 1950, realizada pelo psiquiatra Stunkard que estudava o comportamento de indivíduos obesos na busca de tratamentos para emagrecer. De acordo com os estudos do médico, esses indivíduos relatavam falta de controle no ato de comer e não apresentavam comportamento purgatório posteriormente (CORDÁS; CLAUDINO, 2002).

Cordás e Claudino (2002) identificaram que as pesquisas de Stunkard, realizadas em 1950, caracterizaram os episódios de CA como um padrão alimentar comum em obesos. Esta pesquisa observou aspectos alimentares de camundongos obesos e não obesos, e teve como resultado a apresentação de três padrões alimentares distintos: 1) a síndrome da alimentação noturna, caracterizada por anorexia matinal, hiperfagia noturna e insônia; 2) o padrão de compulsão alimentar, em que o indivíduo consome grandes quantidades de

CADERNOS DE PSICOLOGIA, Juiz de Fora, v. 4, n. 8, p.677-697, jul./dez. 2022 – ISSN 2674-9483

comida de maneira orgiástica e; 3) comer sem saciedade, observado em pessoas com danos no sistema nervoso central. Esse estudo demonstrou que o comer compulsivo estava associado a um nível elevado de estresse.

Apesar disso, o TCA só foi reconhecido como um transtorno psiquiátrico em 1994, quando foi elevado à categoria diagnóstica e incluído no apêndice B do DSM-IV, com critérios provisórios para seu diagnóstico, do tipo: comer rapidamente, comer até sentir-se cheio, comer grandes quantidades sem estar com fome, comer sozinho por embaraço pela quantidade de comida, sentir repulsa por si, depressão e angústia acentuada.

Gomes *et al.* (2021) apontam que o termo utilizado na primeira citação do TCA fazia referência à expressão em inglês “*Binge Eating Disorder*” e foi traduzido como Transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP), posteriormente, no DSM-V, a expressão foi alterada para transtorno de compulsão alimentar (TCA) e os critérios diagnósticos foram ampliados.

Atualmente, na versão atualizada do DSM-V-TR, o TCA é descrito pelos episódios recorrentes de CA, caracterizados pelos seguintes aspectos: ingestão, em um período determinado, em torno de duas horas, de uma quantidade de alimento definitivamente maior que a maioria das pessoas consumiria no mesmo período, sob circunstâncias semelhantes, e sensação de falta de controle sobre a ingestão durante o episódio (DSM-5- TR, 2022).

Spitzer (1993) afirma que os episódios de CA são acompanhados por sentimento de angústia subjetiva, incluindo vergonha, nojo e/ou culpa, bem como sensação de perda de controle em relação à quantidade de alimento ingerido. Nos eventos de CA, o sujeito sente a necessidade de comer mesmo sem estar com fome, o que faz com que o indivíduo não consiga controlar a quantidade, tampouco a forma como ocorre a ingestão do alimento.

Divergente da BN e da AN do tipo purgativa, o TCA não está associado ao uso recorrente de comportamentos compensatórios para impedir o ganho de peso, como a indução de vômito, uso indiscriminado de laxantes, diuréticos, jejuns e exercícios físicos praticados em excesso (DSM-5-TR, 2022).

Para enquadrar-se na patologia o indivíduo precisa apresentar episódios recorrentes de CA, em média uma vez por semana durante três meses (DSM-5-TR, 2022). Esse quadro clínico, com frequência, é associado ao sobrepeso e a obesidade, no entanto, apenas 30% da população obesa que procura tratamento

CADERNOS DE PSICOLOGIA, Juiz de Fora, v. 4, n. 8, p.677-697, jul./dez. 2022 – ISSN 2674-9483

médico para emagrecer apresenta esse transtorno, diante disso, pode-se afirmar que a obesidade não é um fator de risco para a doença (DUCHESNE *et al.*2007).

A obesidade, caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal, não está associada a um transtorno psiquiátrico. Portanto, é necessário pontuar que, em uma sociedade obesogênica, eventos em que a comida assume o protagonismo não são incomuns. Nesse sentido, torna-se importante ressaltar que a CA não está ligada apenas ao consumo excessivo de alimentos mas, principalmente, aos sentimentos subjetivos vividos por esses indivíduos (VIANNA, 2016).

