



**Centro Universitário de Brasília
Instituto CEUB de Pesquisa e Desenvolvimento - ICPD**

PEDRO MARTINI BONALDO

ANOREXIA E SEUS DESTINOS.

**Brasília
2016**

PEDRO MARTINI BONALDO

ANOREXIA E SEUS DESTINOS.

Monografia apresentada ao Centro
Universitário de Brasília (UniCEUB/ICPD)
como uma das atividades programadas para
conclusão do curso de Teoria Psicanalítica.
Orientador: Prof. João Stemler

**Brasília
2016**

PEDRO MARTINI BONALDO

ANOREXIA E SEUS DESTINOS

Trabalho apresentado ao Centro
Universitário de Brasília (UniCEUB/ICPD)
como pré-requisito para a obtenção de
Certificado de Conclusão de Curso de Pós-
graduação *Lato Sensu* Teoria Psicanálitica

Orientador: Prof João Stemler

Brasília, ____ de _____ de 2016.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Gilson Ciarallo

Prof. Juscelino Moreira de Assis

RESUMO

Os transtornos alimentares atualmente afligem milhares de pessoas, seja na infância ou na idade adulta. A abordagem multidisciplinar se privilegia como uma das mais efetivas para o tratamento destes transtornos e dentro dela podemos ressaltar que a psicanálise tem papel fundamental para remissão e resolução dos sintomas. O seguinte trabalho tem como objetivo realizar uma revisão bibliográfica sobre os transtornos alimentares e articular com a abordagem psicanalítica. Para isto, o autor dividiu o trabalho em três eixos: “Freud, Cultura e os Transtornos Alimentares; Anorexia e o Feminino; a Visão Psiquiátrica”. Os achados do trabalho demonstram a importância dos aspectos culturais para a etiologia e manutenção dos transtornos alimentares; de que maneira parte da visão psiquiatria (representada pelos grandes manuais nosológicos como o DSM) vem empobrecendo as discussões sobre os transtornos alimentares; e as possíveis explicações que a psicanálise traz sobre o assunto. Mais do que isto o autor procurou articular estes três eixos para uma leitura mais abrangente que possa capturar a complexidade desta clínica e possibilitar uma visão biopsicossocial.

Palavras-chave: Anorexia. Transtornos Alimentares. Psicanálise.

ABSTRACT

Eating disorders now afflict thousands of people, either in childhood or adulthood. A multidisciplinary approach is favored as one of the most effective for the treatment of these disorders and we emphasize that psychoanalysis has a fundamental role for decrease and resolution of symptoms. The following paper aims to review literature on eating disorders and articulate with the psychoanalytic approach. For this the author has divided the work into three areas: "Freud Culture and Eating Disorders; Anorexia and Feminine; Psychiatric Vision "The findings of this paper demonstrate the importance of the cultural aspects of the etiology and maintenance of eating disorders; How part of psychiatry's vision (represented by the nosological manuals like the DSM) is impoverishing discussions on eating disorders; And the possible explanations that psychoanalysis brings about it. More than that the author tried to articulate these three axes for a more comprehensive reading that can capture the complexity of clinical and enable a biopsychosocial view.

Key word: Anorexia. Eating Disorders. Psychoanalysis.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	6
1. A VISÃO PSIQUIÁTRICA.....	9
2. FREUD, CULTURA E OS TRANSTORNOS ALIMENTARES	18
3. ANOREXIA E O FEMININO	25
CONCLUSÃO	36

INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares atualmente se colocam como um dos maiores desafios de tratamento, identificação, estratégias de enfrentamento, prevenção primária, secundária e terciária. Além de uma alta taxa de incidência o referido transtorno é comumente cultuado por pequenos grupos que se identificam e o defendem como uma espécie de ideologia (grupos pró-bulimia e pró-anorexia). Para se ter uma ideia da incidência dos transtornos alimentares, Hay (2002) aponta que a bulimia afeta pelo menos 1% das mulheres ocidentais, enquanto transtornos alimentares parciais ou transtornos alimentares sem outra especificação atingem de 2 a 5% das mulheres no mundo. A anorexia nervosa atinge 0.5% das mulheres. Além disto, muitos outros transtornos alimentares afligem a população, como: obesidade, hipergafia, ortorexia, pica, vigorexia, transtorno de ruminação, entre outros.

Os transtornos alimentares podem apresentar se como um problema a ser lidado de maneira iminente ou, muitas vezes, eles apresentam-se como comorbidade, piorando o quadro clínico de outros transtornos como diabetes, hipertensão, distúrbios coronarianos, etc. A própria obesidade já é considerada uma doença crônica pela Organização Mundial da Saúde (OMS), sendo que 250 milhões de pessoas no mundo são consideradas obesas ou com sobrepeso.

Entende-se de maneira consensual que o trabalho para enfrentamento dos transtornos alimentares e transtornos alimentares da infância beneficia se de uma abordagem multiprofissional que contemple diversos profissionais, como: nutricionistas, psicólogos, médicos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais entre outros especialistas em saúde mental.

Considerando que a psicanálise constitui se como uma abordagem que pode embasar intervenções em saúde mental, bem como subsidiar muitas outras práticas ligadas a promoção de saúde mental, este trabalho procura entender como os transtornos mentais são compreendidos à sua luz. Além disso, este trabalho procura estabelecer uma ligação entre cultura, transtornos alimentares e feminilidade.

A pesquisa consiste na revisão de literatura, utilizando-se do método da leitura, interpretação e associação entre os textos. Para isso pesquisou-se na literatura

científica, livros, artigos que tenham como tema psicanálise e transtornos alimentares dos últimos anos. Ao serem levantados estes dados foi feita uma análise como uma tentativa de responder às perguntas previamente estabelecidas nos objetivos da pesquisa. Importante ressaltar que o autor tentou articular desde autores clássicos como Freud, pós-freudianos e pensadores dos dias atuais. Foi feita uma leitura histórica dentro da psiquiatria e articulando-se com a psicanálise na tentativa de buscar outros olhares para compreender o fenômeno.

O objetivo deste trabalho é realizar uma revisão bibliográfica sobre transtorno alimentar e articular com a abordagem psicanalítica. Como objetivos específicos este trabalho visa: Compreender a visão de Freud e outros autores pós-freudianos sobre o assunto; estabelecer uma ligação entre os transtornos alimentares e a cultura; entender a parte da visão da psiquiatria sobre o assunto e a construção da síndrome do ponto de vista histórico; compreender a visão da psicanálise sobre os transtornos alimentares. É relevante frisar que o seguinte trabalho por abordar três eixos distintos para sua análise, pretende se construir uma visão mais panorâmica e até mais breve do que se aprofundar tanto dentro de cada eixo.

Para atingir os objetivos propostos, o trabalho seguiu o seguinte caminho: primeiro conhecer a visão da psiquiatria sobre os transtornos mentais ao longo do tempo, sobretudo a visão psiquiátrica representada pelos grandes manuais atuais como DSM e CID; entender a visão de Freud sobre a anorexia e os transtornos alimentares de maneira geral, para depois compreender a perspectiva moderna de autores pós freudianos sobre o referido assunto; fazer uma reflexão sobre como a cultura pode influenciar a etiologia e a manutenção dos transtornos alimentares, um tema bastante moderno numa sociedade lipofóbica e por último conhecer a complexidade existente entre a anorexia e a feminilidade dentro da psicanálise. Importante ressaltar que mais do que uma revisão de literatura, o autor procurou fazer críticas, formular conjecturas e articular os saberes de diversos campos da ciência.

Pensando no problema de pesquisa, o foco deste trabalho acadêmico está voltado para uma melhor compreensão sobre a nova realidade trazida com o estudo dos transtornos alimentares dentro do paradigma da psicanálise.

Ao empregar a revisão de literatura, o pesquisador pretende responder às seguintes perguntas: 1) Como a psicanálise compreende os transtornos alimentares?

2) Qual a relação entre cultura e o desenvolvimento desses transtornos? 3) Qual é o percurso histórico dos transtornos alimentares na psiquiatria?

O seguinte estudo tem uma grande relevância social, dado a pandemia a qual os transtornos alimentares afetam pessoas de todos os níveis sociais e de praticamente todos os países do mundo. De acordo com o ONU, mesmo em países em desenvolvimento, problemas como sobrepeso e obesidade afetam grande parte da população, independente da sua condição social.

O tema é bastante instigante para o pesquisador, tendo este já trabalhado com o transtorno alimentar infantil e nunca ter encontrado uma boa sistematização de múltiplas visões sobre o assunto, principalmente dentro da psicanálise. Desta forma, a pesquisa se coaduna com os interesses pessoais do autor.

Em termos científicos, ao se compreender a visão da psicanálise sobre o assunto e sistematizar os principais pontos apontados, este estudo faz com que se avance e se adquira maior firmeza à abordagem psicanalítica.

Por último, é importante que mais estudos sejam feitos independente da área, para se compreender qual é o movimento dos objetos estudados, quais são as perspectivas, no caso do transtorno alimentar, quais são as múltiplas compreensões, o prognóstico, a mortalidade, entre outras variáveis epidemiológicas que podem ajudar no tratamento ao serem identificadas.

1. A VISÃO PSIQUIÁTRICA

Ao usarmos o termo “Visão Psiquiátrica” estamos nos restringindo à visão da psiquiatria representada pelos grandes manuais nosológicos de classificação como o Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM, múltiplas edições) e a classificação internacional de doenças (CID). A escolha pela análise da visão psiquiátrica por esses manuais, se dá principalmente pelo protagonismo que esses manuais têm na comunidade científica. Além disto, representa uma parte consideravelmente grande da visão psiquiátrica atual.

A palavra anorexia etimologicamente vem do grego, sendo o prefixo “a” um prefixo de negação e “orexis” que quer dizer apetite, desejo. De acordo com Aurélio (2002) anorexia significa: “1. Perda ou diminuição acentuada do apetite; 2. Anorexia nervosa: distúrbio que se manifesta na recusa de alimentação”.

