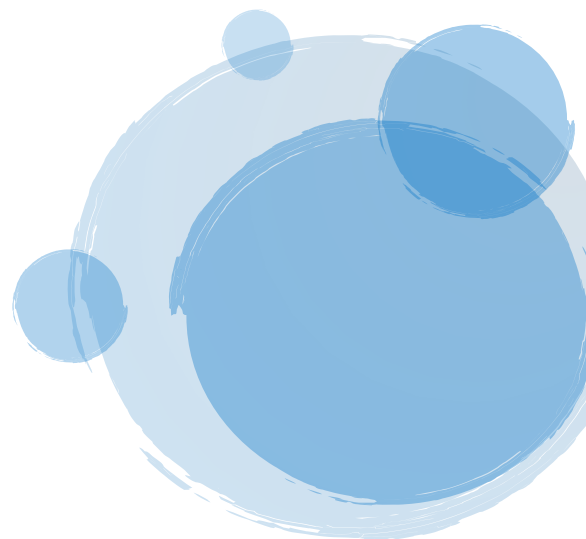




**SoBraTA.org**

**SOCIEDADE BRASILEIRA  
DE TRANSTORNOS  
ALIMENTARES**

**REBECCA G. M. BARRADAS**



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA  
DO RIO DE JANEIRO



**Rebecca G M Barradas**

**Bulimia nervosa e as emoções não faladas:  
Um estudo sobre a comorbidade com o transtorno depressivo e de ansiedade**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em  
Transtornos Alimentares da PUC-RJ como requisito para a sua  
conclusão.

Orientadora:  
Prof<sup>a</sup>Dr<sup>a</sup> Marcia Maria dos Anjos Azevedo

Co-orientador:  
Prof. Izidoro de Hiroki Flumignan

Rio de Janeiro  
Dezembro de 2019

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA  
DO RIO DE JANEIRO



**Rebecca G M Barradas**

**Bulimia nervosa e as emoções não faladas:  
Um estudo sobre a comorbidade com o transtorno depressivo e de ansiedade**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em  
Transtornos Alimentares da PUC-RJ como requisito para a sua  
conclusão.

Prof<sup>a</sup>Dr<sup>a</sup> Marcia Maria dos Anjos Azevedo  
Departamento de Psicologia – PUC-Rio

Prof. Izidoro de Hiroki Flumignan  
Departamento de Psicologia – PUC-Rio

Rio de Janeiro  
Dezembro de 2019

## **Agradecimentos**

Por trás deste trabalho de conclusão; está o apoio de algumas pessoas e sem o qual nada disto teria sido possível.

Começo por agradecer a Deus por me dar saúde e força nos momentos em que vacilei.

Não posso deixar de agradecer a esta universidade e ao seu corpo docente por todo o conhecimento que adquiri ao longo do tempo.

Um agradecimento infinito a minha orientadora, professora Márcia Maria dos Anjos Azevedo que teve muita paciência e que me soube guiar e trazer a luz a este trabalho; agradeço ao meu co-orientador, professor Izidoro de Hiroki Flumignan pela gentileza e disponibilidade em ler e avaliar.

Não posso deixar de agradecer aos meu marido, filho, familiares, amigos, aos colegas, a turma e as amizades que fiz ao longo do curso e por tudo o que fizeram por mim ao longo deste tempo e da minha vida.

Gratidão a Paula, pessoa na qual me ajudou também, não poderia esquecer-la.

A todos a minha imensa gratidão.

## **Resumo**

A presente monografia, além de trazer noções gerais sobre a questão dos transtornos alimentares, discorre a respeito do transtorno depressivo e ansiedade como comorbidade para compreender a integralidade do transtorno bulímico, incluindo fatores mantenedores, predisponentes e etiológicos. A ideia geral é ade entender como emoções não faladas decorrentes da ansiedade e depressão podem estar associadas ao transtorno alimentar bulímico essas manifestações relacionadas com a alimentação. Além disso, ao longo da pesquisa também trago luz aos fatores culturais e inconscientes relacionados aos excessos que fazem com o que o sujeito precise descarregar conteúdos afetivos e emocionais de alguma forma não necessariamente através das palavras, mas também através do corpo. Dentro da perspectiva apresentada utilizamos autores de diversas concepções exatamente por entender que uma corrente teórica apenas não seria suficiente para compor nosso objetivo.

**Palavras-chave: bulimia, transtornos alimentares, ansiedade, depressão, comportamento, psicanálise.**

## **Abstract**

The present monograph, besides bringing general notions about the issue of eating disorders, discusses depressive disorder and anxiety as comorbidity to understand the integrality of bulimic disorder, including maintaining, predisposing and etiological factors. The general idea is to understand how unspoken emotions resulting from anxiety and depression may be associated with bulimic eating disorder such eating-related manifestations. In addition, throughout the research I also shed light on the cultural and unconscious factors related to the excesses that make the subject need to discharge affective and emotional content in some way not necessarily through words, but also through the body. From the perspective presented we use authors of various conceptions precisely because we understand that a theoretical current alone would not be enough to compose our objective.

**Keywords: bulimia, eating disorders, anxiety, depression, behavior, psychoanalysis.**

## **Sumário**

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO .....</b>   | <b>7</b>  |
| <b>2 DEPRESSÃO E ANSIEDADE: ASSOCIAÇÃO AOS TRANSTORNOS ALIMENTARES.....</b>                       | <b>10</b> |
| <b>2.1 Um entendimento complexo do conceito de ansiedade .....</b>                                | <b>12</b> |
| <b>2.1.1 Etiologia da ansiedade .....</b>   | <b>13</b> |
| <b>2.1.2 A resposta adaptativa ao medo .....</b>  | <b>15</b> |
| <b>2.2 Compreensão dos sintomas depressivos e sua relação com os transtornos alimentares.....</b> | <b>16</b> |
| <b>3. BULIMIA NERVOSA E AS EMOÇÕES NÃO-FALADAS.....</b>   | <b>21</b> |
| <b>3.1 Um recorte na questão das emoções: estudo de caso.....</b>                                 | <b>27</b> |
| <b>4. CONCLUSÃO .....</b>   | <b>30</b> |
| <b>REFERÊNCIAS .....</b>  | <b>32</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

Os ideais e padrões de beleza estão cada vez mais exigentes. A sociedade impõe regras cada dia mais difíceis de serem cumpridas no que diz respeito a um corpo perfeito. A autoestima do sujeito se tornou dependente da beleza física e, se esta não é alcançada, uma problemática se impõe.

Transtornos alimentares possuem uma etiologia denominada por muitos pesquisadores como multifatorial, composta de predisposições genéticas, socioculturais e vulnerabilidades biológicas e psicológicas. Os fatores predisponentes, e mantenedores são múltiplos e é difícil chegar-se a um consenso no que diz respeito a raiz exata do problema e como ele se perpetua.

Naturalmente, questões de personalidade, comportamentais, fisiológicas e subjetivas se impõe. No entanto, aspectos culturais e da sociedade também são amplamente importantes para o entendimento do todo.

Baseado nesses fatores, o tema da presente monografia é a bulimia nervosa e as emoções não faladas. Além de trazer noções gerais sobre os transtornos alimentares como a bulimia e anorexia, irá ser explicitada a comorbidade com o transtorno depressivo e de ansiedade para compreender a integralidade do que é a bulimia incluindo fatores mantenedores, predisponentes e etiológicos.

A ideia geral é a de entender como emoções não faladas – como as de ansiedade e depressão – podem estar associadas ao transtorno alimentar bulímico. Além disso, ao longo da pesquisa também trago luz aos fatores culturais e inconscientes relacionados aos excessos que fazem com o que o sujeito precise extravasar essas emoções de alguma forma.