3 DONALD W. WINNICOTT E SUA TEORIA DO AMADURECIMENTO

A teoria do amadurecimento, formulada por Donald W. Winnicott, a partir de sua vasta experiência clínica, pressupõe que todo ser humano tende ao amadurecimento psíquico, tendência essa que, embora seja inata, depende de um ambiente facilitador “suficientemente bom”, capaz de atender às necessidades do indivíduo nos momentos iniciais de sua vida. A partir da observação de bebês e pacientes com funcionamento psicótico, Winnicott começa a perceber que o indivíduo, desde muito cedo, vivencia experiências marcantes no seu contato com o ambiente, que serão fundamentais no seu desenvolvimento psíquico (WINNICOTT, 2000a).

A criança, ao nascer, está em um estado de não integração, ou seja, não existe um *self* individual capaz de diferenciar o eu-não/eu. Nessa fase, caracterizada como narcisismo primário⁴, o bebê e a mãe constituem uma unidade fusional - descrita por Winnicott (2000c) como estado de amálgama - entre o indivíduo e o ambiente. Nesse estágio, a criança não reconhece a exterioridade de seu ambiente e objetos, mas nela surge o sujeito psicológico.

A mãe-ambiente precisa atender às necessidades específicas do bebê, se esta mãe estiver em condições saudáveis, será capaz de compreender as demandas da criança, pois estará na fase de preocupação materna primária,

⁴ O narcisismo primário designa um estado precoce em que a criança investe toda sua libido em si mesma. De um autor para outro, a noção de narcisismo primário está sujeito a extremas variações. Trata-se de definir um estado hipotético da libido infantil. (LAPLANCHE;PONTALIS, 2001)

como classificado por Winnicott (2006). Essa fase diz da capacidade da mãe comunicar-se de forma direta e não verbal com as necessidades do lactante.

Winnicott (1988) introduziu os conceitos de *Holding* e *Handling* para referir-se aos cuidados primários oferecidos ao bebê, na fase em que a criança está em um estado de dependência absoluta. De acordo com o teórico, a função do *holding* é fornecer ao lactante suporte físico e psíquico para que ele se sinta seguro e protegido em seu ambiente. O sustento físico e a provisão ambiental total serão a base para a formação de sua organização psíquica, isto é, o surgimento do seu verdadeiro *self*. Nesse estágio, o ego passa do estado não integrado para uma integração estruturada. A função de *handling*, por sua vez, diz respeito aos cuidados físicos e o manuseio corporal do bebê durante o banho, a amamentação e a troca. Tais cuidados vão auxiliar no processo de integração, que é a união dos aspectos psicológicos com os corporais.

Na fase de dependência absoluta, a criança, em razão de seu estado vital, desenvolve uma expectativa vaga de que algo irá surgir para satisfazer as suas necessidades. O cuidador, ao oferecer o objeto de prazer, permite que a criança tenha a ilusão de ter criado este objeto. Essa dinâmica possibilita que o bebê tenha a experiência de onipotência, fundamental para se proteger de fontes de angústias que seriam insuportáveis nessa fase de seu desenvolvimento. Além disso, esse processo vai permitir à criança o estabelecimento das relações objetais, que neste momento são de ordem subjetiva (WINNICOTT, 1990).

A segunda etapa do desenvolvimento é a dependência relativa. Nas palavras de Winnicott, corresponde ao “estágio de adaptação a uma falha gradual dessa mesma adaptação”(WINNICOTT, 1988, p. 83). Essa fase é marcada pela diminuição gradativa da adaptação ativa ao bebê. Isto significa que, de acordo com a tolerância da criança, a mãe vai reduzir os cuidados direcionados ao bebê de maneira extremamente sensível e gradual. Esse processo leva à desilusão, que intermediado pelos fenômenos transicionais, serão responsáveis pela desidentificação com a função materna e pela

construção de um *self* independente, através da introjeção do Princípio de Realidade⁵ e pelo processo de simbolização⁶.

Com o sucesso do desenvolvimento das fases de dependência absoluta e dependência relativa, a criança tem condições de caminhar para à última etapa do seu desenvolvimento, classificada por Winnicott (1988) como o estágio de interdependência, nesta etapa o indivíduo consegue suprir os cuidados maternos através do “acúmulo de memórias da maternagem”, da projeção de necessidades pessoais e da introjeção dos cuidados fornecidos pela mãe. Além disso, neste momento a criança é capaz de estabelecer contato com os objetos externos a partir do princípio da realidade.

Entretanto, a falta de um vínculo entre a criança e a mãe levará o bebê a mobilizar defesas contra a realidade desconhecida, o que ainda não tem condições de lidar sozinho de forma satisfatória. Se o ambiente for percebido como ameaçador ou invasivo, o processo de amadurecimento emocional pode ser interrompido, pois a criança terá a necessidade de se proteger. De forma mais específica, as experiências traumáticas nas fases iniciais do desenvolvimento, podem acarretar reações que conduzam o bebê à interrupção do processo de amadurecimento responsável pelo estabelecimento do *self* e, conseqüentemente, do seu potencial criativo, instaurando um processo de ruptura da personalidade que pode gerar ansiedades e inseguranças muito primitivas no indivíduo, que vai se organizar contra a repetição da ansiedade impensável (WINNICOTT,2000b).