Interessante pensar que embora a anorexia signifique sem desejo, a psicanálise não entende que necessariamente a anoréxica não tem desejo, ao menos que fossemos para uma interpretação da anorexia como melancolia. A anoréxica certamente ao recusar o alimento está tentando “manipular” o seu meio e assim realizar algum tipo de desejo.

A ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. DSM V (2013) – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais coloca os transtornos alimentares como perturbação persistente na alimentação ou comportamento relacionado à alimentação que resulte em consumo ou absorção dos alimentos que comprometa o funcionamento psicossocial ou físico do sujeito. A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10 (1996) por sua vez chama de transtorno da alimentação e conceitua de maneira semelhante a ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. DSM V (2013), apontando também que a incidência em mulheres é maior, bem como o transtorno alimentar do adulto é geralmente acompanhado de um transtorno alimentar antecedente na infância e adolescência. A anorexia por sua vez segundo o DSM V (2013) traz os seguintes critérios para seu diagnóstico: (quadro 1)

Quadro 1 – Critérios diagnósticos para o Transtorno da Anorexia Nervosa

.A	Restrição da ingestão calórica em relação às necessidades fisiológicas, levando a um peso corporal significativamente baixo no contexto de idade, gênero, trajetória do desenvolvimento e saúde física. Peso significativamente baixo é definido como um peso inferior ao peso mínimo normal e esperado
.B	Medo intenso de ganhar peso ou tornar-se obeso, ou comportamento persistente que interfere no ganho de peso, mesmo estando com peso significativamente baixo
.C	Perturbação do modo como o próprio peso e/ou a forma corporal são vivenciados, influência indevida do peso ou da forma corporal na autoavaliação, ou ausência persistente de reconhecimento da gravidade do baixo peso corporal atual

FONTE: DSM-V

Segundo o DSM V (2013) existem algumas características importantes da anorexia que a colocam como um transtorno de bastante risco. O primeiro deles refere-se ao fato de que alguns sintomas da anorexia são irreversíveis como, por exemplo, a perda de densidade óssea. Então se trata de um transtorno com uma taxa de morte de 10 à 20% com sintomas reversíveis (perda da massa corporal) e irreversíveis (perda de densidade óssea).

Além disso, ainda segundo o DSM V (2013), o transtorno nas suas fases mais agudas está associado à depressão, sobretudo os sintomas de humor deprimido, isolamento social, irritabilidade, insônia e diminuição da libido. Esses sintomas podem se apresentar como sequelas da subnutrição ou caracterizar um transtorno depressivo maior.

Outro aspecto importante é o de pacientes com anorexia nervosa apresentarem comportamentos associados ao transtorno obsessivo compulsivo, ou seja, obsessões e compulsões não necessariamente alimentares (neste caso cabe um diagnóstico de TOC) e muitas vezes associadas a compulsões e obsessões ligadas a comida. Frequentemente existem comportamentos abusivos de ingestão de comida, bem como colecionar receitas ou passar muito tempo do dia pensando sobre comida.

Por último acredito que vale a pena ressaltar, como o DSM V (2013) coloca, que é muito comum os pacientes com anorexia nervosa fazerem muitos exercícios

físicos e que isto pode atrapalhar no tratamento, sobretudo no controle destes exercícios. Muitos deles também fazem uso de medicamentos para controlar o peso.

Já a bulimia tem como diagnósticos os seguintes critérios segundo o DSM V (2013) : (quadro 2)

Quadro 2 – Critérios diagnósticos para o Transtorno da Bulimia Nervosa

A	Episódios recorrentes de compulsão alimentar. Um episódio de compulsão alimentar é caracterizado pelos seguintes aspectos: 1. Ingestão, em um período de tempo determinado (p. ex., dentro de cada período de duas horas), de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria dos indivíduos consumiria no mesmo período sob circunstâncias semelhantes. 2. Sensação de falta de controle sobre a ingestão durante o episódio (p. ex., sentimento de não conseguir parar de comer ou controlar o que e o quanto se está ingerindo).
B	Comportamentos compensatórios inapropriados recorrentes a fim de impedir o ganho de peso, como vômitos autoinduzidos; uso indevido de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos; jejum; ou exercício em excesso
C	A compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios inapropriados ocorrem, em média, no mínimo uma vez por semana durante três meses.
D	A autoavaliação é indevidamente influenciada pela forma e pelo peso corporais.
E	A perturbação não ocorre exclusivamente durante episódios de anorexia

FONTE: DSM- V

Para o DSM V (2013) existem alguns aspectos muito relevantes da bulimia que devem ser mencionados. O primeiro deles refere-se aos fatores de riscos, isto é, fatores que quando presentes aumentam a chance do desenvolvimento do transtorno. Estes podem ser divididos em: temperamento, mostrando que são pessoas com preocupação com o peso, baixa auto-estima, sintomas depressivos e transtornos ansiosos; o ambiente, que geralmente inclui o ideal de ser magro, além de sujeitos abusados sexualmente terem maior probabilidade de desenvolver o transtorno;

genéticos e fisiológicos, que incluem a obesidade infantil, bem como a maturação puberal precoce que aumentam a incidência da bulimia; e por último os modificadores de curso, relatando que a bulimia associada a transtornos psiquiátricos geralmente pioram o prognóstico da síndrome.

Por sua vez o Transtorno de Compulsão Alimentar se resume aos diagnósticos: "sensação de falta de controle sobre a ingestão durante o episódio": (quadro 3)

Quadro 3 – Critérios diagnósticos para o Transtorno da Compulsão Alimentar:

A.	<p>Episódios recorrentes de compulsão alimentar. Um episódio de compulsão alimentar é caracterizado pelos seguintes aspectos:</p> <p style="padding-left: 40px;">Ingestão, em um período de tempo determinado (por exemplo dentro de cada período de duas horas), uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria dos indivíduos consumiria no mesmo período sob circunstâncias semelhantes.</p> <p style="padding-left: 40px;">Sensação de falta de controle sobre a ingestão durante o episódio (por ex., sentimento de não conseguir parar de comer ou controlar o quê e quanto se está ingerindo).</p>
B.	<p>Os episódios de compulsão alimentar estão associados a três (ou mais) dos seguintes aspectos:</p> <p style="padding-left: 40px;">Comer mais rapidamente que o normal</p> <p style="padding-left: 40px;">Comer até se sentir desconfortavelmente cheio</p> <p style="padding-left: 40px;">Comer grandes quantidades de alimento na ausência da sensação física de fome</p> <p style="padding-left: 40px;">Comer sozinho por vergonha do quanto se está comendo.</p> <p style="padding-left: 40px;">Sentir-se desgostoso de si mesmo, deprimido ou muito culpado em seguida.</p>
C.	Sofrimento marcante em virtude da compulsão alimentar.
D.	Os episódios de compulsão alimentar ocorrem, em média, ao menos uma vez por semana durante três meses.
E.	A compulsão alimentar não está associada ao uso recorrente do comportamento compensatório inapropriado como na bulimia nervosa ou anorexia nervosa.

FONTE: DSM-V

Importante ressaltar algumas diferenças que esses transtornos sofreram ao longo do tempo. A visão atual de parte da psiquiatria é representada pelo DSM V, mas se analisarmos o DSM IV (2004) encontramos diferenças significativas. Primeiro que o DSM IV (2004) usa o termo perturbações do comportamento alimentar e inclui apenas anorexia nervosa e bulimia deixando outros tipos de perturbações para Perturbações da Alimentação e do Comportamento Alimentar da Primeira Infância e do Início da Segunda Infância (exemplos: pica, perturbação de ruminação, entre outros). Já o DSM V (2013) usa o termo transtorno alimentar englobando todos os transtornos, seja da infância ou não, dentro da mesma categoria “Transtornos Alimentares”.

A anorexia nervosa tanto do DSM IV (2004) como do DSM V (2013) é bastante semelhante e sua concepção quase não difere, exceto que no DSM IV (2004) existe um critério a mais para as mulheres, que é a ausência da menstruação em 3 ciclos menstruais (após a menarca), critério inexistente no DSM V (2013). Por sua vez na bulimia nervosa temos uma mudança no critério C, enquanto no DSM V (2013) é “A compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios inapropriados ocorrem, em média, no mínimo uma vez por semana durante três meses” o critério no DSM IV (2004) é pelo menos duas à três vezes durante três meses. Ou seja, o DSM V (2013) mostra um movimento de incluir mais casos dentro do espectro bulímico, tendência esta bastante presente entre outros transtornos com o abrandamento dos critérios. Outra diferença é a classificação no DSM V no nível bulímico em leve, moderada, grave e extrema contra a classificação do DSM IV em apenas métodos purgativo e não purgativo.

O Transtorno de Compulsão Alimentar difere no DSM IV (2004) e DSM V (2013) em relação ao tempo para receber o diagnóstico. No DSM V (2013), o episódio deve ocorrer uma vez por semana durante três meses e no DSM IV (2004) ele deve ocorrer dois dias por semana durante pelo menos seis meses. As críticas são semelhantes ao critério de tempo em relação a bulimia nervosa, como que ao longo dos anos o DSM parece aumentar a amplitude do diagnóstico.

O DSM V (2013) conta também com especificações quanto à intensidade do transtorno assim como na bulimia. O DSM III (1980) não apresenta diferenças significativas na síndrome anoréxica em relação ao DSM IV (2004). Na síndrome bulímica a diferença reside pelo fato de que a bulimia no DSM IV (2004) poder ser

classificada com ou sem os métodos purgativos. O transtorno de compulsão alimentar foi incluído no DSM apenas na quinta edição, na quarta ele se encontrava na seção apêndice B em uma categoria que precisava ser mais pesquisada. No DSM III (1980) o transtorno sequer aparece, o que existe são menções de episódios de compulsão alimentar como uma espécie de sintomas que podem aparecer em diversas síndromes como anorexia, bulimia, entre outras.

