

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
DO RIO DE JANEIRO



Gracielly Christian Cesar de Paiva Mariano dos Santos

**REFLETINDO SOBRE OS VÍNCULOS PRIMÁRIOS NOS
QUADROS DE TRANSTORNOS ALIMENTARES**

Trabalho de Conclusão de Curso
CCE/PUC-Rio - Departamento de Psicologia

Rio de Janeiro
Abril de 2019



Gracielly Christian Cesar de Paiva Mariano dos Santos

**REFLETINDO SOBRE OS VÍNCULOS PRIMÁRIOS NOS
QUADROS DE TRANSTORNOS ALIMENTARES**

Trabalho de Conclusão de Curso
CCE/PUC-Rio - Departamento de Psicologia

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação Transtornos Alimentares: Obesidade, Anorexia e Bulimia PUC-Rio como requisito parcial para obtenção do grau de Especialista em Transtornos Alimentares e Obesidade.

Orientadora: Prof^a Dr^a Marcia Maria dos Anjos
Azevedo

Rio de Janeiro
Abril de 2019



Gracielly Christian Cesar de Paiva Mariano dos Santos

**REFLETINDO SOBRE OS VÍNCULOS PRIMÁRIOS NOS
QUADROS DE TRANSTORNOS ALIMENTARES**

Trabalho de Conclusão de Curso
CCE/PUC-Rio - Departamento de Psicologia

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação Transtornos Alimentares: Obesidade, Anorexia e Bulimia PUC-Rio como requisito parcial para obtenção do grau de Especialista em Transtornos Alimentares e Obesidade.

Banca examinadora:

Orientadora: Prof^a Dr^a Marcia Maria dos Anjos Azevedo

Psicóloga Mestre e Doutora em Psicologia pela UFRJ

Professora associada do Depto. Saúde e Sociedade – Instituto Saúde Coletiva – UFF

Professora do curso de Transtornos Alimentares PUC-RJ

Membro Supervisora do Instituto de Formação Psicanalítica da SPCRJ

Membro da AIPCF – Associação Internacional de Psicanálise de Família e Casal

Co-orientador: Prof Dr Izidoro Hiroshi Flumignan

Médico com especialidade em Medicina Preventiva e Social titulado pela AMB – Associação Médica Brasileira com área de atuação em endocrinologia. Professor do Curso de Pós-Graduação em Transtornos Alimentares da CCE/PUC-Rio.



Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização da universidade, da autora e do orientador.

Gracielly Christian Cesar de Paiva Mariano dos Santos

Graduou-se em Direito na UCAM (Universidade Cândido Mendes) em 2006 e graduou-se em Psicologia na UNESA (Universidade Estácio de Sá) em 2016

Ficha Catalográfica

Santos, Gracielly Christian Cesar de Paiva Mariano dos

Refletindo sobre os vínculos primários nos quadros de transtornos alimentares / Gracielly Christian Cesar de Paiva Mariano dos Santos ; orientadora: Márcia Maria dos Anjos Azevedo. – 2019.

45 f. ; 30 cm

Trabalho de Conclusão de Curso (especialização)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2019.

CDD: 150

RESUMO

Santos, Gracielly Christian Cesar de Paiva Mariano dos; Azevedo, Márcia Maria dos Anjos. **Refletindo sobre os vínculos primários nos quadros de transtornos alimentares.** Rio de Janeiro, 2019. 45p. Trabalho de conclusão de curso – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

O intuito deste trabalho foi o desenvolvimento acerca da reflexão dos vínculos primários nos quadros de transtornos alimentares. Buscou-se desta forma, compreender a concepção do vínculo materno e suas influências no desenvolvimento de patologias relacionadas aos transtornos alimentares. Neste sentido, essa pesquisa, justifica-se pelo o seguinte fato de haver uma necessidade maior de se construir materiais bibliográficos inovadores que possa contribuir com toda a comunidade acadêmica. A metodologia empregada nesse artigo científico trata-se de uma revisão bibliográfica, onde foram utilizados livros, artigos, e sites especializados da internet.

PALAVRAS-CHAVE

Vínculo materno; transtornos alimentares; anorexia; bulimia; obesidade.

ABSTRACT

Santos, Gracielly Christian Cesar de Paiva Mariano dos; Azevedo, Márcia Maria dos Anjos. **Reflecting on primary links in eating disorders**. Rio de Janeiro, 2019. 45p. Completion of course work - Department of Psychology, Pontifical Catholic University of Rio de Janeiro.

The purpose of this work was the development of the reflection of the primary links in the pictures of eating disorders. The aim was to understand the conception of the maternal bond and its influences in the development of pathologies related to eating disorders. In this sense, this research is justified by the following fact that there is a greater need to build innovative bibliographic materials that can contribute to the entire academic community. The methodology used in this scientific article is a bibliographical review, where books, articles, and specialized internet sites were used.

Keywords

Obesity; maternal and child relationship; health.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	7
CAPÍTULO I - A FORMAÇÃO DO VÍNCULO MÃE-BEBÊ	10
1.1 Por onde caminha o amor materno	10
1.2 O casal parental e o projeto de filho	11
1.3 O corpo a corpo mãe bebê	13
1.4 A mãe e o ambiente	15
CAPITULO II - OS TRANSTORNOS ALIMENTARES	22
2.1 Anorexia	24
2.2 Obesidade	27
2.3 Bulimia	30
CAPÍTULO III - COMPULSÃO	33
3.1 Ato e Compulsão	34
CONCLUSÃO	39
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42

INTRODUÇÃO

O corpo feminino sempre foi objeto de diversas questões. Atualmente a busca incessante por padrões estéticos, faz com que mulheres persigam um ideal de corpo perfeito. Diversas vezes de uma maneira imprudente.

O imediatismo do mundo atual e o consumo são elementos comuns e relevantes na vida de diversos indivíduos, estruturar e formar o corpo que tanto se almeja, segundo os padrões ditados pela mídia, é procedimento difícil.

Por esta razão é crescente o número de mulheres que possui uma preocupação exacerbada com dietas e beleza, diversas vezes ultrapassando os limites e colocando em risco a própria vida na busca de um corpo impraticável de ser sustentado.

Diversas são as causas que fazem com que mulheres desenvolvam transtornos alimentares. Sua origem ainda é desconhecida. Esta pesquisa, deste modo, tem como objetivo trazer uma investigação acerca da reflexão dos vínculos primários nos quadros de transtornos alimentares.

A tendência é que mães vivenciem suas filhas mulheres como mais ligadas a elas, em razão de traços narcisistas que existem nesta relação como assimilação e simbiose. Em episódios de mulheres que possuem um transtorno alimentar, algo se opôs no momento de interação entre mãe-filha fazendo que o vínculo entre elas fosse prejudicado.

O desenvolvimento adequado autoestima está sujeito de uma maneira profunda do olhar afetuoso de apreciação por um sujeito significativo - no caso, a mãe ou equivalente - porque a criança se enxerga primeiramente com os olhos do outro.

Ao identificar-se com esse olhar voltado para si, constrói o narcisismo, e paralelamente forma a sua própria autoestima e de acordo com o tipo de apego vivente entre essa relação materna, a autoestima da filha apresentará particularidades diferenciadas.

Deste modo, o desenvolvimento psíquico da criança está sujeita à formação deste vínculo primário. Não sendo construído de forma plena, acomete o indivíduo de diversas formas, dentre eles podendo citar os transtornos alimentares.

A pesquisa foi dividida em três partes que se subdividem em tópicos e formam a linha de nossa construção.

A primeira parte da pesquisa aborda o vínculo materno. Foi apresentada neste capítulo, a formação do vínculo mãe-bebê e o debate acerca da formação do mesmo. Sabe-se que uma relação estável com objetos primários permite um desenvolvimento benéfico enquanto que uma relação instável ou faltante promove o surgimento de inadequações. Faz-se necessário compreender, também, que múltiplos são os fatores que implicam no desenvolvimento desta relação.

Buscou também elucidar neste capítulo a forma que a formação deste vínculo acontece. Diferentemente do que é passado por gerações, o amor materno não ocorre de forma espontânea, mas este tem sido definido por imposições sócias históricas.

Ainda neste capítulo, foram mostradas as condições para a formação saudável deste vínculo, como possibilidade de aceitação pode-se dizer ainda que a vivência pessoal de cada mulher, a classe econômica, o círculo familiar, seu relacionamento com sua mãe e com o pai da criança, são fatores que também influenciam na aceitação da gravidez e na forma de vínculo que se irá estabelecer.

No segundo capítulo, a temática abordada em questão foi a definição de transtornos alimentares e a característica apresentada em cada um deles. Transtornos alimentares são caracterizados pela autoimposição de dietas excessivamente proibitivas, modelos bizarros de conduta alimentar, pânico da elevação de peso, exacerbada diminuição de peso e conservação deste abaixo do considerado ideal, além da procura descontrolada por um modelo de magreza, deformação da imagem corporal e mudanças do ciclo menstrual.

A anorexia é delimitada por comportamento alimentar seriamente perturbado, na busca de sustentar um descomunal domínio sobre o peso

corporal através de formas não apropriadas e exacerbada deformidade da imagem corporal.

O indivíduo bulímico caracteriza-se pela distorção da imagem e a necessidade de auto induzir o vômito, na busca de esvaziar-se. Já a bulímica, que percorre o universo da vergonha, igualmente recebe seu símbolo de excesso, uma vez os procedimentos compensatórios são registros desse descontrole, de um corpo onde o indivíduo não se sente “confortável em sua pele”. A demasia, sinal da compulsão, é a representação dos limites incertos do corpo na bulimia.

A obesidade possui como característica o excesso de tecido adiposo. Na obesidade, a pele é excedida por uma demasia de carne-corpo, decorrente de uma busca de apoderar-se da contemplação do outro (comer para ser notado) e reduzir uma falta, que define o corpo no formato de uma “pseudo fome”. A correspondência afeto-alimento está apontada inteiramente no corpo na qual a “fome” e o comer se associam com afetos insatisfatoriamente representados que não encontram satisfação, formando um ciclo que se retroalimenta.