Dentro da perspectiva apresentada utilizamos autores de diversas concepções exatamente por entender que uma corrente teórica apenas não seria suficiente para compor nosso objetivo.

No artigo *Subjetividades contemporâneas* de Felix Guattari, a questão do excesso é altamente enfatizada quando o autor fala do mal-estar contemporâneo. Neste sentido, ele cita diversas formas com que este excesso aparece na nossa sociedade. Uma delas estaria no corpo, pois é o espaço em que há o registro mais



eminente no qual se denuncia o mal-estar. Imagina-se sempre que algo deve ser feito para que a performance corporal possa melhorar. O corpo se transformou no bem supremo, de maneira que este se aloja no corpo e tem na saúde o seu ideal. É um corpo padronizado via publicidade e que é martirizado pela mente quando não consegue atingir o ideal proposto.

Rolnik diz:

esses tempos atuais são vividos como esvaziamento da própria subjetividade e não de uma de suas figuras - ou seja, como efeito de uma falta, relativamente à imagem completa de uma suposta identidade, e não como efeito de uma proliferação de forças que excedem os atuais contornos da subjetividade e a impelem a tornar-se outra. Tais experiências tendem então a ser aterrorizadoras: as subjetividades são tomadas pela sensação de ameaça de fracasso, despersonalização, enlouquecimento ou até de morte. As forças, ao invés de serem produtivas, ganham um caráter diabólico; o desassossego trazido pela desestabilização torna-se traumático. (ROLNIK, 1997, p. 20)

É a partir desta afirmação que se define a busca teórica da presente monografia. A ideia central é tentar compreender de que forma os transtornos alimentares se impõe, de que maneira eles estão relacionados às questões psicológicas, fisiológicas, culturais e de personalidade e como eles se mantem ao longo do ciclo do transtorno. Como muitas pesquisas apontam para a frequente existência de comorbidades optou-se por focalizar na comorbidade entre TA (transtornos alimentares) e ansiedade e depressão, além de focalizar em múltiplas abordagens teóricas para promover um entendimento mais amplo sobre assunto.

A pesquisa se estrutura de forma a compreender, no primeiro capítulo, a de que forma a depressão e ansiedade se associam aos transtornos alimentares e de que forma o sujeito funciona dentro dessas patologias.

Posteriormente, no segundo capítulo, focalizo na bulimia nervosa propriamente dita, exaltando as emoções não faladas e as questões psicanalíticas associadas para trazer diversas articulações dentro do tema proposto.

Ao final do trabalho, faço um recorte na questão das emoções com um estudo de caso ilustrativo que mostra exatamente como o transtorno alimentar se retroalimenta de emoções não faladas e de que forma isso se interliga teoricamente com todas as articulações feitas previamente.

## 2DEPRESSAO E ANSIEDADE: ASSOCIAÇÃO AOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

Falar sobre transtornos alimentares é sem dúvida fazer um recorte teórico em uma série de dados e informações de cunho multifatorial, já que sua etiologia é sem dúvida determinada por uma diversidade de fatores que interagem entre si de modo infinitamente complexo.

Quando se fala em TA (Transtornos Alimentares – como são chamados), é preciso analisar três fatores em específico: (1) os chamados predisponentes, que são aqueles que aumentam as chances de um sujeito desenvolver a doença; (2) precipitantes (os que marcam o aparecimento dos sintomas); (3) mantenedores, que irão determinar se o sujeito irá manter o transtorno – e de que forma.

Os fatores predisponentes aos TA são marcados pelos aspectos biológicos e os aspectos relacionados ao desamparo humano. Morgan *et al* (2002) separa estes fatores da maneira abaixo, focalizando nos traços de personalidade, histórico de transtornos psiquiátricos (que será mais explorado posteriormente). Alterações de neurotransmissão, eventos adversos, além de fatores familiares e socioculturais como agregação familiar, hereditariedade, padrões de interação familiar e ideal cultural de magreza.

**Tabela 1 - Fatores predisponentes.**

---

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| Individuais                           |   |
| Traços de Personalidade               |   |
|                                       | Baixa auto-estima                                   |
|                                       | Traços obsessivos e perfeccionistas (AN)            |
|                                       | Impulsividade e instabilidade afetiva (BN)          |
| História de Transtornos Psiquiátricos |   |
|                                       | Depressão   |
|                                       | Transtornos da ansiedade (AN)                       |
|                                       | Dependência de substâncias (BN)                     |
| Tendência à Obesidade                 |   |
| Alterações da Neurotransmissão        |   |
|                                       | Vias noradrenérgicas                                |
|                                       | Vias serotoninérgicas                               |
| Eventos Adversos                      |   |
|                                       | Abuso sexual  |
| Familiares                            |   |
|                                       | Agregação Familiar                                  |
|                                       | Hereditariedade                                     |
|                                       | Padrões de Interação Familiar                       |
|                                       | Rigidez, intrusividade e evitação de conflitos (AN) |
|                                       | Desorganização e falta de cuidados (BN)             |
| Sócio-Culturais                       |   |
|                                       | Ideal Cultural de Magreza                           |

---

**Fonte: Morgan *et al* (2002)**

A genética também parece ser um fato importante no que diz respeito à bulimia e anorexia.

Os autores concluem que, seguramente, há uma contribuição genética na bulimia nervosa, com valores entre 31% a 83%, tanto em amostras populacionais como em amostras clínicas.<sup>36</sup> Embora alguns estudos apontem para um papel que varia de 0% a 80% de participação de aspectos genéticos na etiologia da AN, o mesmo estudo de Bulik et al afirma que ainda não é possível estimar o real peso de aspectos genéticos na etiologia da doença. Isto porque, além da prevalência baixa da AN, dado que reduz o poder dos testes estatísticos nestes estudos, eles são poucos e incorrem em erros metodológicos comuns em estudos de gêmeares. (MORGAN *et al*, 2002, p. 20)

Os traços de personalidade representantes da bulimia apontam para um padrão de sociabilidade grande, comportamento gregário, no sentido de a pessoa estar sempre envolvida em interações sociais e agir de forma a buscar sempre um ciclo social atrativo. Além disso, o indivíduo também possui um certo padrão de comportamentos de risco e impulsividade, que serão explorados posteriormente na presente pesquisa – quando focalizarmos a questão do ciclo bulímico.

Baixa auto-estima e auto-avaliação negativa também são fatores de risco importantes para os transtornos alimentares em geral – o que está diretamente relacionado aos chamados fatores precipitantes, que marcam o aparecimento dos sintomas são basicamente ilustrados pelas exigências de vida e a sensação de insuficiência relacionada aos ideais de corpo promovidos pela sociedade.

Neste ponto, as dietas incessantes e a busca pelo corpo perfeito são sempre largamente mencionados na literatura sobre o assunto. Naturalmente, a gama de aspectos envolvidos na etiologia dos TA é imensa e os desafios para entender todo o contexto são grandes. É necessário compreender, principalmente, que os transtornos alimentares ocorrem e se mantem por uma imensidade de fatores interagindo entre si, não apenas uma causa específica. Isso significa dizer que apenas uma dieta excessiva não será fator dominante enquanto causador do transtorno. No entanto, a dieta excessiva associada a uma baixa auto-estima e constante busca pelo corpo perfeito, além de sintomas de ansiedade e depressão associados podem, sim, promover e perpetuar o transtorno.

Para o propósito da presente pesquisa, a predisposição à ansiedade e depressão bem como sintomas ansiogênicos como mantenedores do transtorno da

bulimia nervosa serão considerados como chave para uma compreensão geral sobre o assunto.