Outra crítica que é possível tecer é que novamente o DSM se constrói em uma lógica da doença, em determinar se aquele fenômeno é ou não patológico e sua mera descrição. O instrumento se coloca como atóxico, todavia, ele se revela de pouca utilidade clínica e tendo muito mais uma utilidade estatística. Jorge (2010) problematiza como na psicanálise ela nasceu da patologia para passar para uma ótica da normalidade até analisar as massas no que é conhecido como a psicologia das massas. Dessa forma na psicanálise a discussão se algo é patológico ou não, parece ter outra relevância, visto que Freud desde o princípio em um dos seus primeiros textos “A psicopatologia da vida cotidiana” mostrou que os atos inconscientes (chistes, atos falhos, lapsos de linguagem, esquecimento de nomes entre outros), já apareciam cotidianamente em pessoas ditas normais.

Assim, os textos de Freud são muito atuais até hoje. Lacan, de acordo com Jorge (2010), também recupera esta ideia ao afirmar que o inconsciente é a grande doença mental do homem. Ao retomar a frase de Lacan, o que fica claro é que a doença para Lacan não está no sentido médico como uma enfermidade ou mal funcionamento e sim no sentido de um sofrimento comum a todos os homens. Essa distinção é importante, a abrangência do inconsciente em Freud se dá em cada ato psíquico, ou seja, cada ação, fala, pensamento consciente, terá um inconsciente por trás e será determinada psiquicamente. Em outras palavras, não existe como uma formação ou produção humana não conter algo de inconsciente. Sendo assim, o que faz com que a fronteira tão rígida entre normal e patológico, construídas outrora pelo saber psiquiátrico (ao menos parte da psiquiatria representada pelos grandes manuais de classificação nosológicas como DSM), se torne algo inexistente. Mais do que isto o que Freud, Lacan e muitos outros psicanalistas defendem é que: o sofrimento, mecanismos de defesas e angústias como parte da nossa condição humana existencial. Sendo assim, a diferença entre os casos graves de neurose e a neurose comum seria muito mais quantitativa do que qualitativa. Os sujeitos em adoecimento

psíquico grave estariam mais angustiados, usando mais seus mecanismos de defesas, mas seu sofrimento não teria uma natureza diferente do sofrimento psíquico comum a todos os membros da espécie.

A psicodinâmica por sua vez apresenta várias concepções sobre os transtornos alimentares. Gorgati, Holcberg e Oliveira (2002) apontam que a atitude clássica da psicanálise de associações livres em um setting “neutro” não é a mais indicada, sendo esta atitude preterida. Recomenda-se uma escuta empática por parte do terapeuta de maneira que se oportunize um ambiente acolhedor e propicie um local seguro para que o paciente compartilhe seu mundo interno e encontre outras expressões para seus sintomas. É importante frisar que embora os transtornos alimentares apresentem muitas características em comum, existem particularidades no manejo de cada transtorno.

Gorgati, Holcberg e Oliveira (2002) mostram que de maneira geral os pacientes com transtorno alimentar possuem habilidade limitada para acessar e tolerar emoções e isto manifesta-se no setting terapêutico por repertório restrito de experiência afetiva e uma tendência a aceitar as interpretações e crenças do terapeuta. Por outro lado, estes autores apontam as diferenças de cada transtorno. O transtorno da anorexia nervosa é marcado por um silêncio imperativo e um deserto psíquico das representações. Já a Bulimia apresenta os afetos e emoções experimentados de maneira intensa ganhando expressões indiscriminadas.

Para Kelner (2004), a relação entre psicanálise e transtornos alimentares é antiga, sendo que de certa forma Freud explicita que o bebê passa primeiro pela fase oral, isto é, percebe os objetos ao seu redor pela boca, bem como é dotado de pulsões proeminentemente orais. Além disto, Freud propunha o seio materno como primeiro objeto, todavia falou pouco das fantasias infantis, dos afetos despertados por essa experiência, restringindo se mais às experiências auto eróticas. Ainda para Kelner (2004), Melanie Klein já apontava também a importância das pulsões orais nesta fase de vida, sendo que o seio bom será vivenciado pelas experiências prazerosas como receber o leite materno e as experiências desconfortáveis provenientes da própria digestão serão projetadas. Dessa forma o bebê tende a introjetar as experiências boas e projetar as experiências desagradáveis.

Outro ponto a ser levado em conta e que afeta os desenvolvimentos dos transtornos mentais é em relação à imagem corporal. Para Kelner (2004) a imagem

corporal envolveria um modelo integrado às experiências orgânicas e psíquicas e aponta como no caso do obeso que a inatividade está ligada ao sobrepeso. Por outro lado, há de se pontuar nos transtornos bulímicos e anoréxicos a distorção dessa imagem corporal que passa para algo com dimensões maiores do que a pessoa realmente representa.

Em termos de tratamento, Scorsolini-comin e Santos (2012) mostram que os melhores resultados são obtidos pela combinação de psicoterapia com medicação. A psicoterapia psicodinâmica breve de acordo com Scorsolini-comin e Santos (2012) têm demonstrado para o tratamento de transtornos alimentares uma boa relação de custo/benefício e tem ganhado muito espaço no mundo. Uma delas, a psicoterapia psicodinâmica breve adleriana, tem demonstrado eficácia para o tratamento e tem como objetivos: solucionar o problema ou parte dele; reduzir os sintomas e promover qualidade de vida.

A psicoterapia psicodinâmica breve de acordo com Cordioli (1998) privilegia se para o tratamento de transtornos alimentares sobretudo em situações em que se exige uma intervenção rápida pelo risco de vida. A psicoterapia psicodinâmica breve tem algumas características como: os terapeutas são mais ativos, estimulam aliança terapêutica além da transferência positiva; focalizam no conflito específico ou em temas definidos antes do encontro; ela tem um foco no problema e no objetivo definido; a atenção é dirigida para as experiências atuais do paciente incluindo os sintomas; ênfase na dimensão transferencial do “aqui e agora”, que não necessariamente terá relação com o passado. Além disto, a psicoterapia psicodinâmica breve usa técnicas como a associação livre, avalia a resistência, uso da transferência e do insight do sujeito. Importante ressaltar é que este tipo de modalidade de terapia é mais estruturado e conta com número pré-definido de sessões. Por outro lado, psicanálise e a psicoterapia dinâmica a ênfase delas, segundo Cordioli (1998) se dá na resolução ou destino do conflito primário. Sendo este entendido como o padrão de relações objetais internalizado pelo sujeito ao longo da vida; o desenvolvimento ou não da capacidade de conter e pensar e dos sentimentos, fantasias e desejos estabelecidos juntamente aos modelos primários de relação objetal. Este conflito primário vai determinar de forma dinâmica como a pessoa vai distorcer a realidade e estabelecer uma forma de lidar com a demanda dela. Desta forma a defesa do autor é que existe uma necessidade do profissional avaliar se o conflito atual tem ligação com este conflito primário. Se sim então poderíamos pensar

na psicanálise e terapia psicodinâmica, caso contrário poderíamos pensar na modalidade breve.

2. FREUD, CULTURA E OS TRANSTORNOS ALIMENTARES

A psicanálise não se organiza por síndromes, sendo assim, Freud, ao contrário de manuais psiquiátricos, não dividiu sua obra por referências nosológicas. Portanto, as referências aos transtornos alimentares começam muito antes quando Freud estabelece a importância da oralidade. Em Freud (1905) ele procura explicar como o sexo oral na sociedade era considerado uma perversão, isto é, um comportamento sexual anômalo e uma certa incoerência quando pensamos que o beijo não é considerado uma perversão, então quando a mucosa da boca entra em contato com a genitália é perversão e quando entra em contato com a outra boca não é. Freud procura denunciar o aspecto contraditório disto, sobretudo como o asco que o sexo oral provocaria em certas pessoas seria uma espécie de defesa contra um interesse sexual, como Freud (1905/1996, p.132-133) diz “a força da pulsão sexual gosta de se exercer na dominação desse asco”.

Ainda em Freud (1905/1996) vemos como as pulsões orais são onde a sexualidade infantil começa. A princípio o instinto nutricional fez com que o recém-nascido chorasse pelo seio. Ao obter o leite, Freud problematiza que a zona erógena da boca que naturalmente produz essa pulsão sexual, ficou associada ao prazer de tomar leite e saciar essa necessidade. Neste sentido, Freud diz que a pulsão oral no início se apoia na necessidade oral, tornando-se depois algo fundamentalmente distinto. Então vemos que a criança passa ao comportamento de chuchar que basicamente é quando a criança encosta os lábios em algum objeto, no caso a pele, dedão da mão, bico do peito e fica passando a língua para obter prazer. Este comportamento não tem um propósito nutricional e sim de obter um prazer do tipo sexual.

A reflexão presente em Freud (1905/1996) dá origem ao que chamamos a fase oral, fase esta em que as pulsões orais estariam em maior predominância e permitiriam ao sujeito entrar em contato com o mundo, principalmente através da boca. Freud contextualiza que se nesta fase oral a pessoa obtém muito prazer, então quando adulta ela se tornará uma aficionada a beijos; tenderá a “beijos perversos”, comportamento de beber e fumar caso sejam homens. É neste sentido que caso a pessoa sofra um recalçamento exacerbado destas pulsões então o recalçamento

também se estenderá ao instinto nutricional e Freud (1905/1996) vai mostrar pela primeira vez como surgiria distúrbios alimentares. Nas suas palavras Freud (1905/1996, p.144-145) diz

Caso sobrevenha o recalçamento, porém, sentirão nojo da comida e produzirão vômitos histéricos. Por força da dupla finalidade da zona labial, o recalçamento se estende à pulsão de nutrição. Muitas de minhas pacientes com distúrbios alimentares, globus hystericus, constricção na garganta e vômitos foram, na infância, firmes adeptas do chuchar.

O que Freud (1905/1996) procura estabelecer é como uma fixação na fase oral infantil pode provocar em adultos uma porção de sintomas. Importante ressaltar que Freud coloca essas pulsões parciais, dentre elas as orais, como auto eróticas, isto é, o objeto de prazer está no próprio corpo. As pulsões parciais têm certa independência entre si e tem como objetivo obter prazer. No desenvolvimento psíquico normal existiria uma primazia das pulsões genitais. O autor também procura falar um pouco da natureza dessas pulsões orais, tendo elas como alvo a incorporação do objeto. Essas pulsões não estão totalmente separadas da necessidade nutricional e quando são em crianças iremos notar o comportamento de chuchar. De acordo com Freud (1905/1996) essa incorporação do objeto será modelo para o uso de outro mecanismo chamado de identificação, isto é, para nos identificarmos com algo primeiro, precisamos incorporar este objeto.