O trabalho se encerra no capítulo intitulado Compulsão. A definição de compulsão é tida como o tipo de comportamento que a pessoa é levada a fazer por uma repressão interna. Pensamento obsessivo, uma prática, um procedimento defensivo, uma série complexa de formas de se comportar, são classificados como compulsivos quando a sua não realização ocasiona crescimento de angústia.

Deste modo, análises e reflexões levaram ao desenvolvimento deste trabalho. Espera-se que esta pesquisa contribua para compreensão acerca dos transtornos alimentares e auxilie toda a comunidade acadêmica.

CAPÍTULO I - A FORMAÇÃO DO VÍNCULO MÃE-BEBÊ

O debate acerca do vínculo, mãe e filho, vem sendo objeto de interesse de diversos estudiosos, a datar da segunda metade do século passado, quando a criança tornou-se elemento de importância científica.

O desenvolvimento desse vínculo mãe-bebê é fundamental para o desenvolvimento humano. Neste a criança organizará todas suas vivências, desde a constituição de sua personalidade, até o seu modo de estabelecer relações sócio afetivas. Sabe-se que uma relação estável com objetos primários permite um desenvolvimento benéfico enquanto que uma relação instável ou faltante promove o surgimento de inadequações. Faz-se necessário compreender, também, que múltiplos são os fatores que implicam no desenvolvimento desta relação.

Um vínculo possui um aspecto relacional, com recíprocas influências entre as pessoas, que origina diferentes configurações vinculares, baseadas no amor, ódio, conhecimento e reconhecimento, e um aspecto emocional, que dá significado ao relacionamento. Nesta concepção, o vínculo não se dá apenas no mundo exterior do sujeito, mas em seu mundo interior, por isso o vínculo primitivo é capaz de continuar a interagir no presente (ZIMERMAN, 2010 apud CATRO; GUTIERREZ; PONTES, 2011, p. 23).

1.1 Por onde caminha o amor materno

O amor materno não é espontâneo, mas tão-somente definido pelas imposições sócio-históricas, considerando somente as conjunções do meio como influência na qualidade de vínculo primário que se constitui, entre a mãe e seu filho. Essa mãe, que segundo Winnicott poderia ser chamada de “mãe suficientemente boa”. Tendo em vista que a mãe passa, em condições adequadas de vida, seu respaldo ambiental, que lhe ofereça uma base operacional e afetiva.

Ao longo da história houve momentos em que era comumente visto o desprendimento das mães por seus bebês, fazendo com que elas o abandonassem ou deixassem que outras mulheres cuidassem dele, o que era aceito socialmente (BADINTER, 2011).

Segundo Maldonado,

No culto à maternidade ocorrido no século XIX, o lugar da mãe cresceu na sociedade ao mesmo tempo em que o da criança, justamente no período de controle da natalidade. As novas condições de vida econômica e política atraíram cada vez mais o homem para fora de casa; tornou-se então necessário delegar à mulher a função de educadora. A maternidade, até então uma função, sobretudo biológica, passou a ter uma função social (MALDONADO, 2002, p.13).

A formação do vínculo inicia-se ainda na vida intra-uterina. A ligação da criança com a família surge desde a gestação e é necessário para que a criança consiga se desenvolver de forma saudável. É preciso que se construa um “projeto narcísico”, como nomeado psicanaliticamente, essa reorganização necessária na vida familiar e a constituição de um ideal de filho que será o representante desse casal parental.

Voltando a Maldonado, ela afirma que a visão tradicional do útero como um lugar escuro, silencioso e isolado do mundo externo inicialmente oferecia a ideia da vivência intra-uterina como um ambiente homogêneo, constante, confortável e seguro. Hoje, sabemos que essa vivência está sujeita a inúmeras mudanças e variações até mesmo em seus componentes fundamentais (a placenta, o cordão, o líquido amniótico) (MALDONADO, 2002).

1.2 O casal parental e o projeto de filho

Sobre isso é necessário dizer que nesse “projeto” de filho, nem mesmo diante do período gestacional não há possibilidade da vivência de um “sentimento oceânico”, como diz Freud (1938) no texto do “Mal estar na civilização”.

O casal parental com suas histórias familiares seus mitos e tabus, seus percursos identificatórios, ofereceram ao novo membro que chega tudo o que lhes constitui individualmente e como grupo familiar.

Este projeto e, conseqüentemente, a relação a ser estabelecida entre os membros da família com o novo membro que chega é afetado por múltiplas razões tal como o fato de ser ou não uma gravidez planejada, a concordância da gravidez pelos membros do casal, a percepção da mulher da movimentação do feto, o que muitas vezes aguça a vivência de sentimentos persecutórios, a possibilidade da

compreensão do feto como um indivíduo separado, o medo do trabalho de parto, a observação do bebê, sua estimulação, cuidados necessários e sua aceitação e adoção como parte da família.

A gravidez é, então, estruturada tanto sobre elementos da realidade quanto das fantasias maternas. Durante a gestação, podem surgir sentimentos ambivalentes em relação ao feto, de rejeição e ansiedade. Contudo, se houver aceitação e predomínio de sentimentos positivos, as chances de formação de um vínculo positivo com o bebê são maiores (NÓBREGA, 2005 apud CATRO; GUTIERREZ; PONTES, 2011, p. 34).

A aceitação da gravidez é a base da predisposição para a formação do vínculo, o que não quer dizer que ele acontecerá sem dificuldades. Diversas transformações no período do ciclo grávido puerperal podem intervir na concepção de um vínculo adequado. Quando não existe planejamento ou vontade, a aceitação é a primeira ação para que comece o desenvolvimento de um bom vínculo. Este, quando acontece de forma negativa pode estabelecer-se a princípio e, depois tornar-se intenso ou a mãe pode passar toda a gravidez com uma conexão fraca ou insuficiente com o bebê. Esta condição pode continuar inalterada depois do nascimento ou algumas influências podem ser favoráveis para a constituição de um vínculo positivo e forte com o bebê (NÓBREGA, 2005).

No estabelecimento do contato afetivo entre a mãe e o feto destaca-se ainda a importância do vínculo afetivo que é construído nessa relação materno filial, e que se dá essencialmente para a satisfação das necessidades e adaptação à nova situação dos envolvidos. Outra característica do vínculo afetivo é que ele se dá com influências dos outros vínculos que o sujeito estabeleceu no decorrer da sua vida com os que estão a sua volta, que lhes são significativos, e que a percepção do mesmo é única para cada indivíduo já que eles também são únicos (CASTELLO; MORAES, 2009, p. 166).

Sobre essa possibilidade de aceitação pode-se dizer ainda que a vivência pessoal de cada mulher, a classe econômica, o círculo familiar, seu relacionamento com sua mãe e com o pai da criança, são fatores que também influenciam na aceitação da gravidez e na forma de vínculo que se irá estabelecer. Há culturas em que o sexo do bebê também é importante no modo como será acolhido pela família (KITZINGER, 1978).

No que se refere à condição econômica, sabe-se que, pode ser um dos fatores intervenientes, pois as condições para a constituição de um vínculo positivo muitas vezes são cruzadas pela falta de condições suficientes tanto econômicas quanto da saúde emocional das famílias.

O bebê, como novo membro de seu grupo familiar receberá uma carga de projeção e de expectativas. Mulheres que possuem em sua história uma difícil ligação com sua mãe, possuem a tendência de apresentar problemas na conexão com a sua prole, já que o momento de retorno a momentos antecedentes do desenvolvimento, intrínseco à gestação, estimula a projeções e transferências de antigos sentimentos derivados de diferentes vínculos em que a relação foi análoga (MALDONADO, 2002).

As experiências infantis são fundamentais no processo de configuração e estabelecimento de vínculos afetivos futuros. A vivência da maternidade terá como pano de fundo todos os outros vínculos da vida da mãe, essencialmente o vínculo primitivo, com seus próprios pais. É neste sentido que a escolha do parceiro recebe influência dos modelos parentais, ocorrendo muitas vezes a “projeção fantasmática” do outro, mecanismo que faz com que se idealize o parceiro de acordo com os próprios desejos (GUTIERREZ; CASTRO; PONTES, 2011, p. 11).

1.3 O corpo a corpo mãe bebê

O contato entre mãe e filho depois do parto acontece de modo que a mãe sinta diferentes sentimentos e com eles inicie uma oferta de uma carga de afeto envolvendo diversos estímulos direcionados ao recém-nascido. O bebê corresponde a essas estimulações, respondendo à mãe. Quando o pai participa deste processo, a formação do vínculo é reforçada.

O contato entre a mãe e o recém-nascido, imediatamente após o parto, além de estabelecer ou restabelecer as relações afetivas entre mãe-bebê, proporciona também que a primeira mamadura aconteça de imediato.

A importância do contato, afeição, dedicação e cuidado para o balanceamento homeostático do relacionamento mãe e filho coopera para, a saúde ou doença da mãe e do bebê. Vimos aqui que, o vínculo mãe-bebê começa desde a vontade de gerar um filho, transitando pelo

período intrauterino e desenvolvendo-se na manutenção durante a infância.

Não se pode falar apego até que exista indício de que o bebê não somente compreende quem é a sua mãe como ainda propende a comportar-se de forma a continuar próximo dela. No momento em que a criança está junto a uma figura principal de apego ou percebe a sua proximidade, sente-se tranquila e serena. Uma possibilidade de perder este indivíduo faz com que o bebê fique ansioso e sinta uma profunda tristeza (BOWLBY,1989). Ao mesmo tempo ameaçado pela possibilidade de desamparo.

Segundo Freud,

A ameaça de perda do objeto que oferece segurança promove um sentimento análogo a uma dor. Pois, o investimento intenso de desejo do objeto (perdido), do qual se experimenta a ausência, investimento que cresce incessantemente devido ao seu caráter insaciável, cria as mesmas condições econômicas que o investimento da dor em um local do corpo que tenha sido ferido, e torna possível fazermos uma abstração do condicionamento periférico da dor do corpo (FREUD, 1926, p. 84).