## **2.1 Um entendimento do complexo conceito de ansiedade**

A proposta da presente monografia é a de promover um entendimento generalista da ansiedade, trazendo, para tal, perspectivas psicanalíticas, comportamentalistas e multifatoriais sobre o assunto.

A psicanálise, por exemplo, entende a ansiedade baseada na perspectiva freudiana. O autor, em seu texto sobre as Conferências Introdutórias, definiu a ansiedade como

Um “pavor da consciência”. Mas a ansiedade aponta para fontes inconscientes. A psicologia das neuroses nos fez ver que, se impulsos cheios de desejo forem reprimidos, sua libido se transformará em ansiedade. E isto nos faz lembrar que há algo de desconhecido e inconsciente em conexão com a sensação de culpa, a saber, as razões para o ato de repúdio. O caráter de ansiedade que é inerente à sensação de culpa corresponde ao fator desconhecido. (FREUD, 1913-1914, p. 53)

O autor fala, também, das diferenças entre ansiedade realística e ansiedade neurótica. Conforme ele, a primeira é inteligível e a segunda enigmática, visto que a ansiedade realista pareceria ter uma função adaptativa (preparar o organismo para o perigo) enquanto a segunda, pelo contrário, seria inadequada e prejudicial (da mesma forma que a teoria comportamentalista entende o assunto).

É sabido que a ansiedade pode trazer inúmeros prejuízos à vida dos indivíduos, mas é preciso compreender que essa é uma característica selecionada na história evolutiva da espécie para proteger o ser humano. Para Barlow e Craske (1999), tal fato é explicado a partir de uma perspectiva evolucionista, pois a ansiedade foi indispensável para a sobrevivência de nossos ancestrais como uma ação diante de situações de perigo.

No entanto, Brandão & Graeff (2014), atentam para a dificuldade de se estabelecer um limite entre a ansiedade normal e patológica, devido ao fato de um certo grau de ansiedade ser fundamental para o bom desempenho das atividades diárias. No entanto, sabe-se que uma ansiedade exacerbada pode ser altamente

prejudicial ao ser humano, perturbando este desempenho de forma importante e, conseqüentemente, podendo ser tratada como uma ansiedade patológica.

### 2.1.1 Etiologia da ansiedade

Por definição, ansiedade é uma característica biológica do ser humano, que antecede momentos de perigos reais ou imaginários,

(...) marcada por respondentes, tais como tonteiras, manchas e borrões dos olhos, dormência ou formigamentos, tensão muscular, falta de ar, boca seca, sudorese palmar, palpitações e aumento da atenção em relação ao ambiente. (BARLOW & CRASKE, 1999, p. 265).

“De acordo com as ideias evolutivas de Darwin, é possível propor que o valor adaptativo da ansiedade se encontra justamente no fato de ela ter uma função biológica a cumprir, como reação a um estado de perigo” (VIANA, 2010, p. 169).

Viana (2010) afirma que Darwin, em 1872, publica sua obra *A expressão das emoções*, em que focaliza o estudo de todos os aspectos biológicos das emoções e do comportamento animal. Para tal, Darwin baseia-se nos chamados três princípios gerais da emoção: “princípio do hábito associado útil; princípio da antítese; princípio das ações devidas à constituição do sistema nervoso, totalmente independentes da vontade e, num certo grau, do hábito” (p. 176).

O *princípio do hábito associado útil* fala da força do hábito que faz com que movimentos complexos sejam repetidos. Segundo Viana (2010), isso se deve às alterações físicas produzidas pelas células nervosas. Para facilitar o entendimento, é possível estabelecer uma comparação com a teoria do condicionamento operante de B. F. Skinner.

Bee e Boyd (2011) sustentam que o condicionamento operante é o processo pelo qual a frequência de um comportamento aumenta ou diminui devido às conseqüências que o comportamento produz. Quando um comportamento aumenta, diz-se que ele foi reforçado; quando diminui, diz-se que o comportamento foi punido. Ele “ocorre como resultado de uma relação entre um estímulo e uma atividade – um evento filogeneticamente importante e um comportamento que afeta sua ocorrência” (BAUM, 2006, p. 81). Ou seja, o dito *hábito*, de Darwin, nada mais é do que um comportamento condicionado.

O segundo princípio de Darwin, o *princípio da antítese*, pode ser observado em estados contrapostos àqueles que levam a atos habituais úteis. Nesses estados, a concretização de movimentos de natureza contrária é verificada.

Assim, por exemplo, um cão feroz caminha ereto e tenso, com a cabeça levemente levantada, a cauda erguida, o pelo arrepiado, as orelhas em pé, voltadas para frente, e o olhar fixo. Quando alegre, em função da presença de seu dono, o mesmo cão curva-se todo, abaixa a cauda, abanando-a, e mantém as orelhas voltadas para o chão. Também na espécie humana existem numerosos exemplos de aplicação do princípio da antítese. (VIANA, 2010, p. 178).

O terceiro e último princípio, segundo Viana (2010), trata de desempenhos que derivam diretamente da atividade do sistema nervoso, e que, portanto, são independentes da vontade. Esse princípio é um claro padrão que ocorre como consequência do medo. O tremor dos músculos, as palpitações, dilatação das pupilas, entre outros, são comportamentos involuntários, resultados de atividades diretas do sistema nervoso autônomo em função da estimulação excessiva.

Os três princípios propostos por Darwin se aplicam à demonstração de emoções distintas. Os sinais de ansiedade, por exemplo, são claramente explicitados por ele com base nessas informações:

(...) alguns dos sinais podem ser explicados mediante os princípios do hábito, da associação e da hereditariedade – por exemplo, a ampla abertura da boca e dos olhos, com as sobrancelhas erguidas, para poder olhar rapidamente à volta e distinguir qualquer som que nos chegue aos ouvidos. Pois é dessa forma que habitualmente nos preparamos para descobrir e encontrar qualquer perigo. Alguns outros sinais de medo também podem ser explicados, pelo menos em parte, por esses mesmos princípios. O homem, ao longo de inúmeras gerações, lutou para escapar de seus inimigos ou dos perigos, fugindo ou lutando violentamente; e esses esforços imensos faziam o coração bater mais rápido, a respiração acelerar, o peito arquear e as narinas se dilatarem. Como esses esforços, muitas vezes, foram prolongados ao máximo, o resultado teria sido uma prostração completa, palidez, transpiração, tremor nos músculos ou seu completo relaxamento. E, agora, toda vez que a emoção do medo é fortemente sentida, mesmo que não leve a nenhum esforço, os mesmos efeitos tendem a reaparecer pela força da hereditariedade e da associação. (DARWIN, *apud* VIANA, 2010, p. 179-80).

Através da exposição desses conceitos darwinianos, é possível assegurar que os mecanismos de ansiedade são decorrentes de alterações fisiológicas que preparam o organismo para o perigo.

### 2.1.2 A resposta adaptativa de medo

Ledoux (1998) afirma que emoções vistas como negativas, como é caso do medo, se consideradas a partir de uma perspectiva evolutiva, revelam nada menos do que sua profunda importância para a preservação da espécie, não apenas humana, já que se trata de uma emoção responsável por sinalizar situações de risco, ameaça ou perigo.

Graff (1994), em sua pesquisa sobre a neuroanatomia e as regulações dos neurotransmissores nos comportamentos defensivos e emoções em mamíferos discute justamente as alterações fisiológicas relativas ao medo.