Muito antes das reflexões presentes nos três ensaios, Freud (1895/1996) já fazia uma associação entre melancolia e anorexia. Na melancolia existiria a perda da libido, sendo o afeto correspondente ao luto. Assim, existe um desejo de recuperar algo que foi perdido, sobretudo uma perda pulsional. Já na anorexia nervosa Freud (1895/1996) estabelece uma relação em que a sexualidade não se desenvolveu. A paciente afirma não se alimentar porque não tem apetite e paralelamente em termos sexuais, Freud fala em uma perda da libido também.

Interessante como em Freud (1892/1996) a anorexia já ganha muito mais um contorno de uma neurose traumática, isto é, diante de um trauma externo Freud procura explicar que um dos sintomas possíveis seria anorexia. Ao longo de sua obra vemos grandes mudanças da maneira como ele compreendia a síndrome. Neste caso de Freud (1892/1996) o que percebemos é que para ele a anorexia estaria ligada a um trauma que se descobre por meio da hipnose em que a paciente era obrigada a comer comida fria. Então neste tempo, Freud ainda adotava a teoria do trauma e dizia

que a carga afetiva por não ter sido descarregada mostrava se como uma geradora dos sintomas da paciente. Neste sentido vemos que em um momento a anorexia nervosa tinha um contorno próximo à melancolia e no outro, próximo de uma neurose traumática. Em Freud (1893/1996) a anorexia já é muito mais vista como um sintoma histérico, mostrando que a anorexia em distintos momentos é explicada de uma determinada forma.

Em outro momento a anorexia aparece em Freud (1904/1987) como uma contraindicação da psicanálise, principalmente se a intenção do médico for eliminar os sintomas. Isto acontece porque factualmente um tratamento em psicanálise, sobretudo na época de Freud, era um tratamento muitas vezes de longo prazo. Se a pessoa apresentasse sintomas anoréxicos existia uma chance de ela morrer antes da sua alta. Neste sentido, Freud (1904/1996, p. 55-56) desaconselhava a psicanálise “Não se deve recorrer à psicanálise quando se trata de eliminar com rapidez fenômenos perigosos, como, por exemplo, na anorexia histérica”. Essa discussão é bastante atual até hoje e representa uma das críticas à psicanálise que muitas vezes demora na sua terapêutica e outras abordagens colocam se como mais rápidas. No entanto, hoje em dia existem psicoterapias psicanalíticas breves que poderiam ser mais adequadas para o contexto emergencial de uma anorexia nervosa grave.

Uma outra menção da anorexia na obra de Freud (1919/1996) refere-se ao caso do pequeno Hans, em que ele menciona que é uma doença que adocece principalmente as mulheres, o que é algo bastante frequente mesmo nos tempos atuais. Outro ponto interessante é que Freud já falava que era uma doença que acontecia sobretudo na puberdade, o que também acontece ainda nos dias de hoje. Ele dizia que existia uma ligação muito forte da anorexia na puberdade e na fase oral, ressaltando como a fase oral é conhecida também como uma fase canibalesca. Acredito que não à toa é normal vermos crianças mordendo outras crianças e como mesmo em adultos existe uma referência a esse canibalismo em frases do tipo “eu poderia devorá-la com amor”.

Uma última menção de Freud sobre anorexia foi em uma carta à Wilhem Fliess, médico alemão que costumava trocar correspondências. Na carta 105, de acordo com Freud apud Fuks e Pollo (2010), é descrito uma paciente que apresentava vômitos histéricos e era anoréxica. Explica que aqueles sintomas eram fruto de duas representações conflitantes: uma representação da paciente que se sentia grávida e

não podia abrir mão de se portar de maneira diferente, pois queria sustentar a posição de uma grávida de um amante imaginário; por outro lado vomitava para não perder a beleza que imaginariamente julgava agradar os homens. Importante ressaltar como neste caso a anorexia é produto de dois desejos contraditórios: o de estar grávida para “prender” o amante e o de não engordar para não perder a suposta beleza. Para Fulks e Pollo (2010) existe uma ligação entre a anorexia com o real do sexo, bem como a beleza. Sobretudo a anorexia como uma forma de vigiar a castração feminina.

Breuer e Freud (1895/1996) procuram explicar o transtorno anoréxico de um garoto que após ter sido assediado em um banheiro público começa a apresentar vômitos e dificuldade em se alimentar. Todavia, o que Breuer e Freud (1895/1996) chamam a atenção é como o trauma sozinho não é suficiente para gerar tais sintomas, enfatizando a sobredeterminação do sintoma. Isto é, para que um sintoma apareça, é necessária a ação de várias forças atuando.

Por sua vez a bulimia é uma síndrome que existe menos menções ainda na obra de Freud. Sua concepção em Freud (1895) a coloca muito mais ligada às neuroses atuais, como uma neurose de angústia, diferentemente da anorexia que hora estava como uma melancolia, hora estava como uma psiconeurose. Neste momento é importante recuperarmos algumas definições dessas classes de síndromes. De acordo com Laplanche e Pontalis (1983, p.107) a definição de neurose atual é:

- Tipo de neurose que Freud distingue das psiconeuroses:
- A) A origem das neuroses atuais não deve ser procurada nos conflitos infantis, mas no presente;
 - B) Nelas, os sintomas não são uma expressão simbólica e superdeterminada, mas resultam diretamente da ausência ou da inadequação da satisfação sexual
- Freud incluiu nas neuroses atuais a neurose de angústia e a neurastenia, e propôs posteriormente incluir a hipocondria.

Desta forma, a bulimia tem um sentido de uma neurose atual do tipo neurose de angústia, em que o sintoma pode ser compreendido por uma ausência da descarga sexual. Hoje em dia as neuroses atuais estão associadas às doenças psicossomáticas.

Em outros textos Freud faz uma ligação da bulimia como uma espécie de adicção. Então nas neuroses atuais existiria uma atuação daquilo que não pode ser elaborado através do corpo, pela maneira da compulsão e neste sentido ele parece igualar as adições com a toxicomania, embora não tenha explorado tanto essas ideias,

visto que mesmo existindo uma distinção entre psiconeurose e neuroses atuais, via certa ligação entre elas, no sentido que em toda psiconeurose poderia existir algo das neuroses atuais e vice-versa.

Para além de uma compreensão psicanalítica é muito importante ressaltarmos o papel que a mídia e a cultura fazem no desenvolvimento da anorexia. De acordo com Krause (2013) a anorexia tem diferentes sentidos na sua época. A autora exemplifica com o caso célebre de Catarina de Siena, uma jovem que por um fator religioso deixa de comer, adocece e morre. A ideia presente dos jejuns da época era muito mais uma maneira de se aproximar de Deus, de se purificar e não existia necessariamente uma anorexia pelos padrões sociais ou por um conflito psíquico. Outro ponto relevante é que as anoréxicas religiosas não tinham um medo de engordar, sintoma bastante presente nas anorexias atuais. Segundo Krause (2013) com a bula papal de Urbano VIII, ele desvinculou para essas jovens a possibilidade de canonização fazendo com que a síndrome anoréxica praticamente desaparecesse e retornasse apenas nos últimos 20 anos.

Como Krause (2013) pontua, nos tempos atuais, a mídia exerce uma influência muito grande para o desenvolvimento dos padrões anoréxicos e bulímicos pela exaltação de um corpo magro e esbelto. Todos os jornais, revistas e outros veículos midiáticos reforçam o culto à magreza em uma lipofobia sem fim. O que pretendemos postular aqui é que em cada época a doença traz um significante diferente e o poder da cultura de produzir ou inibir certas síndromes.

Seja uma anorexia religiosa ou uma anorexia pelos padrões midiáticos o que precisamos entender é que a recusa ao comer está presente, bem como uma cultura que sustenta e cria grupos sociais que apoiam esses padrões como os proana (pró anorexia) e próbia (pró bulimia).

O que percebemos segundo Fernandes (2006) é como pelo estudo da história da arte o padrão de beleza foi mudando ao longo do tempo. Na renascença as mulheres que eram consideradas belas tinham corpo farto, quadris grandes e abdômen avantajado. O modelo de magreza começa em 1920 e foi se intensificando sobretudo nos anos 40 e 50 com o movimento de liberação da mulher. Nos anos 60, segundo Fernandes, o modelo de corpo ideal passa a ser pautado na imagem do adolescente, com formas menos arredondadas. Não à toa nos anos 70 a anorexia tem um “boom” como principal psicopatologia da época.

Embora entendamos que qualquer síndrome ou doença deva ser compreendida de maneira biopsicossocial, Fernandes (2006) assinala um estudo em Curaçao, onde a população negra e miscigenada não tinha como padrão de beleza a magreza e mesmo assim a incidência da anorexia era semelhante à de países ocidentais. Outro fato importante é que nenhum caso de bulimia havia sido registrado. Sendo assim, Fernandes problematiza que os aspectos culturais das síndromes anoréxicas não são etiológicos e sim mantenedores da síndrome, ao contrário do que acontece com a bulimia.

Importante refletirmos como o “ser” mulher perpassa por uma questão com o corpo, seja por meio das históricas de Freud, das anoréxicas religiosas ou influenciadas pelo padrão de beleza. O corpo da mulher parece ser um território de intensa manifestação da sua subjetividade.