A respeito do desenvolvimento do vínculo, o diálogo da mãe ou aquele que se ocupe da função materna, que seja responsável pelo bebê acontece através de diversas vias, contudo a intimidade psicossomática, ou melhor corporal (AZEVEDO, 2006) através do toque, de movimentos, o sorrisos e voz. Este diálogo é essencialmente não verbal, tendo como característica o olhar e contato físico. Quando a relação é bem sucedida, a mãe pode entender as necessidades do filho, o que contribui para o seu crescimento físico e mental de modo saudável.

O apego é um vínculo afetivo, estável e consistente, que se estabelece entre mãe e bebê como resultado da interação entre ambos e envolve um sentimento de confiança básico. Também se caracteriza pela necessidade que sente o filho de buscar e manter certo grau de proximidade e de contato físico com as figuras com as quais tem vínculos. O modo como a criança constrói o conceito de si mesma, a partir das interações com seus pais, é de vital importância para seu futuro. O modelo que o filho configura será tanto mais seguro, vigoroso, estável e confiável quanto melhor apegado for à sua figura materna e quanto mais acessível, digna de confiança, disponível, estimulante e reforçadora tenha sido a conduta da mãe. Do contrário, o modelo que a criança tem de si mesma será inseguro, frágil, instável e desconfiado em função de como perceber a interação com seus pais, de forma mais hostil, desconfiada, distante ou inacessível (POLAINO-LORENTE, 2004 apud SOPEZKI; VAZ, 2008, p. 270).

A capacidade da mãe em perceber as emoções e as demandas do bebê começa a se desenvolver no fim da gravidez, oferecendo a possibilidade de identificar-se com o recém-nascido, de acomodar-se às suas demandas e entender as suas necessidades. Assim, ao agir espontaneamente, a mãe propicia a seu bebê a chance de existir, de sentir-se real e, enfim, de desenvolver emoções que correspondem aos da mãe com o seu bebê, que envolve-se com as atenções que lhe destina. Winnicott denomina esse momento de “preocupação materna primária”.

1.4 A mãe e o ambiente

Sendo assim, o aspecto relacional do vínculo primário, com recíprocas influências entre as pessoas, baseadas no amor, no ódio, conhecimento e reconhecimento, e um aspecto emocional, que dá significado ao relacionamento. Nesta concepção, o vínculo não se dá apenas no mundo exterior do sujeito, mas em seu mundo interior, por isso o vínculo primitivo é capaz de continuar a interagir no presente (ZIMERMAN, 2010apud GUTIERREZ; CASTRO; PONTES, 2011).

Não podemos deixar de citar um elemento fundamental e de essencial relevância na formação do vínculo da mãe com seu bebê que é a alimentação, sendo este uma das primeiras formas de conversação e conexão mãe-bebê. A primeira bonificação que o recém-nascido consegue no mundo exterior é gozo ao ser alimentado, parte deste gozo se deve à atenuação da fome e outra ao bem-estar experimentado pelo bebê ao receber estimulação em sua boca no momento de sucção no seio materno e à percepção do leite fluindo por garganta e preenchendo o estômago. A maior bonificação alcançada pelo bebê no período é oral – por meio da boca, a qual se torna a passagem pela qual toma o alimento e igualmente, na sua mente, o mundo ao seu redor (KLEIN; 1996).

Entre a mãe e seu filho não se repete só o dar leite, mas sim o ato de amamentar, não se repete a ação de ver e ouvir e sim o ato significativo de olhar, escutar e ler o corpo do bebê. No dizer kantiano o ato não é uma operação que se acrescenta ao ser, mas sim sua essência mesma. Só assim poderá o infans habitar e investir

seu desenvolvimento nesse momento do atoleiro no qual se estrutura um sujeito desejante (LEVIN, 2005, p. 110).

No contexto em que estamos trabalhando Maldonado tem diversas contribuições importantes. Essa autora diz a amamentação não é apenas um processo fisiológico de alimentar o bebê, mas envolve um padrão mais amplo de comunicação psicossocial entre a mãe e o bebê e pode ser uma excelente oportunidade de aprofundar o contato e suavizar o trauma da separação provocado pelo parto.

Ao ser amamentado, o bebê literalmente volta para o corpo da mãe e reelabora aos poucos a separação, quando o desmame não é precoce nem abrupto. A relação materno-filial na amamentação pode se revestir de aspectos peculiares, tais como um maior aprofundamento do contato epidérmico e a transmissão recíproca de afeto por meio do olhar, dos movimentos rítmicos do corpo do bebê e do prazer sensual estimulado pela sucção, o que inclui a amamentação no espectro da sensualidade da mulher (MALDONADO, 2002).

Desse modo, a bom desenvolvimento dos estágios futuros depende, sobretudo, de boas respostas nos primeiros contatos da mãe (ou correspondente) com o bebê. A identificação inicial do bebê é o começo de tudo, e é nesse período que a criança constitui sua condição de existência (WINNICOTT; 1965/1983).

Segundo Klein (1957), desde o início da sua vida, o recém-nascido já estabelece as “relações de objeto”, significando que o peito de sua genitora é o primeiro objeto, e por ele institui amor e ódio. Acontece por parte do bebê um desmembramento entre um seio que proporciona satisfação, que nutre, acolhe e acalma, o seio bom; e o seio mau que gera insatisfações.

Posteriormente à fase da dependência integral, ocorre a dependência relativa. Os procedimentos de relação, que se apresentam na associação que o bebê faz das emoções opostas e divergentes relacionado à mãe, alcançando concepções boas e más do objeto, nascem como uma nova alternativa relacional, o que identifica o caráter depressivo. O relacionamento com a mãe como indivíduo total, que gradativamente surge, ocasiona, portanto, a inferência de uma mãe que

é apartada do bebê e que não possui o domínio deste, possuindo uma vida própria, que engloba, sobretudo, uma ligação com o pai, com tudo o que isto provoca, englobando sentimentos de rivalidade, cobiça e exclusão. Com o desapontamento gradual por parte da mãe, o bebê vai tomando um espaço afastado dela e individualizado (WINNICOTT, 1954).

Segundo Winnicott, o recém-nascido tem a preocupação de lutar contra a ansiedade e de restaurar, na medida do possível, os estragos aos objetos, valendo-se de dispositivos onipotentes para gradativamente alcançar maior segurança tanto em seus objetos quanto nas suas habilidades em atender, atenuando a onipotência, transformando seu ego em cada vez mais coesivo (WINNICOTT, 1954).

No início da vida, o recém-nascido acredita que ele e a mãe são uma unidade, não havendo outro cenário de arranjo mental, sobre tudo em razão do extremo atrelamento que ele possui com os cuidados da genitora. Uma mãe disponível e preocupada em atender as necessidades de seu filho coopera para uma adequação ativa do bebê à atmosfera externa.

Durante a gestação, a mãe também sente feto sendo uma continuação do seu corpo.

Na gravidez, o filho é muitas vezes sentido como parte do corpo da mãe, e por essa razão o nascimento pode ser vivido como uma amputação. São comuns, na gestação, nos sonhos em que há perda de partes de si própria (membros, dentes, cabelos, etc.). Após o parto, a mulher se dá conta de que o bebê é outra pessoa: torna-se necessário elaborar a perda do bebê da fantasia para entrar em contato com o bebê real (MALDONADO, 2002).

Para ultrapassar esse estado primitivo de dependência e alcançar a independência é preciso que a mãe institua um espaço de segurança em que a criança possa conhecer distintas percepções e experiências sem que perceba ameaça (MÉLEGA, 1997).

A habilidade do bebê de aceitar a frustração é mínima, e, nesses casos, ele sente um assustador estado de ansiedade, que a progenitora deve sanar. As repetidas vivências e de extenso período, de amparo e mudança dos estados de ansiedade, permitem ao bebê a interiorização desse funcionamento (MÉLEGA, 1997).

Desta forma, criança vai interiorizando os significados proporcionados pela mãe e particularidades do padrão de atividade da mente desta. É, conseqüentemente, função da mãe formar gradativamente as delimitações entre o mundo interior do bebê e o mundo exterior.

Então o vínculo afetivo vai se formando a partir da geração. A mãe possuirá personificações de seu bebê e irá nutrir esperanças e fantasias. A função disso é tornar íntimo o novo estranho, cobrir com seus sonhos e ir gerando um vínculo que irá suprir a relação intrauterina após a criança nascer. É de grande importância que a mãe possua uma idealização em sua imaginação, além de um feto em seu útero, um bebê de sua criação (MÉLEGA, 1997).

Para a mãe, a realidade do feto in útero não é a mesma realidade do bebê recém-nascido e para muitas mulheres é difícil fazer essa transição; em especial as que apresentam forte dependência infantil em relação à própria mãe ou ao marido podem facilmente gostar do filho enquanto ainda está dentro delas e amar uma imagem idealizada do bebê, mas não a realidade do recém-nascido (MALDONADO, 2002, p.65).

Após o nascimento deseja-se que a mãe se comunique com um bebê real, composto de particularidades e capacidades. O procedimento de assimilação do bebê inicia-se de uma experiência indefinida do somático e de assimilações de objeto que vão formando o interior do *self*. A evolução lenta das funcionalidades do ego vai se juntando ao *self* primitivo, envolvendo-o do falso-*self*. Este, por sua vez, vai se condescendo com as marcas mnêmicas dos distintos objetos, com suas funcionalidades, apreendidos na realidade por meio dos sentidos (CARVAJAL; 2001).

O bebê cria reproduções subjetivas das qualidades da assimilação e atua fundamentando-se nelas. Essas reproduções subjetivas que ele vivencia não são percepções táteis, auditivas visuais ou, nem imagens intituláveis, mas, ao contrário, imagens, amplitudes e modelos temporais. A comunicação entre as emoções, projeções e relações da criança e as características das imagens reais são vistos como um processo muito hermético, que leva à gradativa criação de elementos internos que possui

uma função sólida, definitiva e estruturadora no desenvolvimento e na formação da personalidade.