Cabe ressaltar que a figura materna sozinha é incapaz de fornecer à criança um ambiente suficientemente bom para o seu amadurecimento emocional. Além disso, há na literatura um farto conhecimento consolidado de

⁵ O Princípio de Realidade é um dos dois princípios que, segundo Freud, regem o funcionamento mental. Forma par com o Princípio de Prazer e modifica-o na medida que consegue impor-se como princípio regulador. A procura da satisfação já não se efetua pelos caminhos mais curtos, mas faz desvios e adia seu resultado em função das condições impostas pelo mundo exterior. (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001)

⁶ Processo de simbolização, em sentido amplo, relaciona-se a um modo de representação indireta e figurada de uma ideia, de um conflito, de um desejo inconsciente: neste sentido, em psicanálise, podemos considerar simbólica qualquer formação substitutiva. Em sentido restrito, modo de representação que se distingue principalmente pela constância da relação entre o símbolo e o simbolizado inconsciente: essa constância encontra-se não apenas no mesmo indivíduo e de um indivíduo para outro, mas nos domínios mais diversos (mito, religião, folclore, linguagem, etc) e nas áreas culturais mais distantes entre elas. (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001)

que a figura paterna assume importantes funções na construção da personalidade e da identidade de um indivíduo (ZIMMERMAN, 1999).

De acordo com Winnicott (2000a), a função paterna é anterior ao Complexo de Édipo pois, ainda na fase fusional, o pai entra como suporte emocional da figura materna. Durante a triangulação do Complexo de Édipo, a função paterna insere-se como terceiro elemento. Nesse momento, a criança vivencia sentimentos ambivalentes em relação à mãe e é o pai, com a capacidade de colocar limite e ser suporte para a criança, que vai possibilitar que ela contenha seus impulsos agressivos.

Pode-se dizer que, tanto o amadurecimento e a contenção da agressividade, só serão possíveis com a presença da figura paterna e, somente após esses processos, a criança terá condições de vivenciar o Complexo de Édipo. Nesse sentido, Winnicott (1988) coloca a função paterna como parte fundamental no fornecimento de um ambiente suficientemente bom para a constituição do desenvolvimento emocional da criança.

4 UMA LEITURA WINNICOTTIANA DO TRANSTORNO DE COMPULSÃO ALIMENTAR (TCA)

O desenvolvimento do TCA está vinculado ao modo como as relações familiares são construídas, especialmente nos momentos iniciais da vida do indivíduo. Cambuí (2020), com base nos pressupostos winnicottianos, pontua que a alimentação é o primeiro organizador psíquico do ser humano, introduzido a partir dos cuidados iniciais oferecidos pela função materna. Para a autora, o ato alimentar corresponde a troca de afeto e representa uma via de comunicação entre a criança e seus cuidadores, sendo a alimentação a mais primitiva forma de relação que o indivíduo experiencia a partir de seu nascimento.

Winnicott (2000d) assinala que a alimentação, embora típica do ser humano, refere-se à uma condição primitiva que pode emergir na forma de sintoma. O autor considera que existe um vínculo entre apetite e voracidade⁷.

⁷ Winnicott refere-se à agressividade presente no bebê, logo no início da vida, como “voracidade teórica”, “amor-apetite-primário”. Dirá que ela é, originalmente, parte do apetite que se expressa no ato de comer, devorar. A palavra “voracidade”, de acordo com o teórico, expressa a ideia da fusão original de amor e agressão. Para Winnicott, esse impulso faz parte **CADERNOS DE PSICOLOGIA, Juiz de Fora, v. 4, n. 8, p.677-697, jul./dez. 2022 – ISSN 2674-9483**

Segundo o teórico, “a voracidade significa, a meu ver, algo tão primitivo, que não poderia aparecer no comportamento humano, exceto por disfarces e fazendo parte de um sintoma complexo” (WINNICOTT, p.91. 2000d).

Sobre o apetite, Winnicott (2000d) considera que seus diversos tipos podem representar uma defesa do indivíduo contra a ansiedade e a depressão. Qualquer estrutura clínica pode apresentar perturbações alimentares ligadas a outros sintomas. No entanto, a forma como manifesta essa perturbação está intimamente ligada ao modo como o sujeito organiza a vivência da sua afetividade.