Acredito que o que diferencia a anorexia e a bulimia das outras doenças mentais é que existe toda uma cultura e grupos que defendem esta prática (pró ana e pró bia), o que não existe em outras patologias como esquizofrenia e depressão. De acordo com Ramos, Pereira Neto e Bagrichevsky (2011), estudando a representação da anorexia na internet por meio dos fóruns online, foram identificados alguns sentidos atribuídos pelos participantes. O primeiro sentido é de pertencimento, isto é, na internet as anoréxicas juntam-se como uma espécie de grupo de identidade e desta forma uma anoréxica ao encontrar outras em igual condição vive e revela sua identidade pró ana com mais liberdade, realizando e compartilhando os valores de uma pró-anoréxica. O que acontece nesses fóruns é uma troca de suas “receitas”, como as práticas de exercício, os laxantes que usam, os alimentos que ajudam a atingir esta meta, entre outras práticas. Desta forma os fóruns da internet são locais privilegiados para elas fazerem novas amizades, possibilitando conhecer pessoas que sem a internet não teriam a oportunidade de conhecer. Permite ainda compartilhar experiências de maneira anônima conseguindo uma espécie de proteção, reciprocidade e reconhecimento. Outro ponto a se pensar é que geralmente a família, o discurso médico e muitas vezes os amigos da vida real condenam o padrão anoréxico e mais uma vez é no fórum que estas adolescentes encontrarão certa empatia.

Para Ramos, Pereira Neto e Bagrichevsky (2011), outro sentido é o de estilo de vida, compartilhado pelas participantes destes fóruns. A ideia de emagrecer

associada a uma patologia é duramente condenada pelas garotas. O estilo de vida anoréxico aparece como uma prática saudável e desejável e é interessante perceber que para elas, o IMC normal é visto como uma referência. Neste sentido elas usam a expressão “medida certa” quando o IMC está abaixo da normalidade e mais do que isto, elas descrevem como é importante não ter qualquer gordura em regiões como barriga, perna, braço, quadril, entre outras partes. O ideal de perfeição aparece quando é possível ser visível os ossos.

Importante ressaltar ainda que nesta cultura identitária e neste estilo de vida anoréxico, o sacrifício, a dor e a determinação são fatores que as participantes relatam existir para conseguir atingir o “corpo perfeito”. Elas relatam que para ter o corpo magro é necessário esforço, sacrifício, autocontrole e disciplina, ou seja, seguem um modelo de beleza vigente e obedecem a um rígido sacrifício.

O último sentido descrito por Ramos, Pereira Neto e Bagrichevsky (2011), refere-se ao padrão “magro, rico e feliz”. Desta forma a magreza está associada à felicidade e à riqueza. Assim, atingir o padrão anoréxico é a meta, e de bônus você ganha felicidade e riqueza. Além disso, existe também a promessa de que ao se manter anoréxica, a mulher passaria a ser desejada e admirada por homens e seria idolatrada pelas amigas. Importante destacarmos de onde provém esta associação de “magro, rico e feliz” e pensarmos no papel da mídia, do cinema, das revistas em que o tempo todo reforçam este estereótipo. Desta forma não é estranho que uma adolescente ao não se ver feliz ou rica persiga o terceiro elemento que seria o magro. O autor aponta como as atrizes internacionais e nacionais servem como referência do que deve ser atingido. A mídia assim exerce uma dupla função: ao mesmo tempo em que condena a anorexia como patologia, incentiva o comportamento anoréxico, oferecendo-o como um modelo a ser seguido.

3. ANOREXIA E O FEMININO

Antes de entendermos a relação entre feminino e anorexia é importante ressaltarmos o que é o feminino dentro da psicanálise. Para Valdivia (1997) ao entender o processo de evolução do feminino dentro da teoria de Freud, podemos ver que antes o complexo de Édipo da menina era visto quase como um oposto ao do menino, então se o menino desejava a mãe e tinha uma hostilidade com o pai, com a menina era o oposto, ou seja, ela desejava o pai e tinha hostilidade com a mãe. No entanto, com o desenvolvimento da obra de Freud, procurou-se problematizar as fases pré-edípicas, e é neste contexto que antes da menina chegar no amor pelo pai ela tem um objeto de amor pré-edípico que é a mãe. Freud teoriza o esforço que é para a menina ver seu complexo de Édipo mudar de objeto de amor da mãe para o pai, da zona erógena clitoris para vagina.

Além disto, Valdivia (1997) mostra que Freud também entendia que não se tratava de condição biológica, já que esta seria insuficiente para explicar o feminino e o masculino, e sim de um papel social influenciado pela cultura. Neste sentido o masculino equivale-se a ativo e feminino a passivo. Freud finaliza suas reflexões mostrando como a mulher é um ser bissexual, visto que na primazia seu objeto de amor é a mãe e como com o complexo de castração fará ela entrar no complexo de Édipo. Porém, acredito que a resolução do complexo de Édipo Feminino em Freud parece ficar em aberto.

O que é importante ao entendermos o feminino, de acordo com Valdivia (1997), dentro da psicanálise, são os seguintes pontos: não é restrito ao sexo biológico e tanto meninos como meninas podem ter atitude feminina ou masculina; ambos têm identificações com os genitores e sobretudo ambos vivenciam em certa medida um complexo de Édipo feminino e masculino; nos dois casos o pai faz a interdição do desejo pela mãe, no menino por uma ameaça de castração e um desejo de querer ser o pai para ter a mãe; a menina já é castrada, fazendo-a depreciar a mãe e querer ter o pai (falo) devendo “escolher” entre a feminilidade para atrair o desejo do pai ou vivenciar a inibição sexual ou a masculinização.

Um ponto importante trazido por Bergeret (1991) é como no final de análise Freud problematiza os desafios para homens e mulheres de maneira distinta: para homens o desafio seria atravessar a “rocha da castração” nas formas de angústia e da rivalidade fálica, que os impedem de sujeitar-se perante ao poder do analista e deixar-se curar por ele; por outro lado as mulheres teriam que superar essa inveja do pênis e renúncia dessa posição fálica masculina para que uma feminilidade pudesse emergir. De certa forma o destino das mulheres para superar seria trocar um pênis por um filho. Assim, de acordo com Bergeret (1991), ao citar Freud, os desafios para homens e mulheres são assimétricos, ou seja, para o homem existe uma atitude de disputa do falo, o que está de acordo com sua posição Edípica; por outro lado a mulher deveria abandonar a posição fálica. Dessa forma vemos que a masculinidade em Freud para as mulheres deve ser recalcada para dar lugar a uma feminilidade, que de certa forma seria uma estratégia para reconquista do falo.

Para compreender o feminino e sua relação com o masculino, vale a pena retomarmos os pensamentos presente em Oliveira (1991) e sobretudo o mito de Antígona.

Antígona é uma personagem da mitologia grega, filha de Édipo que diante de uma injustiça do rei Creonte, desafia o rei e as leis. Creonte a pune com o isolamento que culmina com o seu suicídio e com a própria guerra familiar que desencadeia. Ao analisar o mito de Antígona filha de Édipo, Oliveira (1991) mostra como ao longo dos anos existiu sempre uma barreira entre homens e mulheres e como Antígona, ao questionar a lei de Creonte, se permite adentrar nos domínios da lei que era fundamentalmente a representação do masculino. Nas palavras do autor o mito de Antígona contra Creonte representa “a inegociável dissemelhança sexual que é feita, ao mesmo tempo, de estranheza e encantamento” (OLIVEIRA 1991, p.2). Essas representações mitológicas de certa forma ecoam por eras e fundamentalmente representam pensamentos enraizados em arquétipos do inconsciente coletivo. Então Antígona inaugura adentrar ao mundo masculino, ao mundo das leis, ao mundo fálico. Não à toa no século XX existe novamente por meio dos movimentos feministas uma indagação da questão do acesso das mulheres neste mundo masculino. Antígona também usa o corpo de maneira subversiva, como as histéricas e anoréxicas o fazem. De certa forma o corpo da mulher sempre é uma representação muito subversiva.

Pensando na revolução feminista que ocorreu no século XX e de certa forma continua bastante atual, pensamos que inicialmente era muito mais uma questão de igualdade política e de acesso a direitos iguais. No entanto, hoje falamos de uma lógica própria feminina, uma razão feminina. As mulheres de hoje são mais do que espelho de Antígona, pois não se trata de apenas entrar no mundo masculino, mas de criações idiossincráticas novas. Outro ponto fundamental é que embora cada cultura vai constituir um feminino e masculino diferente, esta marca biológica é importante para a cultura atribuir diversos significados a isto.

Ainda de acordo com Oliveira (1991), no imaginário masculino fundamentalmente as mulheres não eram só percebidas como diferentes, mas existia toda uma construção da mulher como um risco, da mulher como algo subversivo e de uma crença de uma superioridade masculina que o tempo todo está em ameaça. Neste sentido a mulher sempre representa uma ameaça da ordem estabelecida, do feminino que pode acabar com certa hegemonia masculina, assim como Antígona desafiou as leis dos homens. Nas palavras do autor “Em razão mesmo de sua situação de alteridade, a mulher é definida como perigosa e antagônica. Em virtude dessa relação de oposição, é frequentemente associada às forças de mudança que ocorrem a ordem social e cultural estabelecida” (OLIVEIRA., 1991, p.12).

Bergeret (1991) retoma a frase de Dostoiévski em que diz que a histeria é a salvação das mulheres no sentido que ela representa uma expressão do que é possível para elas em um período mais tradicional (século XIX), onde os ideais de feminilidade entravam em confronto com os desejos.

Segundo Fortes (2008) a anorexia ao longo dos anos passou por diversas formulações. Uma das mais presentes é entendê-la como uma recusa à feminilidade, isto é, a tudo aquilo que compõe o feminino. Assim, a busca por um “corpo tábua” representaria para a anoréxica não entrar em contato com as características tipicamente femininas. Portanto, engordar teria um significado para as anoréxicas relacionado a gravidez. O corpo da anoréxica representaria para Fortes (2008) uma maneira daquele sujeito (que geralmente encontra-se na adolescência, período este que existe um desenvolvimento da sua identidade) a constituir uma feminilidade diferente da mãe.

Para Dolto apud Fortes (2008) a recusa da anoréxica ao feminino seria uma tentativa da menina tentar fazer um descolamento da identidade mãe e uma tentativa

de sobrevivência psíquica sem a invasão materna. Outro ponto interessante é como o significante “mãe recusado” passa para o alimento recusado. Então a recusa ao alimento é inconscientemente uma recusa à mãe, havendo assim um deslocamento. Além disto o corpo anoréxico representaria uma espécie de “feminino congelado”, sendo uma negação ao passar do tempo e entrar na fase adulta. Para Fortes (2008) o congelamento do tempo representaria uma imobilidade psíquica e da rigidez corporal, observado nesta síndrome.