Então, as vivências de seu corpo interior e de seus processos vão se agregando às percepções dos sentidos. Este conjunto sensorial também vai inserindo o bebê em convívio com o objeto exterior, que vai sendo retratado no ego ou na psique, primeiramente de forma indiferenciada e posteriormente de forma diferente de si mesmo (ALVAREZ, 1994).

O bebê, além de ser nutrido, cuidado e amado, necessita de um objeto, a figura materna (ou equivalente) para se prender e ter a sensação que “ser de”, tipificando desse modo, o vínculo de apego que faz com que o bebê queira ficar “perto da pessoa que ele pertence”, sendo esta o indivíduo que cuida dele desde os primeiros momentos e regularmente.

A definição de papel materno, criado por Winnicott (1999), está ligada às incumbências básicas de maternagem, que tem relação à disponibilidade afetiva e a disposição de harmonia com o que o outro necessita, para tentar atendê-las. Quando ocorre um desenvolvimento sadio, o papel materno auxilia o bebê a determinar os delineamentos interiores de seu mundo psíquico, onde há o eu e o outro. Para que este desenvolvimento ocorra, esse papel demanda do adulto um grande desimpedimento afetivo e uma grande aptidão para lidar com a aflição do outro.

Dentro de um processo de desenvolvimento emocional sadio, de crescimento e amadurecimento psíquico, é esperado que esse bebê possa sair desse estado de “dono do mundo” (narcisismo primário) e passe a desenvolver relações objetais nas quais serão considerados os seus desejos e as suas necessidades, mas em que, ao mesmo tempo, também serão considerados os desejos e as necessidades do outro (WINNICOTT, 1997).

Se a mãe está acessível quando a criança está próxima e se porta retroativamente, mas está distante quando ela tenta apartar-se e distinguir-se, isto é, se a criança está sujeita ao amparo materno para amadurecer e, se este se faz distante, acontece a interrupção no desenvolvimento. Deste modo, assim que a reprodução do *self* da criança passa a se distinguir da reprodução do objeto (mãe), ou seja, à medida

que se inicializa o afastamento, a criança vivencia a depressão de abandono pela possibilidade de perda ou carência de suprimento.

No processo de mudança dos adolescentes, simultaneamente ao desenvolvimento da separação-individação relacionado às figuras parentais existe um processo de bifurcação relacionado aos aspectos iniciais da personalidade que envolve e se conflituam com outra parte que busca por liberdade, independência, novas experimentações em múltiplas esferas do ego. As particularidades da crise do adolescente estão ligadas à sua história, em como ocorreu o desenvolvimento das primeiras relações, dos vínculos iniciais, à disposição do *self* primitivo, quanto as suas questões narcísicas e a sua habilidade de mudar do posicionamento depressivo para a esquizoparanóide, tal como as particularidades da composição da situação edipiana. Se em dado período estas vivências primitivas tiverem as interferências de uma mãe pouco comedida para com a ansiedade de seu bebê, ele fica incapaz de mensurar a sua própria destrutividade (LEVISKI, 1998).

Tratando de vínculos primários nos estudos de transtornos alimentares, pode-se citar como exemplo a anorexia como sendo uma tentativa de distanciar os sofrimentos de aniquilação e a depressão gerada pela privação do objeto (mãe). A procura por sentimentos como estar preenchido ou vazio supre as sensações inaceitáveis de perda. O meio pelo qual o indivíduo consegue ceder para escapar de sua vinculação, e da possível interrupção com o objeto é por meio da tentativa de controlar a relação de objeto (JEAMMET, 1999).

A anoréxica em sua imaginação extinguiu toda a necessidade, do mesmo modo que a parte de si que poderia ter necessidade. No lugar, ela inseriu um significado de unidade sutil, ainda que difundido, com uma figura sem representações características. É um sentido de não ser desassociada, de ficar com alguém, mas, sobretudo, na influência dos objetos que ela mesma instituiu e que parecem não ter características humanas (LAWRENCE, 2001).

Pela recusa de alimento, os anoréxicos apresentam seu medo de crescer e tornar-se independente. A consequência da negativa ao alimento é realocar o adolescente em uma intensa relação de

dependência relacionado a seus pais, o que origina uma regressão generalizada. Assim como em outros quadros o que vemos acontecer é um modo de lidar com o alimento como uma reação ao modo como cada sujeito vai vivenciar crescimento e relacionamentos. A busca da autonomia na experiência humana é muito angustiante e será no meio mais familiar que o sujeito poderá se sentir o mais estranho.

CAPITULO II - OS TRANSTORNOS ALIMENTARES

Na continuação dessa reflexão sobre a importância dos vínculos primários no desenvolvimento dos transtornos alimentares importa-nos também fazer um contorno sobre essa questão.

Para a compreensão a respeito de como estão classificados os entendimentos sobre os transtornos alimentares, é preciso remontar aos múltiplos conhecimentos que o envolvem. Segundo a psiquiatria, os transtornos alimentares são disfunções de origem multifatorial, distinguidos por uma grave mudança do hábito alimentar e do padrão corporal, sendo a bulimia nervosa e a anorexia nervosa as principais ocorrências (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997).

A junção de condições biológicas, de vulnerabilidade genética, condições psicológicas, socioculturais e familiares amplia a possibilidade do surgimento dos transtornos alimentares (MORGAN; VECCHIATTI; NEGRÃO, 2002).

Esses transtornos alimentares são caracterizados pela autoimposição de dietas excessivamente proibitivas, modelos bizarros de conduta alimentar, pânico da elevação de peso, exacerbada diminuição de peso e conservação deste abaixo do considerado ideal, além da procura descontrolada por um modelo de magreza, deformação da imagem corporal e mudanças do ciclo menstrual (PALMA; RIBEIRO; SANTOS, 2013).

As comorbidades psiquiátricas aparecem comumente em cenários de transtorno alimentar, sendo de extrema importância reconhecê-las para que a intervenção seja delimitada de forma a suprir as necessidades de cada indivíduo.

As comorbidades psiquiátricas aparecem comumente em cenários de transtorno alimentar, sendo de extrema importância reconhecê-las para que a intervenção seja delimitada de forma a suprir as necessidades de cada indivíduo. Das comorbidades em larga escala encontradas em pacientes que possuem transtornos alimentares pode se citar a o Transtorno de Ansiedade. O transtorno obsessivo compulsivo (TOC)

também possui uma alta assiduidade tanto em pacientes com Anorexia Nervosa como em pacientes que possuem Bulimia Nervosa. O TOC na Anorexia Nervosa aparece em 22,4% dos casos, enquanto para Bulimia Nervosa 12,9%, sendo este um transtorno que possui influencia em grande parte da resposta contrária ao tratamento, já que estes pacientes compreendem que qualquer tipo de interferência significa uma deslealdade aos seus princípios e à sua existência (SASSI JR; SASSI, 2011).

A pressão social cooperou para o surgimento de sintomas ligados à bulimia e anorexia, reproduzido no padrão alimentar, na realização de exercícios físicos e no seguimento de dietas. A ocorrência destes transtornos tem expandido e tem sido relacionada à modernidade e suas oposições, ao cultuar o corpo magro, enquanto simultaneamente oferece uma fartura de alimentos (FACCHINI; 2006).

Apesar do reconhecimento da enorme importância de informações produzidas pelos vários campos de tratamento dos transtornos alimentares, o ponto de vista psicanalítico tem evoluído em oposição ao discurso que se forma em volta da sintomatologia. O viés psicanalítico recusa este foco para se dirigir ao processo que se origina da vivência psicoafetiva do indivíduo, compreendendo a relevância dos estímulos involuntários, das experimentações narcísicas e da questão situada nas relações de objeto que são formadas a partir do âmbito social, familiar e cultural do paciente. A função do tratamento psicanalítico versava em promover um reajuste dos relacionamentos afetivos do paciente que desta forma se tornaria mais livre das coações instintivas.

Através do processo psicanalítico procurava-se acordar o inconsciente reprimido, de forma que esta matéria ficasse acessível para utilização do paciente, ao enfrentar as adversidades da vida, não existindo mais a precisão de exprimi-lo pela via do sintoma neurótico. As diligências terapêuticas para a tranquilização das pressões superegóticas do paciente igualmente buscavam um maior aceitação de si e a evolução de posturas mais amadurecidas frente aos conflitos intrínsecos à vida em comum.

Estar confortável na própria pele necessita de uma condição onde os limites do psiquismo e do corpo estejam em concordância; contudo, nos transtornos alimentares, raramente se dá tal condição. As manifestações dos sintomas dos principais tipos de transtornos alimentares possuem características próprias que reproduzem formas distintas de simbolização escassa. Em paridade, apresentam no corpo traços “substitutos” de uma simbolização mais completa.

Jeammet (1999) diz que “O transtorno do comportamento alimentar representa um substituto objetal, cuja perda poderia mergulhar estas pacientes em uma situação de desfazimento” (p. 38). E que: “Vê-se bem, nestes casos, a função do transtorno do comportamento alimentar como para-excitações e limite entre si e o objeto” (p. 39).

2.1 Anorexia

Na anorexia nervosa, a debilidade na subjetivação sobrevém um organismo de renúncia que apresenta como resultado um regresso da pele aos ossos. O corpo anoréxico é caracterizado por um adelgaçamento interminável, sem fim. Desavolumando-se até a ossatura, a anoréxica conecta o eu-pele aos suportes mais profundos e inalteráveis do corpo, àquilo que de mais sólido existe no indivíduo. A dominação da fome é a solução encontrada na anorexia para criar obstáculo a uma demasia do outro (ANDRADA, FREIRE; 2012).

Assim, o comportamento da adicção vem substituir a relação objetal a busca de sensações se substitui às emoções intoleráveis. O sujeito tem o reforço da conduta aditiva como o único recurso para fugir de sua crescente dependência e afirmar sua identidade (JEAMMET, 1999, p. 43).