Nas psicopatologias, as manifestações alimentares são agrupadas de acordo com sua gravidade. Em um extremo estão as dificuldades na alimentação dos bebês e, no outro, a melancolia, a toxicomania, a hipocondria e o suicídio (WINNICOTT, 2000d). De acordo com a teoria de Winnicott, os distúrbios alimentares, no qual se inclui o TCA, são reflexo da vivência insatisfatória de integração e amadurecimento do psiquismo. A pouca simbolização dos sentimentos tornam o corpo porta-voz do sofrimento.

Com base no referencial teórico winnicottiano, Klautau (2002) postula que a raiz do processo de simbolização ocorre na fase de dependência relativa, caracterizada pelo início da distinção do ser. Nesse período, a criança começa a consolidar a diferenciação eu-não/eu em seu psiquismo. Essa etapa do desenvolvimento é marcada pelo fenômeno da desilusão. Conforme citado previamente, o bebê, ao sentir fome e ser prontamente atendido com o seio da mãe, cria a ilusão de onipotência por imaginar ter criado o seio para prover suas necessidades. À medida em que a criança começa a se desenvolver, a mãe suficientemente boa, gradualmente, permite a experiência de desilusão, responsável por introduzir no sujeito o Princípio de Realidade. Isto significa tornar a criança capaz de diferenciar os “objetos subjetivos” dos “objetos objetivos”.

Winnicott (2000e) pontua que o processo de desilusão é caracterizado pela separação mãe-bebê e é intermediado pelo objeto transicional, que tem como finalidade simbolizar a falta materna para que a criança tenha condições de suportá-la. Na fase da desilusão, o objeto não é interno ou externo, mas é a

da busca de alívio instintual: “o objetivo do bebê é a satisfação, a paz do corpo e do espírito” (WINNICOTT, 1957, p.92)

primeira possessão não-eu, ou seja, a primeira relação da criança com algo externo à ela. Bizzari considera que:

A atividade psíquica de atribuir um significado a um objeto que está disponível (um paninho, um ursinho...) e que foi escolhido pelo bebê, é uma atividade de simbolização que cria o objeto transicional. Essa simbolização ocorre pela frustração/ausência da figura materna, e é a partir dela que o bebê irá produzir o desenvolvimento psíquico e desenvolvimento do ego (BIZZARRI, 2010, p.22).

Os fenômenos transicionais ocorrem na zona intermediária, intitulada por Winnicott (1975) como espaço transicional, formado entre realidade psíquica e realidade externa. De acordo com o teórico, “o espaço potencial/transicional é responsável por amortecer o choque quando o bebê se conscientiza de uma realidade externa que se relaciona com a interna.” (SERRALHA, 2019, p.165). Por conta disso, deve ser preenchido com o uso do objeto de maneira criativa, para não se tornar o local do vazio e da angústia pela ausência materna. Em outras palavras:

[...] Os objetos e fenômenos transicionais podem ser entendidos como algo que é produzido para que o espaço entre o bebê e a mãe permaneça permanentemente potencial, isto é, para que este espaço nunca se constitua realmente como uma falta, não estabelecendo, assim, uma descontinuidade na experiência de dependência primitiva (KLAUTAU, 2002, p.280).

Ressalta-se, assim, a importância dos fenômenos e objetos transicionais, pois é a área intermediária que vai permitir ao sujeito o alívio das tensões relacionadas ao processo de aceitação da realidade, a possibilidade de se relacionar com o mundo e utilizar os objetos que permanecerão existindo na fase adulta e na cultura desses indivíduos (WINNICOTT, 1990).

No entanto, se a descategorização⁸ ocorrer de forma patológica, devido a falhas do ambiente, o objeto transicional perde o sentido para o bebê, assim como o objeto interno. Isto significa que o objeto não funciona para a elaboração

⁸ Catexia (investimento psíquico) — Faz alusão, em psicanálise, à união da energia psíquica com um objeto externo ou interno, uma atividade, uma parte do corpo, uma ideia, etc., fazendo a representação mental desse construtor psicológico ser dotada de maior ou menor valor psíquico e lhe dando maior ou menor importância dinâmica. Descategorizar ou desinvestir é retirar desse objeto a energia psíquica a ele ligada, que fica assim disponível para ser reinvestida em outro objeto. (VALENTE, 2007)

da ausência materna. Esta incapacidade simbólica leva o sujeito a buscar objetos concretos, como o alimento, para preencher o vazio correspondente à falta da função materna (WINNICOTT, 1993).