Para entendermos a visão de Dolto (2002), é importante recuperarmos dois conceitos fundamentais da sua teoria, que são: Imagem do Corpo e o Esquema Corporal. O Esquema Corporal fala da experiência do corpo no momento atual à experiência imediata. Ele poderia pertencer ao consciente, pré-consciente e inconsciente, sendo evolutivo no tempo e espaço. Além disto, ele especifica o indivíduo como um representante da espécie, e sendo assim, ele seria o mesmo a princípio, para todos. Por sua vez, a Imagem do Corpo está ligada com a história do indivíduo, principalmente em relação ao seu desejo e a forma de gozar. A imagem do corpo seria mediada pela linguagem (neste caso consciente) mas predominantemente ela seria inconsciente e em alguns casos pré-consciente. A imagem do corpo é a síntese das diversas experiências emocionais que tivemos ao longo da vida, inter-humanas, repetidas através das sensações erógenas do corpo, arcaicas ou atuais. Ela articula-se com o narcisismo e nas palavras de Dolto (2002, p. 13) “ela pode ser considerada como a encarnação simbólica inconsciente do sujeito desejante e, isto, antes mesmo que o indivíduo em questão seja capaz de designar-se a si mesmo pelo pronome pessoal Eu e saiba dizer Eu”.

Dolto (2002) situa que a anorexia iria se referir a uma problemática da imagem do corpo. Ela aconteceria em decorrência de uma dificuldade na fase da castração primária (entre 3 a 6 anos) período este que trata da diferenciação sexual entre meninos e meninas. Neste período existiria, se ocorrido “normalmente”, uma identificação positiva com essa mãe, que resultaria em um narcisismo gratificante e uma pertinência sexual em função de ser mulher. Para Dolto (2002) há uma percepção de valor em ser mulher, uma aceitação do significante do nome do pai e uma atitude fálica entendendo o casamento como um destino para atrair este falo. As meninas que conseguissem passar por essa posição, na adolescência teriam uma postura fálica diante das outras meninas, conseguiriam rivalizar sem culpa. Mais do que isto, elas

conseguiriam ter sucesso na vida social e laboral e embora pudessem ter certo sentimento de pudor, não teriam vergonha de atrair os olhares dos homens por mostrarem suas características sexuais femininas, ficando felizes nesta posição. A puberdade assim, bem como o desenvolvimento das características sexuais femininas, daria uma sensação de gratificação no processo de tornar-se mulher.

Por outro lado, as anoréxicas, segundo Dolto (2002), teriam uma dificuldade na fase da castração primária em identificar-se com o seio (quando bebê) como um instrumento para suprir suas pulsões orais e como consequência, não teriam uma identificação materna. Dessa forma o recalçamento das pulsões orais e dos desejos orais fariam com que a mãe não fosse objeto de desejo sexual, não havendo interesse na mãe e por consequência, nas mulheres, a relação com estas é perpassada por uma pobreza psíquica. Acredito que se a anoréxica não entende sua feminilidade como uma arma para atrair o falo, então a puberdade que representaria o momento em que o corpo se desenvolve faz com que a menina não se identifique com a posição feminina para desejar o falo. Desta forma, a obsessão em não engordar para não ocupar essa posição.

Assim a anoréxica encontra-se em uma situação sem saída: ao mesmo tempo que deseja este pai, ela não se identifica com a feminilidade da mãe. Dolto (2002) coloca que isto também se dá em função do não reconhecimento desta menina como mulher pela mãe.

Outra autora que têm uma visão semelhante é Fernandes (2006) que coloca na mesma perspectiva, mostrando como a anorexia assinala uma indiferenciação psíquica com a mãe e que se manifesta também no corpo. Problematisa como o corpo representa para a anoréxica um lugar de expressão daquilo que não consegue ser dito.

Ainda de acordo com Fernandes (2006) um ponto importante a ser entendido na anorexia é que para além do corpo como uma extensão do psíquico é que os limites de interno e externo estão muitas vezes distorcidos. Em muitos casos existe uma distorção da percepção corporal quase delirante. A síndrome sinaliza uma problemática que compreende desde dificuldades na percepção corporal, dos estímulos internos e externos e a discriminação de dentro e fora. O corpo assim não exerce uma função de fronteira, o eu e o objeto muitas vezes ficam fundidos e não à toa essa dificuldade de indiferenciação com a mãe se apresenta na maioria dos casos.

Para Fernandes (2006) a questão do limite corporal fez com que muitos autores colocassem a anorexia e a bulimia dentro dos casos limites ou borderlines, casos estes onde a questão do limite é sempre problematizada. Mas a que se refere este limite? Limite no caso poderia ser entendido como a fronteira entre dentro e fora, eu e o outro, realidade e fantasia, representação e o irrepresentável. Limite também entre as estruturas clássicas como a neurose, psicose e perversão.

Ao entendermos que a o fator do limite é importante para se compreender a questão da anorexia, então é importante recuperarmos a fase do espelho de Lacan, fase esta em que noções serão formadas. Nesta fase do espelho será a que este “eu” será formado sobretudo pelo olhar do outro. Para Garcia-Roza (1996), fazendo uma leitura da fase do espelho na teoria Lacaniana, conceitua que ela vai ocorrer entre 6 até 18 meses. Então a criança a princípio estará em um estado muito simbiótico com a mãe e praticamente não existirá diferenciação entre o eu e a mãe. Na fase do espelho a criança formará sua representação da sua unidade corporal pelo mecanismo de identificação com a mãe.

Ainda para Garcia-Roza (1996) a fase do espelho não representa o momento de constituição psíquica do sujeito e sim a formação de um eu especular. É o momento da criança estabelecer a noção de exterior e interior, noção que também fará parte da constituição do narcisismo da criança. É relevante entendermos nessa fase que a criança só irá formar uma noção do seu eu a partir do eu do outro. Sendo assim existe um movimento dialético onde a criança com a relação com o outro se identifica e ao mesmo tempo se aliena; ela busca a si mesma e encontrará a imagem do outro, por isso o sentido de se identificar e se alienar ao mesmo tempo. A fase do espelho neste sentido, não demarca o nascimento do sujeito e sim muito mais uma diferenciação do próprio corpo através dessa relação com o outro.

Importante recuperarmos para entender a fase do espelho o mecanismo de identificação entendido como para Laplanche e Pontalis (1983, p.143) “um mecanismo em que o sujeito assimila certa característica da pessoa ou atributo e se transforma, sendo que a personalidade vai se constituir e se transformar por sucessivas identificações”. Alguns autores fazem a leitura da identificação como um querer ter determinada característica do objeto e realizar uma certa imitação ou tentar agregar aquelas características na personalidade. Um exemplo para fácil entendimento da identificação é no próprio complexo de Édipo onde o menino vai se identificar com o

pai e querer ter suas características: força, poder e sobretudo ter a mãe para ele.

Para além de apenas problematizar como a fase do espelho tem um impacto na diferenciação exterior e interior, Ogilvie (1991) mostra que a fase do espelho coloca em cheque como o sujeito vai lidar consigo mesmo e com a relação com este outro que sempre estará presente e é constitutivo na sua vida. Segue o trecho que Ogilvie (1991, p.47) aborda essa questão:

O espelho, isto é, este momento da primeira relação consigo mesmo que é irremediavelmente, e para sempre, uma relação com o outro, só representa uma fase privilegiada na medida em que tem um valor exemplar para toda a seqüência de um desenvolvimento; não é um estádio destinado a ser superado, mas uma configuração insuperável. 'Estádio do espelho, bem mal nomeado, onde afinal se trata muito pouco de espelho e de estádio.

Em outras palavras, este estádio do espelho, assim como nosso narcisismo secundário é algo que levaremos pelo resto da vida, é a nossa constituição sempre com a presença do olhar do outro, mas ao mesmo tempo como o outro e eu sendo coisas fundamentalmente diferentes. Para Sales (2005), antes da fase do espelho existe uma angústia de despedaçamento e essa fase busca dar um contorno a essa unidade da criança e aplaca essa angustia. No entanto, o olhar da criança enxerga um outro que não a representa, que não compartilha suas sensações proprioceptivas. Neste sentido ela é integradora e dá um contorno alienante de não encontrar correspondência. Importante relatar que esse estádio do espelho não implica a presença de um espelho e sim de uma relação com o outro e é pouco relevante se a criança foi colocada ou não diante de um espelho.

Outro ponto importante é problematizarmos qual será o destino de crianças que eventualmente não conseguem lidar bem com essa fase do espelho, não conseguem fazer a distinção entre fora e dentro. Neste caso iremos para condições referentes à psicose, sobretudo ao autismo, onde essa delimitação está prejudicada. Em transtornos do espectro autista podemos pensar que o eu e o id continuam fundidos e desta forma não existiu essa relação com a alteridade e muitas vezes nem o reconhecimento desta alteridade. Importante situarmos que a anorexia também pode ter identificações tão fortes com essa mãe que a questão limite fica prejudicada, podendo ser vista como uma dificuldade latente de uma fase do espelho não bem resolvida.

Se entendermos que a fase do espelho é constituída junto ao olhar do outro podemos trazer posições de Winnicott (1951) que corroboram com esse entendimento, sobretudo o conceito da mãe suficientemente boa, que seria uma mãe que consegue perceber e responder à quase 100% das necessidades do bebê e com o tempo adaptar-se cada vez menos intensamente com as necessidades dele. Winnicott também traz o conceito de *holding* que poderia ser compreendido como acolhimento, contenção e sustentação. Acolher, conter e sustentar determinadas experiências ao longo de um tempo sem interromper a experiência do bebê. Significa oferecer um ambiente que permita o processo de integração do sujeito. Se não existe holding e por consequência não existe uma mãe suficientemente boa, então não vai existir o olhar do outro para constituição psíquica daquela criança, exatamente como Lacan postula que a presença do outro será constitutiva para esta criança. O *holding* de Winnicott (1951) não se refere apenas ao segurar e acolher a criança fisicamente, mas psiquicamente. A tarefa da mãe é conseguir diminuir a angústia de fragmentação da criança. Se o *holding* é encontrado, essas experiências serão transformadas em experiências positivas.