A objeção de simbolização faz com que a atuação defensiva se desenvolva somaticamente, estabelecendo que o corpo retroceda cada vez mais no interior de si. A integração etérea é procurada através do esvaziamento da carne. O que permanece eternamente são os ossos, já que uma vez desenterrado o corpo, resiste apenas o esqueleto. Tal artifício “descarnante” é, na anorexia, o sinal afirmativo da subsistência. A

anoréxica é acometida por uma demasia intrusiva de “carne”, pois seu corpo é existido como um “corpo para dois”, em que a progenitora e menina se unam e se afastam dentro de uma mesma “pele psíquica”, que antepara a individualidade de caracterizar uma mulher. Essa demasia lhe dilata a autoimagem e dele ela necessita se libertar: emagrar, rejeitar alimento e afeição para desprender-se desse “corpo-mãe-mulher” onde ela não se identifica (ANDRADA, FREIRE; 2012).

Na anorexia o hábito alimentar pode tornar-se cada vez mais secreto, bizarro e ritualizado. Algumas pessoas realizam orgias alimentares, com comidas antes consideradas proibidas por elas. Para neutralizá-las elas se empenham em atitudes como indução de vômito, uso de laxantes e diuréticos, prática excessiva de exercícios, sempre com o objetivo de atingir a magreza idealizada. As pacientes recusam-se a reconhecer seu real estado de saúde, e a ausência de inquietude com a doença patognomônica anorexia nervosa. Todas essas atitudes e alterações levam a paciente a um progressivo isolamento de amigos e da própria família. Para a família, ela é vista como ótima filha, muito dócil e obediente (NUNES; RAMOS, 1998, p 55).

O relacionamento entre o indivíduo anoréxico e sua mãe é ambíguo, feito de submissão e de luta contra a submissão, na qual a filha sente na maior parte das vezes que não poderá afastar-se do relacionamento fundido estabelecido com a mãe, relação esta que a impossibilita de se forma física e psiquicamente. A recusa ao alimento estabelece uma proteção da anoréxica que busca cessar o crescimento, rejeitando seu corpo sexuado, o desenvolvimento de suas nádegas e seios, ou seja, a possível maternidade.

A relação com a alimentação é, desta forma, um protótipo do conjunto das relações que são feitas de uma luta ativa contra um desejo de se apropriar daquilo que lhes falta, um desejo de se preencher sem restrição, desejo contra o qual as anoréxicas lutam pela conduta oposta de privação daquilo que, com efeito, têm mais vontade (JEAMMET, 1999, p.37).

A mutação do corpo da criança em mulher é uma questão importante no período da adolescência. O desenvolvimento de seios e quadris faz com que a chance de ter um corpo análogo ao da mãe ocasione em sérios problemas, já que estas transformações vêm reacender uma indiferenciação intolerável. Surge de tal modo, o temor de uma assimilação sólida com a mãe, apesar ela seja igualmente ambicionada como condição para que possa se estabelecer como

indivíduo. A renúncia de uma estrutura física de mulher se dispõe em razão das primeiras vivências com a figura materna e limita o indivíduo às assimilações primárias, que por serem interligadas, intervêm com a possibilidade de assimilações secundárias. De tal modo, a amputação libidinal narcísica e auto-erótica desponta na anoréxica a veemência da vinculação ao objeto primário em seus múltiplos estatutos. O Édipo na anorexia não é estruturante, sendo a figura paterna apenas uma cópia da mãe. Vê-se, de tal modo, que a ocupação do pai na dinâmica anoréxica é secundária, já que este é diversas vezes distante, o que pode ser gerado pelo acentuado relacionamento mãe-filha. Desta forma, a carência de um terceiro impossibilita o afastamento da mãe e, por conseguinte, outros investimentos.

É fundamentada na vinculação da filha com a mãe que se acredita que a adolescência seja a época mais propícia a vir desencadear a anorexia nervosa, já que, neste período, existe a confrontação com novas circunstâncias que demandam emancipação e independência, o que a anoréxica não é capaz de conseguir estando prendida à mãe. De tal modo, a anorexia apareceria como um mecanismo de defesa na busca pela desligação, autoconfiança e independência da vinculação materna.

O corpo serve como comunicação, expondo, gritando as dificuldades de representação de quem sofre a doença. O não comer passa a ser percebido como uma escravidão do que não se consegue ser simbolizado, falado: “não comer, recusar o elo fundamental da relação primeira com a mãe, parece ser um ótimo começo a se encenar essa vingança, ou protesto” (GOGARTI, 2002 apud STEPANSKY, 2017, p. 22).

Na anorexia, a violência percebida no relacionamento enclausurante com a mãe dirige-se contra o ego, ameaçando-o de aniquilamento sob a forma de negativas necessidades vitais. Ao não ingerir alimentos, a procura inexorável da magreza aspirada pela anoréxica teria duas funções: romper sentimentos de incapacidade conforme se alcançasse o comando do corpo e, por meio de uma conduta de obstinação, partir, num estado pouco profundo, a relação com uma mãe percebida como intrusiva e reguladora (BRUCH, 1973).

Freud demarca os sintomas da sua paciente eram de anorexia, referentes a experimentações traumáticas da infância.

A anorexia da nossa paciente oferece o mais brilhante exemplo dessa espécie de abulia. Ela comia tão pouco por não gostar do sabor, e não podia apreciar o sabor porque o ato de comer, desde os primeiros tempos, se vinculava a lembranças de repulsa e prazer ao mesmo tempo. Sua antiga repulsa às refeições permanecera inalterada por que ela era constantemente obrigada a reprimi-las, em vez de livrar-se dela por reação. Na infância ela fora forçada, sob ameaça de punição, a comer a refeição fria que lhe era repugnante, e nos anos posteriores tinha sido impedida, por consideração aos irmãos, de externar os afetos a que ficava exposta em suas refeições em comum (FREUD, 1996, p. 72-73).

De tal modo, compreende-se a negação ao alimento de forma que:

A recusa do alimento pode ser a recusa de satisfazer a demanda da mãe. “E esta criança, mimada pela mãe, pode vir a recusar o alimento pra recriar uma falta que esta preencheu, ao tentar satisfazer suas necessidades”. (WEINBERG E CORDÁS, 2006, pág. 82).

Essa vingança é compreendida como uma tentativa e busca de impor uma limitação relação com o objeto. O sujeito não possui mais o desejo pelo alimento buscando dessa forma agredir o objeto materno. Rejeitando esta mãe intrusiva com o intuito de formar uma barreira protetora e conseguir ser independente. Uma busca sofrida por sua diferenciação e singularidade (STEPANSKY, 2017).

É incomum que pessoas que sofrem de AN procurem atendimento por vontade própria, visto que a marca do sucesso e autocontrole para elas é, justamente, resistir à restrição alimentar. Usualmente, familiares notam a perda do peso excessiva e as alterações nos comportamentos alimentares ou posteriores à alimentação e, assim, encaminham para tratamento (FINGER; OLIVEIRA, 2016, p. 28).

2.2 Obesidade

Na obesidade, a pele é excedida por uma demasia de carne-corpo, decorrente de uma busca de apoderar-se da contemplação do outro (comer para ser notado) e reduzir uma falta, que define o corpo no formato de uma “pseudo fome”. A correspondência afeto-alimento está apontada inteiramente no corpo na qual a “fome” e o comer se associam com afetos insatisfatoriamente representados que não encontram

satisfação, formando um ciclo que se retroalimenta. Esta demasia vivida no corpo não é refreada pelo “eu-pele” que apresenta delineamentos frágeis e constitui limites tépidos, como confirmam alguns casos, cuja autoimagem é experimentada de forma incerta ou ignorada, podendo perder a imagem do próprio tamanho.

Na anorexia e na bulimia a mãe de extremos perturba e desorganiza sua vivência, com efeitos que prejudicam a apropriação dessas jovens de si mesmas. A questão é, mesmo desejando separar-se com muito afinho, sem a mãe elas não se reconhecem, não tem possibilidades de ser fora delas (HAAS, 2018, p.29).

O indivíduo executa uma forma de equivalência da falta do signo por meio do poder do alimento. Desta forma, no que relaciona ao obeso, este expõe uma incapacidade de rejeitar, de praticar o poder da rejeição na confrontação com o outro. O obeso tem a obrigação de sempre aceitar. O amontoamento obeso não é de peso, mas de objeto, e o indivíduo tenta, pelo alimentar-se ininterrupto, permanecer sempre presente, originando uma angústia de sufocamento. Esta angústia, que é diversas vezes reformulada na clínica da obesidade, quando por meio de narrativas os pacientes alegam o aumento de peso em múltiplas situações em que a vida pede uma divisão, pois na obesidade encontra-se a impraticabilidade de o indivíduo de embrenhar-se pelo menos um “não!” de inserir pelo menos um pouco de afastamento (RECALCATI, 2002).

As crianças obesas comumente têm mães narcisistas e imaturas, presas às suas próprias questões de oralidade, que superalimentam seu bebê para suprir a falta de investimento que fazem no objeto externo de sentimentos autênticos. Além disso, através da superalimentação, as quais expressam de forma mais manifesta grande preocupação com a nutrição do bebê, encobrem ambivalências, como o temor de que a criança cresça, tenha desejos separados do dela (KREISLER, 1999 apud SANTOS, 2007, p.12)

A obesidade necessita-se ser posta juntamente da alienação, pois o indivíduo surge inteiramente ligado à diligência do Outro/mãe. A angústia de sufocamento pode tomar o formato extremo da angústia de ser dominado pelo peso do próprio corpo. Nessas ocorrências, a angústia não nasce da falta ou lesão do objeto, ou seja, não está ligado à falta, mas ao comparecimento em demasia do objeto: essa angústia do

“excessivamente cheio”, da abundância de objeto, sendo nesse excesso de frequência, de objeto, que faz com que o sujeito se sinta tragado.

Desta forma, na obesidade, a angústia não está ligada à falta, mas do mesmo modo como na psicose, à ‘falta da falta, pois o objeto está ininterruptamente ao alcance da boca. De tal modo, o obeso nos traz uma angústia de estar aprisionado a um corpo que não conhece como seu a de ter uma demasia que acaba por ser cedido: a falta faz falta.