Os estudos do autor relatam principalmente as diferenças entre as próprias respostas de perigo e suas alterações fisiológicas. De forma resumida,

(...) os níveis neurais mais inferiores do sistema (especialmente a substância cinzenta periaquedutal) controlam respostas de forma simples e imediata quando a distância de defesa é muito pequena (ameaça proximal). Na medida em que esta distância aumenta, estratégias de defesa mais complexas surgem e são controladas por níveis progressivamente superiores do sistema, com o córtex do cíngulo representando os níveis mais superiores (ameaça distal). A evitação ou esquiva defensiva ("medo") é controlada pela amígdala e pelo cíngulo anterior. A aproximação defensiva ("ansiedade") ocorre quando uma forte tendência de gratificação entra em conflito com a evitação – caracterizada por elevados índices de comportamento de avaliação de risco –, que é controlada pelo sistema septo-hipocámpal e pelo cíngulo posterior. (Mezzasalma, 2004, p. 204)

Barlow e Craske (1999) afirmam que, logo que uma forma de perigo é percebida ou antecipada, o cérebro envia mensagens aos nervos do sistema nervoso autônomo, composto por sistema nervoso simpático e sistema nervoso parassimpático.

De maneira bastante resumida, diz-se que o sistema nervoso simpático é aquele responsável por aparelhar o corpo para fornecer respostas a todas as ameaças percebidas, seja em forma de luta ou de fuga, a partir dos respondentes citados anteriormente – os chamados sintomas de ansiedade.

O sistema nervoso parassimpático, em contrapartida, fica responsável por reestabelecer o corpo em suas condições normais. Dado esse fato, é imprescindível afirmar, ainda segundo Barlow e Craske (1999), que a função da ansiedade é apenas a de proteger o organismo de possíveis danos, e não o de prejudicá-lo. Um exemplo disso pode ser visto no caso de uma pessoa que interrompe o atravessar

de uma rua em decorrência de um carro que se aproxima em alta velocidade, evitando, assim, que seja atropelada.

Brandão (2005), falando sobre as bases fisiológicas do comportamento, pode-se definir ansiedade como “um estado subjetivo de apreensão ou tensão, difuso ou vago, frequentemente acompanhado por uma ou mais sensações físicas, induzido pela expectativa de perigo, dor ou necessidade de um esforço especial”. (Brandão, 2005, p. 145)

Ainda segundo Brandão (2005), as bases anatômicas do comportamento emocional se encontram no sistema límbico, com foco especial para o hipotálamo. Ele diz que a estimulação desta área do cérebro pode produzir efeitos autonômicos, endócrinos e motores e esta estimulação pode influenciar o ser humano ainda que uma resposta de perigo não esteja necessariamente ocorrendo em determinado momento.

Baseado nisso, ao considerar a perspectiva evolutiva, pode-se dizer que o preparo do corpo para experimentar a ansiedade é filogenético, no entanto, a frequência, a intensidade e os estímulos que a disparam são selecionados pelas consequências das experiências de cada sujeito. E o estresse e compulsão estão justamente associados a isto.

Pesquisa de Lilenfeldt *et al* (1998) sugere que a bulimia nervosa está relacionada diretamente à sintomas de ansiedade, assim como a anorexia nervosa associada a sintomas depressivos. Em geral, os transtornos alimentares estão associados ao que chamamos de comorbidade, ou seja, quando um transtorno vem associado a algum outro – como foram os casos da bulimia e anorexia.

Para entender este processo, é necessário compreender de que forma a depressão também se impõe na vida do sujeito, assim como foi entendido o conceito de ansiedade anteriormente descrito.

## **2.2 Compreensão dos sintomas depressivos e sua relação com os transtornos alimentares**

Inúmeros estudos das áreas de psicologia, psiquiatria e, até mesmo, sociologia e antropologia vêm focalizando a depressão, pelo fato de ser uma doença que atinge um grande contingente da população, apesar dos grandes avanços em



termos de tratamento. Segundo Knapp (2004), a depressão é um dos transtornos psiquiátricos mais comuns, com distribuição universal, e constitui um grande problema de saúde pública.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, o grau de incapacitação devido aos transtornos depressivos é maior do que em outras doenças crônicas e recorrentes, como hipertensão, diabetes melito, artrite ou dor lombar crônica. Calcula-se que, até o ano 2020, a depressão será a segunda causa de incapacitação do mundo, atrás apenas da doença coronariana isquêmica. (PARIK & LAW, *apud* KNAPP, 2004, p. 169).

As causas apontadas pela depressão são inúmeras, entre elas, características comportamentais, culturas específicas, além de fatores biológicos e hereditários. Mas, afinal, quais são as características comportamentais que distinguem um indivíduo com humor depressivo, e outro considerado *normal*? E qual a sua relação com os transtornos alimentares? O Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR), editado pela American Psychiatric Association (2003), considera episódios depressivos dentro de vários diagnósticos diferentes. Dentre eles, o transtorno depressivo maior, episódio único ou recorrente – que será aprofundado nesta pesquisa –, o transtorno distímico, transtorno depressivo sem outra especificação, transtorno bipolar tipo I, transtorno bipolar tipo II, transtorno ciclotímico, transtorno bipolar sem outra especificação, transtorno do humor devido a uma condição médica geral, transtorno do humor induzido por substâncias, além do transtorno do humor sem outra especificação.

O transtorno depressivo maior, segundo a American Psychiatric Association (2003) tem características divididas em episódio único ou recorrente, que estão especificadas nas Tabelas 1 e 2, abaixo.

**Tabela 1 – Critérios Diagnósticos para F32.x - 296.2x Transtorno Depressivo Maior, Episódio Único.**

---

A. Presença de um único Episódio Depressivo Maior

---

B. O Episódio Depressivo Maior não é melhor explicado por um Transtorno Esquizoafetivo nem está sobreposto a Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme, Transtorno Delirante ou Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação.

---

---

C. Jamais houve um Episódio Maníaco (ver p. 317), um Episódio Misto (ver p. 319) ou um Episódio Hipomaníaco (ver p. 322). Nota: Esta exclusão não se aplica se todos os episódios tipo maníaco, tipo misto ou tipo hipomaníaco são induzidos por substância ou tratamento ou se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral

---

Especificar (para episódio atual ou mais recente):

Especificadores de Gravidade/Psicótico/de Remissão (ver p. 359).

Crônico.

Com Características Catatônicas.

Com Características Melancólicas.

Com Características Atípicas.

Com Início no Pós-Parto.

---

**Fonte: American Psychiatric Association, 2003.**

## **Tabela 2 – Critérios Diagnósticos para F33.x - 296.3x Transtorno Depressivo Maior, Recorrente.**

---

A. Presença de dois ou mais Episódios Depressivos Maiores

---

Nota: Para serem considerados episódios distintos, deve haver um intervalo de pelo menos 2 meses consecutivos durante os quais não são satisfeitos os critérios para Episódio Depressivo Maior

---

B. Os Episódios Depressivos Maiores não são melhor explicados por Transtorno Esquizoafetivo nem estão sobrepostos a Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme, Transtorno Delirante ou Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação.

---

C. Jamais houve um Episódio Maníaco, um Episódio Misto ou um Episódio Hipomaníaco. Nota: Esta exclusão não se aplica se todos os episódios tipo maníaco, tipo misto ou tipo hipomaníaco são induzidos por substância ou tratamento ou se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral.

---

Especificar (para episódio atual ou mais recente): Especificadores de Gravidade/Psicótico/de Remissão. Crônico. Com Característica Catatônicas. Com Características Melancólicas. Com Características Atípicas. Com Início no Pós-Parto.

---

---

Especificar: Especificadores Longitudinais de Curso (Com e Sem Recuperação Entre Episódios). Com Padrão Sazonal.