Em conformidade com a teoria de Winnicott, Cambuí (2020) evidencia que a presença de um cuidado destituído de afeto nas fases de ilusão e desilusão, responsáveis pelo desenvolvimento emocional da criança, resultam em falhas no processo de simbolização, e que a criança, perante a falta do “objeto de amor mãe”, busca de forma ávida e compulsiva alimentos que preencham o vazio interno na tentativa de apaziguar angústias primitivas.

Migliorini e Freitas (2018) afirmam que uma das consequências da privação dos fenômenos transicionais é a fixação a determinados objetos que passam a ser utilizados de forma compulsiva para atenuar uma sensação de ansiedade intolerável.

Para Gurfinkel (1995) a necessidade exacerbada em um determinado objeto, seja ele comida, droga ou sexo, denota um funcionamento adicto do indivíduo, caracterizado pela compulsividade, e sinaliza a dificuldade de simbolização. O autor ainda destaca que a teoria dos objetos transicionais possibilitou um novo entendimento para se pensar as adicções (GURFINKEL, 2007). Nessa perspectiva, pode-se dizer que a comida representa um objeto de adicção que visa combater a angústia de sujeitos que possuem um objeto simbólico danificado no mundo psíquico ou mesmo a falta deste objeto.

Em concordância com as ideias de Winnicott, McDougall (2001), ao se aprofundar no estudo das adicções, postula que a solução adictiva é uma tentativa de equilíbrio diante de estados psíquicos ameaçadores, em que o uso em excesso de um determinado objeto, no caso a comida, busca suprir a falta da função materna. A fragilidade egóica dos sujeitos com TCA é resultado do fracasso das internalizações das bases narcísicas suficientemente estáveis.

O termo “adicto” refere-se a um estado de escravidão em que a pessoa, embora sintase escravo do objeto, paradoxalmente vivencia a experiência adictiva como algo “bom”. Para McDougall (2000), o comportamento adictivo demonstra fragilidade na elaboração psíquica e falha no processo de simbolização. A adicção, representada pelo comer compulsivo, é uma tentativa de superar um estado de angústia, raiva, culpa, depressão ou qualquer outro

estado afetivo que desencadeie uma tensão psíquica insuportável (MCDUGALL, 2000).

McDougall (2001) acrescenta que a dificuldade de estabelecer uma representação interna da figura materna e, posteriormente, da figura paterna, pode levar a uma experiência de “ruptura da continuidade da vida”, pois as representações deixam de fazer sentido para o indivíduo. A introjeção de objetos falhos leva ao desenvolvimento de um ego fragilizado, incapaz de lidar com as frustrações e com a dor psicológica, assim como, em alguns casos, os objetos podem passar a apresentar características persecutórias. Em ambos os quadros, o indivíduo frente a uma insegurança ou frustração, utiliza o objeto transicional de forma adictiva.

Ademais, as pesquisas de Vianna (2016) concluíram que pessoas com TCA apresentam uma fragilidade narcísica, percebida pelas particularidades de suas modalidades relacionais objetais, sobre a forma como enxergam seus corpos e a relação mantida com a alimentação. A intensidade e a avidez da compulsão alimentar são traços que mostram as marcas das insuficiências das internalizações e das bases narcísicas.

Roussillon (2014) conceitua que falhas narcísicas resultam da experiência insatisfatória de si na relação com o objeto e impossibilitam ao sujeito dar estatuto representativo a determinadas experiências que contribuem para a construção de sua identidade, regulação de seu narcisismo e afetam seu sentimento de ser em sua essência, ou seja, o sofrimento narcísico impossibilita a definição de si, a capacidade representativa e simbólica do indivíduo.

Sob esse aspecto, pode-se concluir que o comer compulsivo, para algumas pessoas, representa falhas no processo de amadurecimento psíquico, em específico nos estágios transicionais, e resultam em dificuldades no desenvolvimento da simbolização. A fixação exacerbada no objeto comida é uma manifestação típica das adicções, instalada na fase dos fenômenos transicionais. Portanto, pode-se dizer que o TCA é uma patologia transicional.