O obeso, possuidor de um Ego frágil, utiliza a comida para se fortalecer e apaziguar suas ansiedades, derivadas de uma relação frágil com a mãe e o conseqüente desejo de incorporá-la de uma maneira canibal. O ataque à mãe desperta uma grande ambivalência no obeso, que sofre de tendências depressivas e culpa (ROSA, 2011, p. 70).

É nessas circunstâncias que muitos pacientes optam pelas intervenções de redução de estômago: de modo fantasioso, querem se libertar da angústia, e não do peso, pois ele ainda é um modo de refúgio.

Pode-se notar a relevância da fase oral na vida de diversos adultos e, nas ocorrências de obesidades mórbidas, as cirurgias podem gerar uma crise emocional com dimensões insopitáveis e até irrecuperáveis, uma vez que o sujeito ainda se sustenta preso ao corpo da sua progenitora: o seio não é uma nostalgia, é sustentado como uma presença por meio do comer demasiado.

A cirurgia bariátrica força o indivíduo a refazer diversos estágios do desenvolvimento libidinal, através das limitações impostas pelo procedimento cirúrgico e pela aprendizagem forçada que a nova configuração anatômica do sistema digestório impõe ao paciente. Basicamente fala-se de um adulto que terá que passar por duas semanas, talvez um pouco mais, se alimentando apenas de líquidos, o que é idêntico ao que um bebê passa ao nascer. A ingestão de combinações diferentes produzem sensações diferentes, o que coloca o paciente em contato direto com a sua função alimentar e as primeiras sensações corporais (ROSA, 2011 p. 130).

De tal modo, afirma-se que:

Sempre há o surgimento da angústia quando se interfere no ato compulsivo do obeso, pois a compulsão a comer, como em qualquer formação de sintomas, tenta evitar o aparecimento da angústia. O corpo do obeso é, assim, um invólucro cheio no qual o indivíduo vive um vazio sem fim. Pode-se entender daí, portanto, que a cirurgia bariátrica é um desencadeador de aflição, pois ela interrompe o ato compulsivo e impede o sujeito de utilizar a comida como tranquilizador (SALLES, 2005 apud BERG, 2008).

2.3 Bulimia

Já a bulímica, que percorre o universo da vergonha, igualmente recebe seu símbolo de excesso, uma vez os procedimentos compensatórios são registros desse descontrole, de um corpo onde o indivíduo não se sente “confortável em sua pele”. A demasia, sinal da compulsão, é a representação dos limites incertos do corpo na bulimia.

Os critérios diagnósticos para a bulimia nervosa são: episódios recorrentes de compulsão alimentar periódica; comportamento compensatório, inadequado e recorrente, com o fim de prevenir o aumento de peso, como autoindução de vômito, uso indevido de laxantes, diuréticos, jejuns ou exercícios excessivos; a compulsão e a compensação inadequadas ocorrem em média, pelo menos duas vezes por semana, por três meses; a auto avaliação é indevidamente influenciada pela forma e peso corporais e o distúrbio não ocorre exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa (APA, 2002 apud SOPESKI; VAZ, 2008, p. 268).

O “engorda/emagrece” do indivíduo bulímico, e igualmente na obesidade, expõe o capturo do corpo bulímico num movimento “sanfona”: uma cadência de intercalação marca por meio do corpo o que o psiquismo não foi capaz de inscrever. Desta forma, o corpo “se-enche-e-se-esvazia”, numa manifestação corporal da procura pela fronteira/limite corporal.

Alimentando-se até se fartar, num preenchimento completo, a bulimia torna-se uma busca de atingir essa “pele psíquica”, para, posteriormente, vomitar tudo e esgotar-se por completo, buscando aflorar as “bordas do corpo” (eu-pele, pele psíquica) até seu alvo mais irreduzível: os ossos - “vomitar para permanecer magra”.

Quanto às origens da bulimia nervosa, encontram-se referências à matriz narcísica da qual se deriva a diferenciação do ego e dos objetos. Qualquer perturbação na relação mãe-bebê, nesse período precoce do desenvolvimento, pode abalar a estruturação do ego em estado nascente, favorecendo a constituição de um ego frágil, inseguro e destituído de confiança básica (OLIVEIRA, 2001 apud MACHADO; FÁVERO; SCHAURICH, 2002 p. 26).

MACHADO, FÁVERO e SCHAURICH (2002) apud Oliveira (2011) salientam ainda que,

A ruptura da simbiose é extremamente dolorosa para o bebê, ameaçando a ilusão de unidade geradora do sentimento de onipotência. O papel da mãe é

fundamental nesse período, pois, se for capaz de favorecer uma adaptação ativa ao bebê, a criança será capaz de renunciar à onipotência, aceitar a separação e voltar-se ao mundo exterior. Para isso, é necessário que a mãe ofereça uma condição confortável e segura da apresentação do mundo ao bebê, além de ser uma presença viva e permeada de amor (p.26).

O descontentamento com a figura do corpo bulímico não está relacionado ao peso ou a figura do corpo em si, mas a uma insatisfação interna profunda. Existe uma busca de retribuir ao que os outros esperam que deva ser existindo uma intensa coação para desempenhar a imagem ansiada, comumente, pela mãe, relacionado às perspectivas de sucesso social.

A diligência para se adaptar à figura imaginada pelos progenitores faz com que seus corpos não sejam sentidos como legitimamente próprios, mas encontrando-se sob a autoridade de outros indivíduos. Elas sentem que não possuem nenhuma autoridade sobre seu corpo e suas funcionalidades, resultando daí danos no sentido de domínio do corpo ou da autoconsciência e, portanto, não se reconhecem no seu corpo. A deficiência de influência e perceptibilidade sobre sua identidade e sobre seu desejo está ligada à dificuldade de domínio sobre o comer. A inépcia de conter a entrada de nutrimentos ou qualquer outra questão da vida se relaciona à ideia de que o domínio se dá desde fora, escasseando iniciativa e autonomia. O corpo passa a ser compreendido como não sendo verdadeiramente seu (BRUCH, 1973 apud ESTEVES; RAMIRES, 2015).

Na BN há uma dimensão afetiva negativa ligada à imagem corporal sob o conceito de "insatisfação com o corpo". Este aspecto estaria dimensionando uma percepção negativa da autoimagem e autoestima baseadas no julgamento como regulador da consciência do próprio corpo. De acordo com estes autores, a insatisfação com o corpo é incluída como um critério diagnóstico (GARFINKEL; GOLDBLOOM; OLMSTED, 1992 apud FREITAS; MUGARTE; RIBEIRO, 2012, p. 57).

Freitas, Mugarte e Ribeiro (2012) complementam ainda que:

A distorção da imagem corporal está diretamente relacionada e associada a distúrbios alimentares como a BN. A distorção é um dos fatores determinantes no desenvolvimento do transtorno. Segundo estes autores o que leva uma pessoa a apresentar episódios bulímicos é a preocupação excessiva com o peso e a imagem corporal (p. 42).

A bulimia e o transtorno da imagem do corpo são relacionados à carência de limites psicológicos. Os limites psicológicos são desenvolvidos desde muito cedo na vida, baseados na forma como o bebê é apanhado e tocado. A carência do toque faz com que os limites sejam abstrusos ou pouco delimitados, podendo suscitar uma dificuldade no conhecimento sensorial necessário para diferenciar entre o que está dentro e o fora do “*self*”. Conseqüentemente, pode despontar uma dificuldade na obtenção de um senso definido na figura e na dimensão corpórea. As dificuldades alimentares poderiam estar ligadas a estes aspectos em consequência da complexidade em sentir as demarcações físicas da fome ou saciedade (ORBACH, 1979).

CAPÍTULO III - COMPULSÃO

A definição de compulsão é tida como o tipo de comportamento que a pessoa é levada a fazer por uma repressão interna. Pensamento obsessivo, uma prática, um procedimento defensivo, uma série complexa de formas de se comportar, são classificados como compulsivos quando a sua não realização ocasiona acréscimo de angústia (LAPLANCHE; PONTALIS, 1983).

Em busca de uma compreensão no âmbito psicossocial das compulsões alguns pontos devem ser compreendidos. As compulsões como expressão de um tempo que se caracteriza pelos exageros, presente nas contextualizações econômicas e sociais, se daria na medida em que os limites passam a não ser mais constituídos por ações disciplinares e o homem vai abdicando do cuidado de si (FOUCAULT, 2006)? A compulsividade, entendida como uma ação repetitiva e ininterrupta, buscando uma sensação de prazer e atenuação da ansiedade, poderia ser entendida como uma forma de expressão em que se denuncia as impossibilidades subjetivas a partir da exposição de si no mundo?

Nesse caso, segundo Assoun, a manifestação compulsiva estaria transversalmente relacionada ao pensamento, e que, por esta razão, suas implicações insurgem somente no domínio psíquico. A neurose obsessiva, contudo, em que a ação compulsiva é compreendida como a expressão do sintoma, existindo nela uma exterioridade que se solidifica por uma restrição da representação, paralelamente em que por uma descarga. Nestas circunstâncias, o indivíduo se acha vedado de atuar de outra forma que não seja coercivamente, pois embora tenha conhecimento do caráter ilógico de sua ação, a executa, apesar disso, o que tem a finalidade de proteção contra sentimentos como a angústia, a culpabilidade, a incerteza, dentre outros. Nessa neurose, a conduta compulsiva representa como uma práxis, uma vez que não há o seu fim em um objeto a realizar (ASSOUN, 1996).