---

**Fonte: American Psychiatric Association, 2003.**

Ainda segundo a American Psychiatric Association (2003), a característica essencial do Transtorno Depressivo Maior é um curso clínico caracterizado por um ou mais Episódios Depressivos Maiores, sem história de Episódios Maníacos, Mistos ou Hipomaníacos (Critérios A e C).

As explicações relacionadas à etiologia desses sintomas, segundo a psiquiatria biológica, estariam em anormalidades funcionais em neurotransmissores cerebrais. As explicações podem estar concentradas, ainda, na maneira como o sujeito entende e cria distorções cognitivas frente a determinados eventos sucessivos – o que se intensifica e auxilia na manutenção do transtorno.

A relação da ansiedade e da depressão com os transtornos alimentares – em especial à bulimia – é, portanto, clara e direta, já que o sujeito passa a apresentar comportamentos compulsivos como estratégia de *coping* (ou seja, de enfrentamento) para lidar com tais sintomas.

Appolinario & Claudino (2000) afirmam que

como na AN, parece haver uma ocorrência aumentada de transtornos do humor e de transtornos de ansiedade em pacientes com BN. Assim, um grande número de pacientes com BN (46% a 89%) evidencia um transtorno depressivo associado em algum momento de sua evolução clínica. Particular atenção deve ser dada a ocorrência de transtornos de personalidade e de abuso de substâncias no diagnóstico das pacientes com BN. O abuso de álcool e de psicoestimulantes são descritos, mas também podemos encontrar o abuso múltiplo de substâncias. (APPOLINARIO & CLAUDINO, 2000, p. 29)

Comorbidade entre transtornos alimentares e de personalidade também é comum. Ao falar sobre os TA, Rastam (1992) relata que

traços como obsessividade, perfeccionismo, passividade e introversão são comuns em pacientes com anorexia nervosa (AN) e permanecem estáveis mesmo após a recuperação do peso. As características de personalidade da bulimia nervosa (BN) são diferentes: sociabilidade, comportamento gregário, comportamentos de risco e impulsividade. (RASTAM, 1992, p. 823)

Obviamente, a ideia não é estigmatizar, mas compreender a raiz profunda das problemáticas e comportamentos associados aos transtornos alimentares, em especial bulimia nervosa, é essencial para que uma compreensão global e multifatorial seja feita e que novas estratégias terapêuticas possam se desenvolver a partir disto.

### 3 BULIMIA NERVOSA E AS EMOÇÕES NÃO-FALADAS

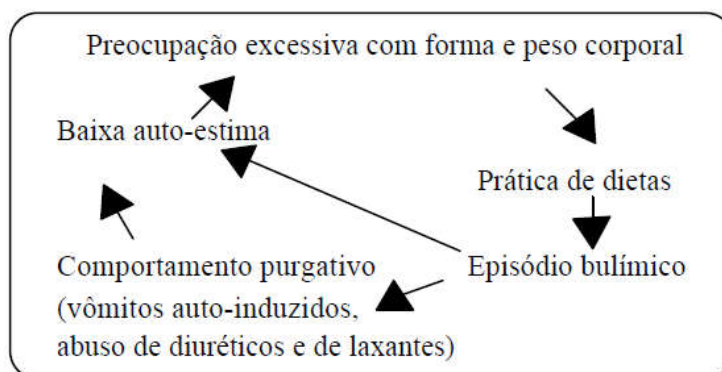
Conforme exposto anteriormente, os transtornos alimentares estão largamente associados aos transtornos do espectro depressivo e de ansiedade, o que torna seu tratamento ainda mais complexo.

No caso da bulimia, é necessário entender um pouco sobre sua conceituação para que se possa promover uma compreensão mais apurada das reais causas das comorbidades encontradas. Segundo Guimaraes e Cordás (2002),

a bulimia nervosa é um transtorno psiquiátrico caracterizado pelo rápido consumo de grande quantidade de alimentos em um período limitado de tempo, de forma descontrolada. Este sintoma é designado em inglês como binge-eating, traduzido como “episódios bulímicos” por Cordás (1995). Foi descrito pela primeira vez por Russell (1979) e se pensava na época que fosse uma variante da anorexia nervosa, o que de fato não se comprovou. (GUIMARÃES & CORDÁS, 2002, p. 150)

Estes comportamentos estão diretamente associados a comportamentos compensatórios que podem ser vômitos, uso abusivo de laxativos, diuréticos e moderadores de apetite, além da existência de exercícios compulsivos numa espécie de preocupação acentuada com a imagem corporal.

Na figura a seguir é possível entender como o comportamento bulímico acontece. Basicamente, a baixa auto-estima associada a uma preocupação excessiva com forma e peso corporal dão lugar à prática de dietas exageradas, que levam o sujeito a um episódio bulímico normalmente após um período de privação alimentar muito grande. Após este episódio, o sujeito busca um comportamento purgativo que irá gerar o ciclo vicioso novamente.



Nunes (2008) afirma que a bulimia é um transtorno relativamente recente, sendo os primeiros estudos datados de apenas algumas décadas atrás. Segundo a autora, os estudos também focalizam em sua grande maioria, a questão do tratamento, mas muito pouco se fala sobre as causas e o que se encontra por trás do comportamento compulsivo associado à doença.

Além disso, Nunes (2008) também reflete sobre a questão da comorbidade, afirmando que a existência de uma comorbidade reduz as chances de efetividade no tratamento (totalizando apenas 13%). Em contrapartida, cerca de 93% dos pacientes com maior taxa de recuperação se referem aqueles que se encontram em tratamento ambulatorial. Nesse mesmo estudo, a autora também enfatiza a questão da remissão dos sintomas que, segundo ela, parece ocorrer ainda que os pacientes não se encontrem em tratamento efetivo.

É importante notar, aqui, que o ciclo bulímico pode ser perpetuar por muito tempo e o transtorno em si é denominado pelos seguintes sintomas, de acordo com o Manual de transtornos psiquiátricos DSM-V e o CID-10:

- 
- A. Episódios recorrentes de compulsão alimentar (excesso alimentar + perda de controle)
  - B. Episódios recorrentes de hiperfagia (duas vezes/semana por três meses), preocupação persistente com o comer e desejo irresistível de comida
  - C. Métodos compensatórios para prevenção de ganho de peso: indução de vômitos, uso de laxantes, diuréticos, enemas, jejum, exercícios excessivos ou outros
  - D. Uso de métodos compensatórios para neutralizar ingestão calórica: vômitos, abuso de laxantes, jejuns ou uso de drogas (anorexígenos, hormônios ou outros tireoidianos ou diuréticos)\*
  - E. Uso de métodos compensatórios para neutralizar ingestão calórica: vômitos,
  - F. \*Frequência dos episódios compulsivos e compensatórios: em média pelo menos
  - G. Medo de engordar que leva a busca de um peso abaixo do limiar ótimo ou duas vezes/semana por três meses saudável
  - H. Influência indevida do peso/forma corporal sobre a auto-avaliação
  - I. \*diabéticas podem negligenciar o tratamento insulínico (evitando a absorção da glicose sanguínea)

**Diagnóstico de AN ausente**

**Subtipos:**

---

- 
1. Purgativo – vômitos induzidos, abuso de laxantes, diuréticos ou enemas
  2. Não-purgativo – apenas jejum e exercícios para compensar ingestão calórica
- 

Como é possível notar, os sintomas do transtorno giram em torno de atividades compensatórias que estão altamente relacionadas com a ansiedade gerada no momento em que a compulsão alimentar se apresenta. Além disso, também é possível notar comportamentos depressivos no momento em que a baixa autoestima se instaura um pouco antes da obsessão com a beleza corporal e o medo mórbido de engordar que se apresenta em seguida.