4.1 PSICODINÂMICA E MANEJO CLÍNICO EM WINNICOTT

No que tange o tratamento referente ao TCA é necessário enfatizar que pesquisadores como Brian Lask (2000), T. Cordás (2004) e J. Mitchel (2001)

CADERNOS DE PSICOLOGIA, Juiz de Fora, v. 4, n. 8, p.677-697, jul./dez. 2022 – ISSN 2674-9483

apontam para o caráter multifatorial na etiologia das psicopatologias ligadas à alimentação e apontam aspectos constitucionais, sociais, culturais, familiares e de personalidade na origem desses distúrbios. Em decorrência da complexidade da patologia é necessário que se faça uma avaliação do indivíduo, a fim de propor uma terapêutica multidisciplinar estruturada, integrando profissionais de diferentes áreas, como médicos, nutricionistas, psicólogos e/ou psicanalistas. (WEINBERG, 2006)

Vianna (2016), com base na teoria psicanalítica, afirma que o sintoma é um representante de um conflito inconsciente. Se eliminado, mas não resolvido, pode retornar ou ser substituído por outro diferente. Nesse sentido, a prática psicanalítica tem como objetivo a elaboração do conflito subjacente ao sintoma.

A psicanálise desenvolvida por Freud parte do pressuposto de que os adoecimentos psíquicos são resultados de um jogo de forças intrapsíquicas e estabelece como o pilar da clínica a forte relação com a linguagem. O objetivo do tratamento psicanalítico tradicional é tornar consciente conteúdos recalçados, de modo a reestabelecer os elos temporais e causais perdidos. Para tal, utiliza-se como instrumento principal a interpretação do analista. (LOPARIC, 1997)

Divergente do método tradicional, a psicodinâmica proposta por Winnicott (1990), ainda que fundamentada na psicanálise freudiana, parte de um ponto de vista desenvolvimental, isto é, considera que a constituição saudável do indivíduo depende de um somatório de conquistas que ocorrem sucessivamente ao longo do processo de desenvolvimento. Para o teórico, o ser humano tem tendência inata à organização psíquica. No entanto, o sucesso desse processo depende dos cuidados fornecidos pelo ambiente no qual o indivíduo está inserido. Partindo desta premissa, pode-se compreender que a psicoterapia sustentada em uma leitura winnicottiana, de um modo geral, tem como intuito principal retomar o processo de desenvolvimento a partir de um conjunto de ações e sustentações ambientais.

Nesse sentido, Winnicott (1988) vai dizer que o *setting* terapêutico é um instrumento de transformação psíquica tão relevante quanto as interpretações do analista. O teórico aponta que o processo analítico que leva ao amadurecimento psíquico, entendido como expansão do espaço potencial e dos objetos simbólicos ou não, é aquele que fornece cuidados ambientais.

Em concordância às ideias de Winnicott, Fulgêncio (2018) afirma que o papel do analista é fornecer a sustentação do ambiente a partir de uma “relação afetiva” com o paciente, na qual o principal objetivo é prover a compreensão da história e do sofrimento do analisante de forma empática.

Fulgêncio (2018), ao falar sobre os cuidados psicoterápicos propostos por Winnicott, destaca que a sustentação ambiental é fornecida de acordo com o adoecimento do sujeito e distingue o tratamento de acordo com três tipos clínicos: o método tradicional, no qual a interpretação é utilizada como principal ferramenta, sendo recomendado para aqueles cuja estrutura é neurótica, ou seja, funcionam como pessoas inteiras. Pessoas cujo humor é rebaixado, ou são deprimidas, também respondem bem ao método tradicional, porém a função central do analista, nestes casos, é sobreviver aos ataques de “sedução” do paciente. Em estruturas psicóticas ou não-integradas, a base do tratamento é a sustentação ambiental como um quadro de reexperimentação de uma situação na qual o sujeito é dependente.

Contudo, Fulgêncio (2018) ressalta que os quadros complementares exigem adaptações psicoterápicas. No tratamento de casos *borderline* e de atitude antissocial, é necessário ultrapassar as defesas que foram estabelecidas em decorrência de um falso *self*, até se chegar no trauma inicial. Em pacientes que apresentam problemas psicossomáticos ou de adicção, como a compulsão alimentar tratada neste estudo, recomenda-se, devido a complexidade, que o tratamento envolva a junção de todas as prescrições citadas anteriormente, sendo a provisão ambiental fornecida pelo analista de extrema importância para o processo terapêutico.

Nina (2007) afirma que, no âmbito clínico, o psicanalista representa um fenômeno transicional. O terapeuta, simultaneamente, é um representante do Princípio da Realidade, à medida que mantém as condições externas do *setting*, mas também um objeto subjetivo para o paciente. Considerando o TCA uma patologia transicional, é essencial que seja construído um espaço na relação entre paciente e analista, no qual exista confiança e segurança suficiente para que o indivíduo possa descobrir sua potência criativa, brincar de se inventar e reinventar.