As reincidências das ações compulsivas levam à formação de cerimoniais, destacado no texto “Atos obsessivos e práticas religiosas” por Freud (1907/1996), onde relaciona os cerimoniais neuróticos dos religiosos. Os dois confluiriam no que tange as questões de consciência que a indiligência dos mesmos ocasiona, na total isenção de todas as outras ações (exposta na proibição de interpelações), e na extrema compreensão com que são cometidas todas as particularidades (FREUD, 1907/1996, p. 110-111), mas se apartariam em relação à dessemelhança particular dos atos cerimoniais (neuróticos) em disparidade ao caráter estereotipado dos cerimoniais, enquanto todas as particularidades do cerimonial religioso são expressivas e possuem um significado simbólico, as dos neuróticos parecem pueris e incongruente (FREUD, 1907/1996, p. 111).

3.1 Ato e Compulsão

O comportamento compulsivo é o reposicionamento em ato, pela interposição simbólica, da Ação primeira. É necessário, portanto, de forma objetiva, procurar no cerimonial simbólico o Ato que se encontrava na origem. O que estimula a realização da ação compulsiva é a sua busca incessante em alcançar a Ação primeira, que não é possível de ser obtida e que, por isso, repete-se continuamente. É direcionado para esse ato impossível que tenderia a ação obsessiva, como assíntota, sendo tal ação, desta forma, explícita pelo seu caráter dúbio, uma vez que por um lado ela retarda a atuação por sua própria repetição; por outro, permite perpetrar a defesa e aproximam-se de forma dos atos impedidos pelos quais o impulso pôde expressar-se na infância (ASSOUN; 1996 apud BITTENCOURT; FONTENELE, 2013).

A pulsão nunca é inteiramente satisfeita, o ato evidencia a bifurcação do indivíduo. Na neurose, o ato será refreado e suprido pelo pensamento como formato de reprodução da satisfação pulsional, visto que a neurose garante satisfações fantasiosas em que o risco da castração e a angústia são ultrapassados numa concepção de

comprometimentos, mas só pode fazê-lo ao custo de uma abdicação ao ato (RUDGE, 1998 apud BITTENCOURT; FONTENELE, 2013).

Se abordarmos agora a vida psíquica do ponto de vista biológico, a pulsão nos aparecerá como um conceito – limite entre o psíquico e o somático, como o representante psíquico dos estímulos que provêm do interior do corpo e alcançam a psique, como uma medida de exigência de trabalho imposta ao psíquico em consequência de sua relação com o corpo. (FREUD, 1915, p. 148).

A dor psíquica não pode ser sentida, ela é voltada para a ação motora: a compulsão. Constitui um atuar aflito, recorrente, intenso, e que tem como resultado a anestesiação da dor modificando-a em uma dor corpórea. O que é psíquico é vivenciado no corpo. O corpo busca auxiliar a mente, entra em cena para protegê-la de uma dor psíquica insofrível. Deste modo, dependendo da magnitude, a pulsão transforma-se em compulsão, algo como demasia de pulsão, a ponto de gerar uma ruptura no sistema relacional dos afetos.

A pulsão, ao contrário, nunca age como uma força momentânea de impacto, mas sempre como uma força constante. Como não provém do exterior, mas agride a parte interior do corpo, a fuga não é de serventia alguma. A melhor denominação para o estímulo pulsional é o termo “necessidade”, e a tudo aquilo que suspende essa necessidade denominamos satisfação. Essa satisfação só pode ser alcançada por meio de uma alteração direcionada e específica (isto é, adequada) da fonte interna emissora de estímulos. (FREUD, 1915, p. 146).

Por sua vez, a compulsão, estaria mais associada da lógica fálica. Freud (1907/1996) reitera que uma das disposições da compulsão: o indivíduo que obedece a uma compulsão, o faz sem entender a razão – ou, no mínimo, o motivo principal.

É apenas por meio do trabalho do tratamento psicanalítico que ela se conscientiza do motivo do seu ato obsessivo e, concomitantemente das razões que a impõe ao mesmo. Essa ocorrência importante pode ser expressa do seguinte modo: o ato obsessivo serve para exprimir razões e ideias inconscientes.

Segundo Bittencourt e Fontenele (2013), inicialmente, a compulsão pode aparentar inepta e absurda, mas é possível que, subsequentemente, na defluência da análise, o sujeito forme, pela via da fala, uma compreensão a respeito dela, formando-lhe, desta forma, o sentido. Isso

se torna realizável à proporção em que a compulsão está ligada com um conflito involuntário e submetida ao regime simbólico da falta.

Freud (1917[1916-17]/1996), instituiu que os sintomas neuróticos têm uma definição e um caminho de concepção. Esse sentido é característico e tem por embasamento as vivências do sujeito. Freud (1917[1916-17]/1996) diz ser o paciente aquele que possui o conhecimento a respeito do seu sintoma e não o analista, o que elucida ao observar, a respeito do comentário de um caso, em que: “a compreensão do sintoma foi encontrada pela própria paciente, de um só golpe, sem qualquer influência por parte do analista” (FREUD;(1917[1916-17]/1996 apud Bittencourt; Fontenele; 2013)

Além desse ponto, Freud (1917[1916-17]/1996) diligencia serem os sintomas o efeito de uma divergência, que nasce em razão de uma nova metodologia de atender a libido. As duas forças que entraram em conflito encontram-se mais uma vez no sintoma e se harmonizam, por assim dizer, por meio do acordo exposto pelo sintoma formado. O sintoma é uma maneira deturpada de simbolizar o contentamento de um desejo libidinal mecânico, e um suplente de uma satisfação falhada, perpetrando uma regressão da libido a momentos de desenvolvimento precedentes, regressão a que fundamentalmente se atrela a um recuo a períodos prévios de escolha objetal ou de organização (FREUD, 1917).

Os sintomas expõem igualmente um caminho de desenvolvimento que acomete à satisfação libidinal relativa com a vivência infantil do indivíduo. Cabe ressaltar ainda que os sintomas estão relacionados ao modo de regresso do recalado que ocorre em razão da persistência da pulsão em satisfazer-se, exigência nunca totalmente satisfeita. Os sintomas são constituições particulares da estrutura neurótica.

Com base em todas as observações acima, evidencia-se que há, contudo, um caso em que Freud distingue as ações como encarnação do sintoma: é o das ‘ações compulsivas: isto é, as compulsões podem ser entendidas como sintomas, uma vez que estão relacionados a um regresso do recalado que busca a satisfação pulsional – nunca obtida –, têm um sentido e um caminho característico de concepção. De tal modo, constata-se que a compulsão é uma constituição particular da

composição neurótica. Contudo, relacionado à impulsão, não foi possível realizar tal aproximação, porque, diversamente dos sintomas, as impulsões são ações; insurgem promovendo uma satisfação direta que deixa o indivíduo mudo e sem lugar. Deste modo, as impulsões não são características da neurose, sendo necessário que estas sejam entendidas do ponto de vista estrutural.

É necessário compreender a proporção da repetição em sua relação com a compulsão e com a impulsão, relacionando estas definições do terceiro momento alusivo ao ato alvitado por Assoun (1996), pois tal aproximação nos levará a compreender sobre os empecilhos que ambas podem trazer à orientação do tratamento analítico. Este terceiro momento incide ao atuar no tratamento, problema evidenciado por Freud em seus textos técnicos. Neles, o ato é entendido como um problema técnico, por isso “mais que diminuí-lo à sua função, faz-se necessário abordá-lo fenomenologicamente, por suas implicações, para definir o que ele aponta da problemática freudiana anterior, tal como o que, dela, ele ‘dramatiza’” (ASSOUN, 1996apud BITTENCOURT; FONTENELE; 2013).

Freud (1914/1996) assegura que, por meio do relembrar, o paciente recorda o que fora esquecido e que tal é responsável pela formação do material sob o qual se dará a construção. A repetição, por sua vez, é referente às ações do paciente, que sobrepõe a recordação. De tal modo, o ato se desponha no tratamento através da repetição. Assim, o agir é, pois, reprodução do recalcado, ‘sob forma de ação’, e não ‘sob forma de recordação’. Nessas situações, o denominador comum é o interior recalcado, compreendido aqui sob forma de rememoração e ali sob forma de ‘ato’ (ASSOUN, 1996 apud BITTENCOURT; FONTENELE; 2013).

O ato expõe e pratica o não sabido; e, desta forma, o acesso à reminiscência resulta inviabilizado. O ato, deste modo, pode simbolizar como um suplemento ao conhecimento não sabido e à transferência, mas de maneira alguma como a natureza da relação analítica. Compete ao analista cuidar para que o paciente supra o campo da ação pela da fala, por meio da qual é possível organizar pela via das palavras o que surge nas recordações do paciente.

Recordar à maneira antiga – reprodução no campo psíquico – é o escopo a que adere, ainda que saiba que tal objetivo não pode ser alcançado na nova técnica. Ele está preparado para uma luta eterna com o paciente, para sustentar no campo psíquico todos os impulsos que este último gostaria de conduzir para a esfera motora; e celebra como um triunfo para o tratamento o fato de poder gerar que algo que o paciente deseja aliviar em ação seja empregado por meio do trabalho de recordar (FREUD, 1914/1996apud BITTENCOURT; FONTENELE; 2013).

O Outro repuxa, provoca pela operação da demanda sucessivos tirões na corda da pulsão. É por efeito deste tirão que se produz um bebê onde antes havia puro organismo, este tirão que produz sucessivos enlaces da pulsão à demanda e que sempre deixa como resto não articulado o desejo (JERUSALINSKY, 2002, p.171).

A partir do que foi debatido com relação aos atos compulsivos, faz-se necessário ressaltar que o trabalho em volta do que é repetido em ato, pela via da recordação e elaboração, é possível, uma vez que as compulsões são sintomas sobrecarregados de sentido. Quanto aos atos de impulsão o que se pode notar é o empenho de tal trabalho, pois a impulsão deixa o indivíduo mudo, sem espaço, do lado da pulsão e não do desejo, contudo, nós só podemos avaliar as necessidades parolantes (RABINOVICH, 2004apud BITTENCOURT; FONTENELE; 2013). Tal ponto de vista vem colocar um empecilho no que diz respeito à direção da terapia analítica nos casos de impulsão.