Vários estudos demonstraram a excessiva preocupação com o peso e a forma corporal na BN, aspectos que gerariam comportamentos inadequados para controlar o peso (descritos em ambas as classificações). Garfinkel et al consideram a necessidade de futuras alterações no critério para incluir o conceito de “insatisfação com o corpo”; tal aspecto envolveria a dimensão afetiva negativa ligada à imagem corporal e as deficiências na regulação da auto-estima - aspectos que parecem estar subjacentes ao julgamento excessivamente baseado no corpo que fazem de si mesmas. (CLAUDINO & BORGES, 2002)

Mas a questão que se impõe no que diz respeito ao entendimento da causa, da raiz das problemáticas alimentares, em especial a bulimia, é justamente por que razão o sujeito impõe um julgamento tão excessivo sob ele mesmo e por que a atividade purgatória se perpetua no que a abordagem psicanalítica irá denominar de sofrimento narcísico. Neste ponto, é importante entender como o sofrimento narcísico se impõe para o sujeito que se encontra neste ciclo.

Quando Freud levanta a questão da perda da realidade na neurose e na psicose, em seu texto datado de 1924, ele diz que o aparelho psíquico é alimentado pelo afeto investido nas representações, afeto esse que conhecemos por libido. As representações de coisas são aquelas que se encontram como registros no sistema inconsciente. O Investimento energético das representações que as coisas ganham no aparelho psíquico, somado ao investimento das representações de palavras, resultam nas representações dos objetos.

Freud (1917|1969) nos leva a acreditar que há um super investimento nas representações de palavras como forma de suprir a não inscrição das representações das coisas no inconsciente. Desse modo, o conteúdo aflitivo na neurose é recalçado e retorna sob forma de sintoma, ou seja, as exigências pulsionais recalçadas são substituídas pela fantasia inconsciente.

Neste contexto, também se faz presente a questão da melancolia, onde existe uma perda desconhecida. Por mais que exista uma perda real, ela não é reconhecida por esse sujeito, o que traz uma profunda sensação de depressão, como no caso da comorbidade entre TA e Depressão. Há um desinteresse, uma incapacidade de produzir, de amar e uma diminuição da autoestima, a ponto de recair sobre ele mesmo ofensas e punições. Há então uma inibição, um enorme empobrecimento do eu:

O doente descreve seu Eu como indigno, incapaz e desprezível, recrimina e insulta a si mesmo, espera rejeição e castigo. Degrada-se diante dos outros; tem pena de seus familiares, por serem ligados a alguém tão indigno. Não julga que lhe sucedeu uma mudança, e estende sua autocrítica ao passado; afirma que jamais foi melhor. O quadro desse delírio de pequenez - predominantemente moral - é completado com insônias, recusa de alimentação e uma psicologicamente notável superação do instinto que faz todo vivente se apegar à vida. (FREUD, 1917|1969, p. 176)

Tal contexto é claramente observado na fase do ciclo bulímico onde o sujeito possui uma profunda preocupação com sua imagem corporal e sua auto-estima passa a ficar intensamente comprometida.

Na melancolia presente no contexto da Bulimia Nervosa, o sujeito perdeu algo: o seu amor próprio. Na perspectiva psicanalítica isso ocorre pelo fato de ter havido um investimento inadequado nas etapas mais primitivas da vida do sujeito. Se todo ser humano depende de um outro ou de mais de um outro para se constituir, vemos que as dificuldades vividas nos primeiros anos onde o aparelho psíquico está em formação se desdobram e produzem prejuízos na sua constituição psíquica. A característica observada de autopunição e baixa autoestima são consequências desses fatores, pois vivencia uma exigência de trabalho interno que consome seu eu. Assim tendo havido uma perda do seu próprio eu, com comprometimento de sua consciência moral, a censura da consciência e o exame da realidade as principais constituições do eu.



Assim, verificamos que, nesse quadro, o sujeito encontra-se insatisfeito com o próprio eu, com sua aparência, com sua posição social. Daí suas críticas a si mesmo, ou seja, ao objeto amoroso, que se voltaram para o próprio eu:

Havia uma escolha desse objeto, uma ligação da libido a certa pessoa; por influência de uma real ofensa ou decepção vinda da pessoa amada. Ocorreu um abalo nessa relação de objeto. O resultado não foi normal - a libido ser retirada deste objeto e deslocada para um novo. O investimento objetal demonstrou ser pouco resistente, foi cancelado, mas a libido livre não foi deslocada para outro objeto e sim recuada para o EU. (FREUD, 1917|1969, p. 181)

Diz-se, portanto, que o sujeito bulímico está vomitando a dor e as palavras que não consegue representar. O motivo da dor de existir em estado puro, da angústia profunda, advém do fato de que esses sujeitos, diferente dos sujeitos neuróticos, não contam com o recurso de identificar, dar sentido à sua vida no desejo do Outro:

O que tudo indica é que nessa carência de ser no Outro, ser sob o significante fálico, o melancólico diz de uma culpabilidade que não é relativa à insuficiência do gozo, mas ao injustificado da vida, do gozo da vida. (FERRARI, 2006, p. 8)

Quando a teoria freudiana fala, de forma simplificada sobre o sujeito melancólico, é possível entender que ele trata o gozo pela via do castigo e da culpabilidade, já que existe o triunfo do objeto que o movimenta em um querer ser ninguém. Mas de onde vem toda essa angústia, que não está somente presente na organização melancólica? Quando em *Além do Princípio de Prazer* Freud fala que “o objetivo da vida é a morte, e voltando o olhar para trás, que as coisas inanimadas existiram antes das vivas” (FREUD, 1920|2006, p.49), isso significa dizer que a meta da vida é propriamente a morte, e que há sempre um movimento do orgânico em direção ao inorgânico.

O organismo humano é, no início da vida, inexperiente na promoção dessa ação, que deve ser efetuada por meio de outra pessoa, quando a atenção de um outro é atraída pelo grito do bebê. O grito adquire, de tal forma, a função de comunicação, na medida em que um outro ser humano pode interpretá-lo com necessidade a ser satisfeita ou demanda a ser respondida.

Freud supõe a situação em que um outro seja o objeto da percepção do sujeito. Esse objeto interessa porque é, ao mesmo tempo, o primeiro objeto de satisfação, o primeiro objeto hostil e o único que pode auxiliar no processo de construção simbólica.

O que se entende sobre a bulimia, aqui, é justamente a questão da dificuldade da significação e elaboração do processo bulímico. Diz-se que o que o sujeito não consegue elaborar é eliminado de alguma maneira através do processo purgatório, pois este poderia ser entendido como uma expressão da ambivalência vivida pelo sujeito em relação e seus objetos primordiais.