Diante disso, e a partir das hipóteses levantadas nesse estudo, acredita-se que um dos objetivos mais relevantes para o tratamento do TCA é a

CADERNOS DE PSICOLOGIA, Juiz de Fora, v. 4, n. 8, p.677-697, jul./dez. 2022 – ISSN 2674-9483

construção de um espaço potencial a partir da sustentação ambiental, oferecida pelo analista, para que o sujeito possa fruir de sua potência criativa por meio da via da transicionalidade. A reconstituição da capacidade criativa pode possibilitar ao indivíduo a recuperação de seu processo de simbolização (NASCIMENTO, *et al.* 2020).

5 CONCLUSÃO

Diante das contribuições apresentadas, chegamos à compreensão dos mecanismos psíquicos associados ao TCA a partir de um enfoque relacional. Consoante com as ideias de Jeammet (1999), entendemos que evolução dos estudos psicanalíticos contribuiu para uma leitura mais atenta à complexidade presente na clínica dos transtornos alimentares, ampliando a visão simplista ligada ao caráter estereotipado de sua expressão comportamental.

A teoria do amadurecimento, proposta por Donald W. Winnicott, possibilitou o entendimento do adoecimento psíquico para além do campo das neuroses clássicas, permitindo deslocar da ênfase da análise de conflitos ligados ao recalçamento, para uma leitura centrada nas modalidades de relação com o objeto.

Partindo dessa premissa, verificamos que o desenvolvimento emocional saudável do sujeito depende de um somatório de conquistas maturacionais que, por sua vez, vão depender de um ambiente seguro e estável. No mesmo sentido, entendemos que falhas no oferecimento de um ambiente satisfatório resultam em um sofrimento psíquico manifestado através de sintomas.

Observamos, a partir do referencial winnicottiano, que a falta de vínculo dos cuidadores com o bebê na fase dos fenômenos transicionais leva a uma ruptura na constituição do *self* e, conseqüentemente, do potencial criativo da criança, resultando na impossibilidade do processo de simbolização. Dessa forma, o sujeito perante a precária internalização dos objetos, busca, através dos alimentos, o preenchimento do vazio interno, a fim de apaziguar as angústias primitivas.

Em síntese, identificamos que a confiança no ambiente é fundamental para que o sujeito desenvolva sua potência criativa e faça uso do objeto por meio da transicionalidade. Todavia, entendemos que o fracasso desse processo leva à

fixação no objeto comida que, para alguns sujeitos, funciona como um objeto de adicção.

A partir dessa leitura, constatamos que a compreensão da psicopatologia viabiliza a sustentação psicodinâmica e a orientação do trabalho psicoterapêutico, uma vez que a teoria psicanalítica visa a elaboração do sofrimento psíquico subjacente ao sintoma.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fifth Edition, Text Revision: Dsm-5-Tr(tm)**. ed. American Psychiatric Association, 2022.

BIZZARRI, Maria Luisa. **Considerações sobre alguns aspectos da técnica na clínica de Winnicott**. 2010.151 f. Tese (Dissertação mestrado em psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São paulo, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Saúde mental**. Brasília, 2002.

CAMBUÍ, H.A. **A relação de cuidado e seus significados para adolescentes 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.

CORDÁS, T.A; CLAUDINO, A.D.M. Transtornos alimentares:fundamentos históricos. **Rev Bras Psiquiatr**. v. 24., Supl III, p. 3-6, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/H3sFfd7QgwYcCSBfWb766b/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 jun.2022

DUCHESNE, M.; APPOLINÁRIO, J. C.; RANGÉ, B. P.; FREITAS, S.; PAPELBAUM, M.; COUTINHO, W.Evidências sobre a terapia cognitivo-comportamental no tratamento de obesos com transtorno da compulsãoalimentar periódica. **Revista de Psiquiatria**, Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 80-92, abr. 2007.

FULGENCIO, Leopoldo. Os objetivos do tratamento psicanalítico para Freud e Winnicott. **Estilos clin**. São Paulo, mai/ago. 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/estic/v23n2/a09v23n2.pdf>. Acesso em: 09 set, 2022.

GONZAGA, Ana Paula; WEINBERG, Cybelle; SARUBBI, Vicente. Abordagem psicanalítica dos transtornos alimentares. **Ceppan**, Edição n1, mar 2008. Disponível em: <https://redeceppan.com.br/wp-content/uploads/2020/10/ceppan-01.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2022.

GOMES, Sócrates Belém; NOGUEIRA, Renan dos Santos; SOUZA, Sérgio André Junior; RODRIGUES, Camila Herculano Soares. A evolução histórica dos conceitos e critérios diagnósticos da bulimia nervosa e do transtorno de compulsão alimentar: uma revisão de literatura. **Dialog interdis Psiq S Ment.** Ceará, 2021. Disponível em: <https://revistas.uece.br/index.php/dipsm/issue/view/392>. Acesso em: 03 de mar 2022

GREENBERG, J R; MITCHELL, S. **Relações objetais na teoria psicanalítica.** Porto Alegre: Artes médicas, 1994.