Frente a esta necessidade de, de vez em quando, recobrar forças com a impulsão, começa a produzir-se uma guinada da passagem ao ato (que Lacan estabelece justamente do lado do “eu não penso”) ao acting-out (que está do lado do “eu não sou”). No acting-out o objeto está mostrado, dirige-se a um Outro, da ordem de uma transferência selvagem, inteiramente estabelecida, e este se identifica, desta forma, com o sintoma (BITTENCOURT; FONTENELE; 2013).

CONCLUSÃO

Através da pesquisa realizada nesta monografia, foi possível perceber que, apesar de alcançar os objetivos propostos, ainda há muito a investigar, pois de acordo com a fundamentação teórica apresentada a questão relacionada aos vínculos primários e a sua relação com os transtornos alimentares é muito ampla. Neste sentido, tivemos que fazer uma escolha específica e relativamente restrita da abordagem escolhida, enfatizando a influência dos vínculos primários nos quadros de transtornos alimentares.

No decorrer deste trabalho foram inicialmente analisados aspectos bastante estudados na atualidade a respeito dos transtornos alimentares, ligados aos fatores psicológicos. Entretanto, no decorrer da produção deste presente trabalho, novos pontos foram surgindo e aspectos emocionais, culturais e forma de vida compartilhada socialmente foram surgindo, transformando esta presente pesquisa.

O conteúdo trabalhado aqui teve a influência de todo o percurso do que foi oferecido ao longo da especialização. Diversas abordagens foram apresentadas e isso nos trouxe uma ampla contextualização, apesar de breve sobre aspectos gerais a respeito do tema. A partir dessa multiplicidade de informações e conceitos o que nos chamou atenção em especial foi sobre o papel materno no desenvolvimento futuro dos transtornos alimentares.

O modo como a pessoa foi cuidada, amparada em sua chegada ao mundo humano a começar por sua alimentação influenciará na concepção de seus hábitos alimentares e de seu relacionamento para com a comida.

Família, corpo a corpo materno e alimento, esses são elementos indissociáveis na constituição humana. Entende-se, nesse sentido, que a alimentação, embora as diversas transformações acontecidas nas últimas décadas, ainda faz parte de um cuidado pertinente à figura materna. E este cuidado se expõe como uma das maneiras de manifestação de afeto materno aos filhos.

O alimento aparece como um objeto que preenche se manifesta dentro do conjunto de vida contemporâneo, na qual existe o disparate da demasia de objetos disponíveis ao consumo, de novos produtos disponíveis para a compra, juntamente de relações vazias e da falta de vínculo. Deste modo, o preenchimento via alimento poderia estar ligado aos processos identitários e às projeções de questões não elaboradas.

Desta forma, compreende-se que, na fase adulta, a fim de se entender e de se tratar hábitos e comportamentos alimentares, é necessário que as origens em seus primeiros vínculos sejam buscadas e, entendidas. As condutas alimentares dos filhos podem surgir como maneira de suprir a uma carência emocional, que acontecem em alguns casos, em quebras de laços familiares, afastamentos, carências maternas.

De tal modo, entende-se que, para existir intervenções terapêuticas efetivas, faz-se necessário considerar os diversos aspectos subjetivos da mãe ou de pessoa equivalente para tal função e que desempenha o papel na alimentação da criança. Isto é, entender, cuidar, auxiliar a perceber e servir de auxílio a transformar comportamentos que possam estar andando na contramão dos esperados para com o tratamento dos transtornos alimentares.

A organização deste trabalho encontra-se sustentada em produções que nos permitiram compreender uma pouco melhor a questão investigada e conseqüentemente espera-se poder contribuir ao leitor um entendimento mais abrangente sobre a formação de transtornos alimentares.

Espera-se ainda que essa pesquisa possa contribuir com a comunidade acadêmica, auxiliando no desenvolvimento para novas pesquisas aos futuros pesquisadores que queiram adentrar de forma mais profunda no tema abordado, permitindo a elaboração de novos conteúdos para uma inovação bibliográfica, além do entendimento dos transtornos alimentares trazidos sob a ótica da psicanálise à luz de nossos dias.

Enquanto profissionais de saúde somos diariamente convidados a refletir sobre esta questão e cabe a nós manifestar a importância e

necessidade da teoria psicanalítica para a compreensão e tratamento dos transtornos alimentares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVAREZ, A. R. **Del Paisaje a una Cartografia**. Rosario, 1994.
- ASSOUN, P. L. **Metapsicologia freudiana. Uma introdução**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.
- BADINTER, Elisabeth. **O conflito: a mulher e a mãe**. Rio de Janeiro: Record, 2011.
- BERG, Raquel. **Uma análise freudiana da obesidade**. 2008
- BITTENCOURT, Ana Carolina Pacheco; FONTENELE, Laéria Bezerra. **Uma análise psicanalítica da compulsão e da impulsão a partir da perspectiva do gozo e do ato**, 2013.
- BOWLBY. **Uma base segura: Aplicações clínicas da teoria do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- BRUCH, H. **Eating disorders: obesity, anorexia nervosa, and the person within**. New York: Basic Books, 1973
- Carvajal, G. **Tornar-se adolescente: a aventura de uma metamorfose: uma visão psicanalítica da adolescência**. São Paulo: Cortez, 2001.
- CASTELLO, Luciana do Nascimento; MORAES, Kayna Franciany Borges. **O estabelecimento do contato afetivo durante a gestação, sob a perspectiva da Gestalt-Terapia**, 2009.
- ESTEVES, Rosita; RAMIRES, Vera Regina Röhnelt. **Imagem do corpo e bulimia**, 2015.
- FACCHINI, M. **La imagen corporal en la adolescencia: es un tema de varones?** Archivos Argentinos de Pediatría, Buenos Aires, v. 104, n. 2, 2006.
- FÁVERO, Eveline; MACHADO, Andressa; SCHAURICH, Aline. **Transtornos alimentares: anorexia e bulimia nervosa**, 2002.
- FINGER, I; OLIVEIRA, M. **A prática da terapia cognitivo-comportamental nos transtornos alimentares e obesidade**, 2016.
- FOUCAULT, Michel. **A Ordem do Discurso: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970**. 13 ed. Tradução Laura F. A. Sampaio. São Paulo: Loyola, 2006.
- FREIRE, D. S.; ANDRADA, B. C. **A violência do/no corpo excessivo dos transtornos alimentares**. Cadernos de Psicanálise, 2012.

FREUD, S. (1915). **Pulsões e Destinos da Pulsão**. In: Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente. Vol. I. Rio de Janeiro: Imago, 2004.

FREUD, S. (1926[1925]). **Inibições, Sintomas e Ansiedade**. In: FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. v. 20. Rio de Janeiro: Imago, 1990

FREUD, S. (1940 [1938]) **Esboço de psicanálise**. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

GUTIERREZ, D. M. D.; CASTRO, E. H. B.; PONTES, K. D. S. **Vínculo mãe filho: Reflexões históricas e conceituais à luz da Psicanálise e da Transmissão Psíquica entre gerações**. Revista do Nufen, 2011.

HAAS, A. **Transtornos alimentares na adolescência: anorexia e bulimia numa perspectiva psicanalítica**, 2018.

JEAMMET, P. **Abordagem Psicanalítica dos Transtornos Alimentares**. São Paulo: Escuta, 1999.

JERUSALINSKY, Julieta. **Enquanto o futuro não vem: a Psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês**. Salvador: Ágalma, 2002.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 7. ed. Porto Alegre: Artes médicas, 1997.

KITZINGER, S. **Mães: Um estudo antropológico da maternidade**. Lisboa: Presença, 1978.

KLEIN, M. **Inveja e gratidão**, 1957.

KLEIN, M. **Obras completas de Melanie Klein**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J.-B. **Vocabulário da psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 1967/1983.

LAWRENCE, M. **Morrer de amor: a anoréxica e seus objetos**. London: Hogarth Press, 2001.

LEVIN, E. **Cenas e cenários no ato de amamentar**. Salvador: Ágalma, 2005.

LEVISKY, D. Léo. **Adolescência: reflexões psicanalíticas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. São Paulo: Saraiva, 2002.

MÉLEGA, M. P. **Pesquisa da atividade simbólica com ênfase no estudo do brincar: método de observação mãe-bebê Esther Bick**. Revista Brasileira de Psicanálise, 1997.

MORGAN, Christina M; VECCHIATTI, Ilka Ramalho; NEGRAO, André. **Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais**. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo, 2002.

ORBACH, Susie. **Fat is a Feminist Issue**. New York: Berkeley Books, 1979.

PALMA, R. F. M., DOS SANTOS, J. E.; RIBEIRO, R. P. P. **Hospitalização integral para tratamento dos transtornos alimentares: A experiência de um serviço especializado**. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 2013.

RECALCATI, M. **O "demasiado cheio" do corpo: por uma clínica psicanalítica da obesidade**. In: Escola Brasileira de Psicanálise (org.). Rio de Janeiro: Contracapa, 2002.

ROSA, R. T. C. F. **Entre três corpos - Histórico, Biológico, Erógeno – Um estudo psicanalítico sobre a obesidade**, 2011.

SANTOS, Mary Helen Lessi dos. **A elaboração de uma nova realidade psíquica por obesos mórbidos submetidos à cirurgia bariátrica**, 2007.

SASSI JR, SASSI, F. **Comorbidade psiquiátricas nos transtornos alimentares**, 2011.

SOPEZKI, Daniela; VAZ, Cícero E. **O Impacto da Relação Mãe-Filha no Desenvolvimento da Autoestima e nos Transtornos Alimentares**, 2008.

STEPANSKY, Alice Gallas. **Independência ou morte? : uma visão psicanalítica sobre a anorexia**, 2017.

WEINBERG, C.; CORDÁS, T. A. **Do altar às passarelas: da anorexia santa à anorexia nervosa**. São Paulo: Annablume, 2006.

WINNICOTT. (1954). **Retraimento e regressão**. Imago, 2000.

WINNICOTT. **A integração do ego no desenvolvimento da criança**. Porto Alegre: Artmed, 1965/1983.

WINNICOTT. **Pensando sobre crianças**. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1997.