Segundo Kelner (2004),

Tanto os anoréticos, como os bulímicos, colocam o problema da imagem do corpo em questão. Schilder, em 1935, concebeu a imagem do corpo como algo mais que um modelo postural, surgindo de mudanças de posição, mas representando um modelo integrado de todas as experiências orgânicas e psíquicas. O autor destacou a importância da variante mobilidade neste conceito – através dos movimentos variados, se percebe a imagem do corpo. É de notar a inatividade, tão característica do obeso, relacionada à grave perturbação de seu conceito corporal. (KELNER, 2004, p. 35)

A imagem corporal e narcisismo são sem dúvida as mais claras preocupações dos sujeitos bulímicos. As comorbidades são comuns pela mistura de emoções envolvidas em todo o ciclo. No entanto, a psicanálise irá enfatizar justamente a questão do narcisismo e melancolia, como citado anteriormente, como principais envolvidos no quadro bulímico. Segundo Mello Neto (2006), Freud descreveu a recusa à alimentação como um dos sintomas presentes em suas pacientes histéricas, bem como relacionou a bulimia à neurose de angústia. Esse mesmo autor apresenta a teoria de Bleichmar (2000), a partir do estudo de diversos autores acerca da anorexia e bulimia, caracterizando o quadro da seguinte maneira: são pessoas, principalmente do sexo feminino, motivadas a buscar, acima de todas as coisas, um corpo esbelto, a fim de cobrir um desequilíbrio narcisista, adotando procedimentos extremos para tanto e apresentando como sintomas a perda de peso, alteração da imagem corporal e desnutrição. Quando a anorexia se apresenta em homens, continua a autora, haverá fortes conflitos relacionados à identidade sexual e homossexualidade. E não é raro que os episódios de anorexia se alternem com os de bulimia. (MELLO NETO *et al*, 2006, p. 103)

### 3.1 Um recorte na questão das emoções: estudo de caso

A questão da bulimia ser frequentemente relacionada a questões emocionais pode ser claramente compreendida através de um caso atendido por mim no Serviço de Psicologia Aplicada da PUC-RJ entre setembro de 2018 e maio de 2019.

Mais especificamente, a interessada estava em atendimento desde do 28/08/2018, onde relatava vômitos constantes, e ingestão de alimentos selecionados em poucas quantidades, dando preferência pelos líquidos e pastosos, explicando que era pelo medo dos constantes vômitos e pensando ter relação com a cirurgia de vesícula.

A paciente chegou com a queixa de vômitos recorrentes, na qual já havia passado por baterias de exames e diversas especialidades médicas, porém nenhum obteve um diagnóstico *orgânico*, resolveu procurar um ajuda psicológica, indo a duas psicólogas; sendo que a segunda profissional a indicou aos atendimentos na instituição PUC, ter assistido a uma palestra onde foi apresentado a especialidade de transtornos alimentares e fica sabendo que havia ali um serviço especializado.

Desde a primeira sessão, a paciente apresentava evolução, uma vez que seus vômitos começaram a escassear, permitindo que ela pudesse comer alimentos variáveis de texturas, intensidades diferentes, além de passar a frequentar restaurantes e lugares públicos.

Os atendimentos, seguiam de acordo com as discussões realizadas semanalmente pela especialização, tal como discutido nas supervisões. Concluo por hora, apresentando uma hipótese diagnóstica, de ser uma possível histeria, tendo como gatilhos emoções reprimidas e falta de afetividade familiar, invasão e tentativa de controle de sua vida movida por figuras maternas.

Retomo aqui a tentativa de alinhavo com as teorias disponíveis, apesar dessa construção diagnóstica não ser fácil. Bleichmar (2000) e Zirlinger (1996) afirmam que a anorexia e a bulimia são manifestações atuais da histeria de conversão. Histeria e tais transtornos se aproximam, segundo a primeira autora, pois predominam no universo feminino, tem o corpo como palco, começam na adolescência, são caracterizadas por repressão, restrição ou renúncia a desejos e

prazeres básicos, havendo manipulação interpessoal (tentativa de atrair atenção dos demais através de sua enfermidade), e possuem caráter de ‘epidemias’ e de ‘contágio’ – aspecto também mencionado pela segunda autora. (NETO *et al*, 2006, p. 104)

O início dos sintomas da paciente acima foi justamente durante a fase da adolescência, segundo a qual, Neto *et al* (2006) afirmam ser um momento traumático onde “a moça recorreu à anorexia e/ou bulimia pela ineficiência em elaborar os conteúdos provenientes desta fase. (...) Freud vinculou tais sintomas à neurose de angústia.” (NETO *et al*, 2006, p. 105)

Quando a paciente relatou o aparecimento dos sintomas como algo orgânico, notamos a necessidade de racionalizar o que não poderia ser ressignificado por ela. No entanto, era justamente pela falta de discurso, pela falta de comunicação entre ela e sua mãe, que os sintomas começaram a aparecer – como uma maneira dela mostrar em ato o que não conseguia dizer em palavras.

Ainda segundo Neto *et al* (2006),

como é bem sabido em psicanálise, os filhos, de algum modo, representam as projeções narcísicas de seus pais. A prole, mesmo antes de nascer, já é definida pelo discurso dos pais. Estes planejam características físicas, morais, amorosas, enfim, traçam, na fantasia, todo um projeto de vida para seus filhos como representantes dos seus próprios desejos e, principalmente, como os encarregados de anular antigas frustrações. Sendo assim, muito antes da criança nascer ela ocupa um lugar pré-estabelecido pelo Outro. É aqui que pensamos na mãe e suas controversas relações com a paciente que sofre de anorexia ou bulimia. Como primeiro objeto de amor, a mãe parece dispor apenas de um lugar para sua filha: convida-a a ser o seu falo. (NETO *et al*, 2006, p. 110)

Foi justamente o que ocorreu com a paciente em questão. Seu relacionamento com a mãe era conturbado e dotado de significados difíceis de serem expostos em palavras. A mãe, aqui, tinha extrema dificuldade em deixar sua filha viver sua vida de forma desgarrada, pois ainda a via como um falo seu. Farias & Lima (2004), ao enfatizarem a relação mãe criança, afirmam que

Para a mãe, a criança, longe de ser apenas a criança, é também o falo. Ao tomar este valor de falo, ela se identifica com o significante do desejo materno. Resta saber de que modo a criança vai se instalar na relação da mãe com sua falta-a-ter do falo. Como a criança vai se engajar, se introduzir e se substituir ao apetite materno pelo falo faltoso. Para Lacan, há uma

diferença significativa se a criança ocupa o lugar de metáfora do amor da mãe pelo pai ou se ela funciona como a metonímia do desejo materno pelo falo. (FARIAS & LIMA, 2004, p. 15)

Além disso, a falta de comunicação e todas as emoções que não eram faladas por ambas, foi criando essas ressignificações feitas pela paciente, que precisava vomitar as palavras não ditas por ela e sua mãe.

Aí nasceria, supomos, a relação entre os distúrbios alimentares e a histeria, mas tratar-se-ia de uma histeria da mãe que não aceita a castração e, desesperadamente, aprisiona sua filha numa imagem fálica à qual ela corresponde com a sua total desfeminização. Seria nesse processo que o pai entra em cena, apenas como um modelo fálico para identificação, mas apenas de um atributo com que a menina tenta se confundir. Assim temos os efeitos que o emagrecimento vai ocasionar, tal como aponta André (1996): aos poucos, retira as formas femininas do corpo, logo, a há suspensão da menstruação, que é outro dado revelador sobre a desfeminização do corpo, pois isso indica também que não haverá a possibilidade de gerar filhos. Finalmente, e em estágios mais avançados, o que é o que corpo da anoréxica coloca em evidência, senão sinais muito fálicos, como seus ossos protuberantes e um corpo sem forma? Talvez esse resultado deixe, de fato, o corpo como um falo que a aproxima do pai na representação fálica, e isso principalmente para poder se colocar no lugar da falta para a mãe. (NETO *et al*, 2006, p. 110)

Durante todo o processo de atendimento, a paciente demonstrava claras dificuldades em lidar com situações de ansiedade e de relacionamentos conflituosos. A incapacidade dela de colocar em palavras o que sentia era clara e a cura pela palavra, dada pela análise, foi de extrema importância para a paciente.