Outros conceitos que Winnicott (1951) postula são os conceitos de ilusão e desilusão, como a mãe a princípio precisa iludir essa criança sobre suas fantasias onipotentes, sobre eles serem um único ser mas com o tempo precisa ir desiludindo este bebê ajudando ele conseguir fazer essa descolagem do psiquismo da mãe. Neste ponto vejo uma diferença. Lacan defende que essa descolagem vai existir muito com a entrada do significante do nome do pai que vai trazer o bebê para o mundo do simbólico e fazer o corte nessa relação dual mãe-bebê. Desta forma mais uma vez vemos que a criação de um mundo interno consistente e separado desta mãe, dependerá do quanto ela conseguiu fazer essa passagem para a criança.

O que nós vemos ao comparar Freud x Lacan x Winnicott é como Lacan problematiza a questão do outro para a formação do eu, em certo sentido Freud também contextualizava, pois o eu surgiria do contato do Id com a realidade e então um ego corporal parte diferenciada do Id surgiria. Winnicott, embora também realce como uma mãe suficientemente boa impacta no psiquismo, procura muito mais descrever como esses processos ocorrem do que explicar do ponto de vista dinâmico e estrutural. Eu penso que os discursos em si não são excludentes e é possível unir essas três explicações lado a lado. É interessante notarmos a semelhança da fase do

espelho com o próprio narcisismo secundário de Freud, sobretudo porque tanto Freud e Lacan colocam que a fase do espelho e o narcisismo secundário são algo presente para a vida toda mais do que uma fase circunscrita no psiquismo.

É notório como ao longo da vida existem momentos que esse narcisismo e suas implicações será reavaliado e reeditado principalmente na adolescência, período este que existe uma reavaliação do Complexo de Édipo, bem como a escolha objetal, a questão da identificação paterna entre outras questões críticas nessa fase de desenvolvimento.

Ao buscarmos o sentido do sintoma, podemos compreender que na anorexia ele serve de certa forma para proteger o psiquismo do sujeito e entendermos que é uma dependência afetiva entre a jovem e sua mãe e/ou cuidador. Devido à complexidade do sentido do sintoma, podemos pensar o quanto essas jovens podem oferecer uma resistência para o tratamento associativo por conta do pouco tempo que se tem para trabalhar com essas pacientes. Mais uma vez vemos a dificuldade e o desafio que esses casos podem trazer para a psicanálise.

Compreender a anorexia como fenômeno certamente é desafiador pelas multiplicidades de visões. Vieira (2008), fazendo uma releitura da síndrome anoréxica baseando se na visão de Lacan, problematiza o momento pré-edipiano em que a menina precisa abandonar seu objeto de amor primordial (mãe) e passar a desejar este pai e ao mesmo tempo precisa se identificar com a mãe. Defende que nesta transição existe uma dificuldade de simbolização desta metáfora paterna. Não se trata ao meu ver de uma forclusão do nome do pai, mas como a autora coloca, uma “limitação” da metáfora paterna. Sendo assim, não sendo possível para a menina conseguir simbolizar este feminino, uma das saídas encontradas para o sofrimento é a anorexia, como uma forma de realizar um desejo de não identificação da diferença sexual, um não querer saber sobre isto.

Para Vieira (2008), fazendo uma releitura de Lacan, na anorexia existe um comer “nada”, que seria uma tentativa de simbolização do feminino, sobretudo uma tentativa de provocar o desejo na mãe, de provocar a falta na mãe. Pensando que a criança quando é pequena o Outro é que terá a função ativa de dar comida e a criança recebe, este comer nada tenta inverter a situação: agora é a menina que de maneira fálica recusa esta mãe, recusa esta comida. Desta forma é uma tentativa de corte com

o Outro, uma tentativa de escapar deste sufocamento do Outro através da inversão passiva-ativa. Nas palavras de Vieira (2008, p.3):

Ao comer nada, o sujeito tenta transformar uma situação de onipotência em que o Outro se encontra numa impotência diante de seu desejo, ainda que possa ser levado às últimas conseqüências. Ocorre, desse modo, uma troca de lugares e, por meio desta, o sujeito ocupa, agora, imaginariamente, uma posição ativa, um lugar fálico, através da recusa ao alimento.

É inegável que durante o desenvolvimento humano, a princípio, a mãe-bebê são uma coisa só e a partir das suas relações com o mundo a criança vai se separando dessa mãe sobretudo com o significante nome do pai. A fase oral de fato é incorporadora, introjetadora. A grande dificuldade do sujeito é como conseguir sair desta fase oral com o Outro materno em que este oferece um seio alimentador e constitutivo. Para uma fase em que esse Outro é apenas uma referência, apenas um significante, como é possível não cair em duas posições tão catastróficas quanto uma total separação ou uma alienação no Outro?

Se o Outro é tão constitutivo, não seria a anorexia uma reação total de recusa do Outro para fazer desflorar o seu desejo? Ao mesmo tempo a anorexia está alienada em causar um desejo no Outro com o preço do seu adoecimento corporal. Se a alienação no Outro parece ser quase uma obrigatoriedade para nossa constituição psíquica, a separação por sua vez requer um desejo, requer uma vontade de se separar, se separar daquela cadeia de significante.

De acordo com Mello Neto *et al.* (2006) uma concepção que tem sido recuperada ultimamente é entender tanto a anorexia e a bulimia como formas de histeria. Essa concepção já esteve presente em Freud e é revivida nos tempos atuais.

Os pontos para classificarem a bulimia e anorexia dentro da histeria de conversão são: acontece predominantemente no sexo feminino; são caracterizadas pela repressão; muitas vezes tem o sentido de tentar manipular o meio (chamar atenção, ser vista); tem o corpo como palco; começam na adolescência; possuem características de “contágio” ou “epidemia”; implica renunciar desejos e prazeres básicos. Partindo desse ponto de vista Mello Neto *et al.* (2006) defende que da mesma forma que na época de Freud existiam os jejuns das mulheres por se identificarem com as santas, hoje temos os jejuns por se identificarem com as modelos e com os

corpos magros. Isto mostraria o caráter plástico da histeria se moldando ao longo das épocas.

Por outro lado, Santoro (2003) defende que a anorexia e bulimia seriam distintos da histeria, porque na histeria o sintoma tinha um sentido simbólico diferente da anorexia e bulimia, onde não existiriam quaisquer tentativas de metáfora. Partindo desse ponto de vista na neurose, o sintoma estaria escondendo algo, a histérica não saberia explicar o motivo de sua paralisia. Já a bulímica e anoréxica saberiam dar explicações do porquê estarem recusando alimentos e bem como explicar o porquê de quererem ser magras.

Ainda Santoro (2003) vai defender a anorexia e bulimia como patologias da atualidade, recorrendo a Freud em Totem e Tabu e explicando que lá o autor fala que a função da comida seria o do enlace social. Todavia, quando a comida não pode ser usada dessa forma ela teria o sentido de preencher a angústia.

De acordo com a autora, as mudanças trazidas pela tecnologia, novas formas de família, nova maneira do laço social ser constituído, fariam com que a comida tivesse predominância no sentido de aplacar a angústia. Sendo assim se explicaria o porquê de os transtornos alimentares terem aumentado nos últimos 20 anos. Pensando nesta perspectiva a autora vai falar que a obesidade teria o sentido de preencher um vazio interno e a anorexia seria uma maneira de demarcar seu próprio desejo diante do Outro.

Por último é inegável que diversos fatores contribuem para aumentar a incidência da anorexia nos tempos modernos, tais como o ideal de beleza magérrimo representado pelas modelos e atrizes; o consumismo; culto ao corpo esbelto; reorganização familiar, novos papéis do feminino/masculino; mudança na relação-mãe-filha e reorganização da família. Assim, Ferreira (2003) demonstra que, em países onde o culto ao corpo esbelto é menor, como na Ásia, África e alguns países árabes, a anorexia é muito mais rara. No entanto, Ferreira (2003) defende também que, embora as explicações sociológicas sejam importantes, elas não dão conta de explicar sozinhas o fenômeno da anorexia. Sendo assim, a psicanálise se colocaria em um lugar privilegiado para tentar desvendar este sintoma dentro da história do sujeito.

CONCLUSÃO

Qualquer fenômeno psíquico fala de um inconsciente muito amplo que transcende o próprio conceito. A anorexia, bulimia e outros transtornos alimentares precisam ser compreendidos sobre o prisma de um fenômeno que requer contribuições de diversas áreas. Não à toa o seguinte trabalho “bebeu” de diversas áreas da ciência para tentar capturar essa complexidade. É inegável que a cultura contribui muito para o desenvolvimento dos transtornos alimentares, seja para o nascimento, seja para manter o transtorno.

A todo momento existe a venda de um sonho e este sonho faz coincidir os significantes: beleza, sucesso, dinheiro, magreza e saúde. Como é possível não sermos seduzidos por esses ideais que são prometidos desde pequenos nas novelas, revistas, jornais e até em textos científicos? A OMS acaba adotando um discurso em que associa obesidade, doenças, depressão, então como não pedir para os jovens não seguirem de maneira extrema em um caminho anoréxico ou para um homem não seguir um caminho vigoréxico quando a quantidade de músculo também é um critério para o que é ser saudável ou não?

Estamos falando de uma cultura que produz doença, e o corpo é um lugar privilegiado para expressão das doenças para as mulheres, seja por histeria, anorexia, escarificação entre outros transtornos. Nossa cultura é perversa no sentido de vender significantes dela como caminhos para a felicidade. Se somos constituídos a partir do Outro, como não responder a este Outro cultural e não se alienar nele? Como é possível dar um outro destino às nossas angústias que não passem por uma autodestruição?