GURFINKEL, Décio. Adições: da perversão da pulsão à patologia dos objetos transicionais. **Psychê.** São Paulo, v. 11, n. 20, p. 13-28, jan/jun. 2007.

_____. Introdução a uma abordagem psicanalítica da questão das drogas na adolescência. In: Rappaport, C. R. (Org.). **Adolescência: abordagem psicanalítica.** vo. 1, pp. 131-174). São Paulo: E.P.U. ,1995

JEAMMET, P. Abordagem psicanalítica dos transtornos das condutas alimentares. In: URRIBARRI, R. (Org.). **Anorexia e bulimia.** São Paulo: Escuta, 1999.

KLAUTAU, Perla. **Encontros e desencontros entre Winnicott e Lacan.** São Paulo: Escuta, 2002.

LAPLANCHE, J. PONTALIS, J.B. **Vocabulário de psicanálise.** São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LOPARIC, Zeljko. **Winnicott e Melanie Klein: Conflito de paradigmas.** São Paulo: Lemos, 1997.

MCDOUGALL, Joyce. **As múltiplas faces de Eros: uma exploração psicoanalítica da sexualidade humana.** São Paulo: Martins Fontes, 2001.

_____. **Teatros do corpo: o psicossoma em psicanálise.** São Paulo: Martins Fontes, 2000.

MIGLIORINI, Walter José Martins; FREITAS, Lídia Maria Chacon. ·Objetos transicionais e o desenvolvimento da capacidade de incomodar. **J. psicanal.** vol.51 no.95 São Paulo jul./dez. 2018. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352018000200008#4a: Acesso em: 18 set. 2022.

NASCIMENTO, Gustavo Chiesa Gouveia; OLIVEIRA, Márcia Aparecida Ferreira; SOARES, Ricardo Henrique. Psicopatologia dos objetos transicionais: o olhar de Winnicott para a clínica das adições. **Psicologia em revista.** Belo Horizonte, dez. 2020.

NINA, Milton Della. Re-desenhando com Winnicott: a interpretação encarnada. **Jornal de Psicanálise**, São Paulo, 40 (73):157-168, dez. 2007.

PENKAT, Simone; BASTOS, Angélica. A anorexia mental e feminilidade. **Ágora**. Rio de Janeiro, 12(2), dez. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/agora/a/DMd8MZmXZPsDrDkwx5Bqj4r/abstract/?lang=pt>. Acesso : 02 mai. 2022

ROUSSILLON, René. Tradução Claudia Berliner. O trauma narcísico-identitário e sua transferência. **Rev. bras. Psicanálise**. vol.48 no.3 São Paulo, set. 2014. Acesso em 12 de outubro, 2022. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2014000300016

SERRALHA, C. A.; O espaço potencial: da origem à evolução. **Estilos da clínica**. vol.24 Minas Gerais, mar. 2019.

SPITZER, R.L. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. **Revista JAMA Medicina Interna**. vol.166, n.10, p.1092-1097, 2006.

VENOSA, V. S. Cicatrizes famintas: transtornos alimentares em carne viva. **A peste**. São Paulo, jul/dez. 2010

VIANNA, M. **Do bisturi ao divã**: cirurgia bariátrica, compulsão alimentar e psicanálise. Curitiba: Appris . 2019.

VIANNA, M. **Da geladeira ao divã**: psicanálise da compulsão alimentar. Curitiba. Appris, 2016.

WINNICOTT, D.W. **A natureza humana**. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

_____. O papel do espelho e da família no desenvolvimento infantil. **Da pediatria à psicanálise**- Obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000a

_____. A posição depressiva no desenvolvimento emocional normal. **Da pediatria à psicanálise** - Obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000b

_____. A preocupação materna primária. **Da pediatria à psicanálise**- Obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000c

_____. O apetite e os problemas emocionais. **Da pediatria à psicanálise** - Obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000d

_____. Objetos e fenômenos transicionais. **Da pediatria à psicanálise**- Obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000e

_____. **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____. **O ambiente e os processos de maturação.** Porto alegre: Artes médicas, 1988.

WEINBERG, C. **Do altar às passarelas:** Da anorexia santa à anorexia nervosa . São Paulo: Annablume, 2006.

ZIMERMAN, D. E. **Fundamentos Psicanalíticos: teoria, técnica e clínica.** Uma abordagem didática. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.