O caso atendido por mim foi de suma importância para uma maior compreensão das causas de uma patologia que demonstra em forma de sintomas corporais uma dificuldade que vai muito além de sensações físicas. É importante entender como uma teoria generalista e multifatorial sobre um assunto pode facilitar o entendimento e a perspectiva de cura do paciente.

## **Conclusão**

Conforme o objetivo proposto, a pesquisa pretendeu investigar os diversos aspectos envolvidos nos Transtornos Alimentares, dando especial atenção às predisposições genéticas, socioculturais e vulnerabilidades biológicas e psicológicas. Vimos, que os fatores predisponentes, e mantenedores são múltiplos e é difícil chegar-se a um consenso no que diz respeito a raiz exata do problema e como ele se perpetua, no entanto, um caso clínico ilustrativo trouxe algumas noções sobre o assunto.

A pesquisa foi desenvolvida de maneira a abordar o caráter generalista de entendimento sobre os transtornos alimentares – em especial a bulimia. A ideia foi de trazer conceitos psicanalíticos e da teoria comportamental que pudessem fornecer uma compreensão mais abrangente sobre o assunto para que os profissionais da área não fiquem fechados a uma só abordagem no sentido de compreender o ser humano e suas dificuldades.

Foi possível concluir, com base em todas as questões estudadas, que os sintomas de transtornos alimentares podem surgir de forma relativamente rápida e muitas vezes sem uma explicação clara. No entanto, uma análise mais aprofundada da vida do paciente além de um entendimento de suas problemáticas é de fundamental importância para caracterizar os fatores predisponentes e, principalmente, mantenedores do transtorno, numa tentativa de promover terapêuticas eficientes.

A produção de conhecimento aqui registrada tornou-se um referencial no meu percurso acadêmico para o que se trata efetivamente ser uma problemática multifatorial. Assim, os resultados encontrados ao longo dessa pesquisa nos oferecem informações acerca da relação entre transtornos alimentares, ansiedade, depressão e do aprofundamento relacionado à dificuldade de se colocar problemáticas psíquicas em palavras. Como muitas pesquisas apontam para a relação entre transtornos alimentares e ansiedade, falar sobre o assunto continua sendo de extrema importância para o trabalho dentro da perspectiva da Psicologia e áreas afins.

Acredito ser fundamental importância a continuidade de pesquisas nesta área, pois, ainda que os profissionais de saúde, saúde mental, e a família envolvida tenham um papel ativo a desempenhar no que diz respeito à conscientização e

educação para o tema proposto. Por fim, aspectos mais detalhados sobre o assunto podem ser estudados e os conceitos devem sempre ser melhor delimitados de forma a aprofundar o contexto em questão, de modo, então, para que as práticas psicoterápicas possam ser mais eficazes como suporte psíquico para o sujeito. Sugerimos, então, que essa seja a meta para a nossa próxima pesquisa, provavelmente em um curso de especialização stricto sensu.

## Referências

- APPOLINARIO, J. C.; CLAUDINO, A. M. *Transtornos alimentares*. (2000) RevBras Psiquiatr. 22(Supl II):28-31.
- BARLOW, D. H.; CRASLE, M. G. *Transtorno do pânico e agorafobia*. In: Barlow, D. H. (Org.). *Manual clínico dos transtornos psicológicos*. (1999) Porto Alegre: Artmed.
- BAUM, W. M. *Compreender o behaviorismo: comportamento, cultura e evolução*. (2006) 2. ed. Porto Alegre: Artmed.
- BEE, H; BOYD, D. *A criança em desenvolvimento*. (2011) 12. ed. Porto Alegre: Artmed.
- BRANDÃO, M. L. *Psicofisiologia: as bases fisiológicas do comportamento*. (2005) São Paulo: Atheneu.
- BRANDÃO, M. L.; GRAEFF F. G. *Neurobiologia dos Transtornos Mentais* (2014). São Paulo: Editora Atheneu.
- CLAUDINO, A. M.; BORGES, M. B. F. *Critérios diagnósticos para os Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução*. RevBrasPsiquiatr 2002;24(Supl III):7-12
- FARIAS, C. N. F.; LIMA G. G. *A relação mãe criança: esboço de um percurso na teoria psicanalítica*. Estilos clín. v.9 n.16 São Paulo jun. 2004
- FERRARI, I. F. *Melancolia: Freud e Lacan, a dor de existir*. Revista Latin American Journal of Fundamental Psychopathology on line, VI, p. 105-115. Disponível em: <<<http://www.fundamentalpsychopathology.org/journal/mai6/8.pdf>>>. Acesso em: 30 sep. 2019.
- FREUD, S. *Além do princípio do prazer*. (1920) Obras Completas Psicológicas Completas de Sigmund Freud. v.18. Rio de Janeiro: Imago, 2006.
- \_\_\_\_\_. *A perda da realidade na neurose e na psicose*. (1924) Obras Completas Psicológicas Completas de Sigmund Freud. v.19. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- \_\_\_\_\_. *História de uma neurose infantil, além do princípio do prazer e outros textos* (1917-1920). Obras Completas Psicológicas Completas de Sigmund Freud. v. 14. Rio de Janeiro: Imago, 1969.
- GRAFF, F. G. *Neuroanatomy and neurotransmitter regulation of defensive behaviors and related emotions in mammals*. (1994). Braz J MedBiol Res., v. 27, n. 4, pp. 811-29.
- GUIMARAES, D.B.S.; CORDAS,T.A. *Os tratamentos psicoterápicos da bulimia nervosa*. Rev. Psiq. Clín. 29 (3):150-157, 2002.



- KELNER, G. *Transtornos alimentares: um enfoque psicanalítico*. Estudos de Psicanálise. Belo Horizonte, n. 27, p. 33-44, 2004.
- KNAPP, P. et al.(Org.). *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica* (2004) Porto Alegre: Artmed.
- LE DOUX, J. *O cérebro emocional*. Os misteriosos alicerces da vida emocional. (1998). Rio de Janeiro: Objetiva.
- LILENFELD, LR, et al. *A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: psychiatric disorders in first-degree relatives and effects of proband comorbidity*. (1998) Arch Gen Psychiatry. 55(7):603-10.
- MELLO NETO, G. A. R. et al. *Anorexia e bulimia, suas interfaces com a histeria e o discurso psicanalítico*. Aletheia, (23), 101-111, 2006. Recuperado em 03 de outubro de 2019, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942006000200011&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942006000200011&lng=pt&tlng=pt).
- MEZZASALMA, M. A. *Neuroanatomia do transtorno de pânico*. (2004) RevBrasPsiquiatria, v. 26, n.3, pp. 202-6.
- MORGAN, C. M.; VECCHIATTI, I. R.; Negrão, A. B. *Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais*. (2002) RevBras Psiquiatria, 24(Supl III):18-23.
- NETO, G. A. R. M. et al. *Anorexia e bulimia, suas interfaces com a histeria e o discurso psicanalítico*. Aletheia, n.23, p.101-111, jan./jun. 2006.
- NUNES, M. A. *Transtornos alimentares e obesidade*. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- RASTAM, M. *Anorexia nervosa in 51 Swedish adolescents: premorbid problems and comorbidity*. (1992) J AmAcadChildAdolesc. Psychiatry. 31(5):819-29.
- ROLNIK, S. *Toxicômanos de identidade*. Subjetividade em tempos de globalização. In: LINS, D.(org.). Cadernos de subjetividade. Campinas: Papirus, 1997, p. 1.
- VIANA, M. B. *Freud e Darwin: ansiedade como sinal, uma resposta adaptativa ao perigo*. (2010) Nat. Hum., v. 12, n. 1, pp. 163-96.