Se entendermos o sintoma como uma formação de compromisso, então a compreensão é que por trás de um sintoma existe um desejo a ser realizado. Mesmo que exista um desejo em relação à mãe, podemos pensar que a anorexia realiza um desejo em relação ao Outro cultural, expresso nos blogs das anoréxicas e bulímicas em atingir aquele padrão idealizado.

É quase impossível constituir um ideal de ego que não seja fundamentado nesses padrões e não formar um supereu que não force o sujeito a ser empurrado o tempo todo na direção desses padrões. Essas pressões causam adoecimento psíquico e embora a psicoterapia seja um lugar privilegiado para o tratamento destes

transtornos, não podemos esquecer que esta pessoa está imersa em uma cultura patógena e isto leva um tempo para ser modificado.

Acredito que a grande dificuldade quando pensamos numa clínica da anorexia e qualquer outro transtorno alimentar é fundamentalmente qual é o destino que podemos dar para este tipo de angústia. Este tema percorre toda a obra de Freud quando ele fala em a pulsão e seus destinos e mesmo no mal estar na civilização, Freud problematiza qual destino podemos dar para nossas pulsões, qual destino podemos dar para nossos desejos.

Entendo que uma clínica que trate deste transtorno, precisa se debruçar na guerra da anoréxica em se separar da mãe e deste Outro cultural que incide sobre a paciente. É necessário que ela consiga dar vazão para um outro destino possível desta angústia. Uma clínica que se pautar apenas na psicoeducação, isto é, em dar todas essas informações objetivas para a paciente, parece fadada ao fracasso. Porque para dar um novo destino à pulsão, é necessário penetrar no inconsciente, e que método mais adequado do que a associação livre para isto? Ao mesmo tempo, por mais que entendamos que a psicanálise pode ajudar na resolução destes transtornos, é necessário pensar qual tipo de abordagem é melhor. Talvez uma psicoterapia de base analítica breve se o risco for iminente, com um planejamento terapêutico de uma análise a longo prazo quando o risco de morte diminuir.

Ao pensarmos sobre as contribuições de Freud e autores pós Freudianos, parece-me que a anorexia ainda é um mistério. Sigmund ao longo da obra reformula sua concepção de anorexia que perpassa da melancolia à histeria, talvez porque o fenômeno anorexia pode se manifestar de apenas uma forma, mas pode ter diferentes etiologias (ex: recusa ao comer por questões religiosas vs atingir um padrão). De certo o que vemos é que o fenômeno anoréxico representa por parte da menina uma tentativa de sobrevivência psíquica, desta mãe que na realidade da menina se colocou como muito invasiva. Mais do que isto, representa a constituição de uma nova feminilidade, de um respeito ao próprio desejo. De certo a fase pré-edípica tem uma grande participação nesta vicissitude e provavelmente algo acontece nesta fase em que o nome do pai não tem uma entrada plena, fazendo com que na adolescência a menina precise reviver todo esse movimento no corpo.

Embora o tema transtornos alimentares, anorexia, bulimia e psicanálise tenham diversos artigos publicados, senti falta de revisões sistemáticas da literatura ou meta

análise para melhor determinar a efetividade das psicoterapias, as principais correntes de compreensão do fenômeno, mortalidade, prognóstico entre outras variáveis muito relevantes sobre o transtorno.

Por fim, deixo aqui minha preocupação com a direção que a ciência vem tomando. Percebemos pela análise dos DSM e suas sucessivas descrições que temos cada vez mais síndromes com um espectro de diagnóstico cada vez maior e com uma indústria farmacêutica bilionária que financia tudo isto. Por outro lado, sabemos que a psicanálise não está necessariamente se fortalecendo no mundo e fica a preocupação de qual será a clínica do futuro.

Será que entraremos em uma clínica extremamente descritiva, bioquímica e morta? Parece que cada vez mais o sentido do sintoma, a psicodinâmica e outros aspectos da psicanálise vem sendo postos de lado em detrimento de uma clínica pseudocientífica totalmente enviesada por interesses financeiros.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 1980.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais DSM-IV*. São Paulo: Manole, 2004.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.
- AURELIO, O *mini dicionário da língua portuguesa*: Rio de Janeiro, editora Cultura, 2002
- BERGERET, Jean. *Personalidade Normal e Patológica*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991. 291p.
- BREUER, J.; FREUD, S. *Studien über Hysterie*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, (1895/1996).
- CORDIOLI, Aristides Volpato, org. *Psicoterapias: abordagens atuais*. 2.ed. Porto Alegre : ARTMED, 1998.
- DOLTO, A *Imagem Inconsciente do Corpo*. São Paulo: Editora Perspectiva, 2002.
- FERREIRA, R. A. Anorexia e bulimia: a condução do tratamento. *Reverso: Revista de psicanálise*, Belo Horizonte, v.25, n. 50, p.57-66, 2003
- FERNANDES, Maria Helena. *Transtornos alimentares: anorexia e bulimia*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.
- FORTES, Isabel . A adolescência e o corpo: considerações sobre a anorexia. In: Cardoso, Marta Resende; Marty, François. (Org.). *Destinos da adolescência*. Rio de Janeiro: Sette Letras/Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica, 2008. p. 139-151.
- FREUD, Sigmund. Caso 2 - Sra. Emmy Von N., 1892. In: Freud Estudos sobre a histeria. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 161-205.
- FREUD, S. “Du bien-fondé à séparer de la neurasthénie un complexe de symptômes déterminé , en tant que “nevrose d’angoisse”. In: Oevres Completes. Paris: P.U.F, v. 3, 1895
- FREUD, Sigmund. Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar, 1893. In: FREUD. *Estudos sobre a histeria*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 39-55.
- FREUD, Sigmund. Rascunho G – melancolia, 1895. In: Freud. *Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 246-253.
- FREUD, S. O método psicanalítico de Freud (1904 [1903]). In: FREUD, Sigmund. Rio de Janeiro: Imago, 1987. V. 7, p.231-238.
- FREUD (1905) Três ensaios sobre a Teoria da Sexualidade. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996. V. 7

FREUD, Sigmund. O estranho, 1919. In: Freud. *História de uma neurose infantil*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 233-270.

FUKS, B. B; POLLO V.. Estudos psicanalíticos sobre a anorexia: quando se come nada. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 13, V 3, n. 3, p.412-424, 2010. Acesso em: 13 jul. 2011, disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v13n3/a03v13n3.pdf>> .

GARCIA-ROZA, L. A. *Freud e o Inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

GORGATI, Soraia Bento; HOLCBERG, Alessandra S; OLIVEIRA, Marilene Damaso de. Abordagem psicodinâmica no tratamento dos transtornos alimentares. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo , v. 24, supl. 3, p. 44-48, Dec. 2002 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462002000700010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 abr. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462002000700010>.

HAY, Phillipa J. Epidemiologia dos transtornos alimentares: estado atual e desenvolvimentos futuros. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo , v. 24, supl. 3, p. 13-17, Dec. 2002 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462002000700004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 Abr. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462002000700004>.

JORGE, Marco Antonio Coutinho. "Fundamentos da Psicanálise de Freud a Lacan: As bases conceituais" Rio de Janeiro: Zahar, 2010, 292 pp. V. 1

KELNER, Gilda. Transtornos alimentares: um enfoque psicanalítico. *Estud. psicanal.*, Belo Horizonte , n. 27, p. 33-44, ago. 2004 . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372004000100005&lng=pt&nrm=iso>. acesso em: 25 abr. 2016.

KRAUSE, D. F.. *Sintomas alimentares: cultura, corpo e obesidade: questões clínicas e de avaliação*. 1. ed. Lisboa: Placebo, 2013. v. 1. 222p .

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J.-B. *Vocabulário da Psicanálise*. 7. ed. Lisboa: Matins Fontes, 1983.

MELLO NETO, Gustavo Adolfo Ramos et al . Anorexia e bulimia, suas interfaces com a histeria e o discurso psicanalítico. *Aletheia*, Canoas , n. 23, p. 101-111, jun. 2006 . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942006000200011&lng=pt&nrm=iso>. acesso em: 05 nov. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10 Décima revisão*. 3 ed. São Paulo: EDUSP; 1996

OGILVIE, B. Lacan: a formação do conceito de sujeito (1932-1949). Rio de Janeiro: J. Zahar, 1991.

OLIVEIRA, R. D. de. (1991) Elogio da diferença: o feminino emergente. São Paulo: Brasiliense, 1999.

RAMOS, Juliana de Souza; PEREIRA NETO, André de Faria; BAGRICHEVSKY, Marcos. Cultura Identitária pró-anorexia: características de um estilo de vida em uma comunidade virtual. *Interface (Botucatu)*, Botucatu , v. 15, n. 37, p. 447-460, June 2011 . Disponível

em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 Out. 2016. Epub June 10, 2011.

SALES, Léa Silveira. Posição do estágio do espelho na teoria lacaniana do imaginário. *Rev. Dep. Psicol., UFF, Niterói*, v. 17, n. 1, p. 113-127, June 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-80232005000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 Ago 2016.

SANTORO, V. C. O corpo e seus excessos na alimentação. *Reverso: Revista de Psicanálise*, Minas Gerais, n. p. 51-56, 2003

SCORSOLINI-COMIN, Fabio; SANTOS, Manoel Antônio dos. Psicoterapia como estratégia de tratamento dos transtornos alimentares: análise crítica do conhecimento produzido. *Estud. psicol. (Campinas)*, Campinas, v. 29, supl. 1, p. 851-863, Dec. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2012000500021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Nov. 2016.

VALDIVIA, Olivia Bittencourt. Psicanálise e feminilidade: algumas considerações. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 17, n. 3, p. 20-27, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931997000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 Out. 2016.

VIEIRA, Camilla Araújo Lopes. Anorexia: uma tentativa de separação entre o Sujeito e o Outro. *Rev. Mal-Estar Subj.*, Fortaleza, v. 8, n. 3, p. 645-660, set. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482008000300004&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 12 out. 2016.

WINNICOTT, D. *Objetos Transicionais e Fenômenos Transicionais*, 1951. In: _____ *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.