

## ANOREXIA E BULIMIA: UMA REFLEXÃO PSICANALÍTICA

Gerusa Marcondes Pimentel de Abreu Lima  
(Universidade Estadual de Campinas - Campinas – SP)

### Resumo

Objetivou-se neste artigo refletir sobre a teoria psicanalítica dos transtornos alimentares e os seus efeitos no campo psíquico e subjetivo dos indivíduos doentes, evidenciando a anorexia e bulimia. Freud observou que as cobranças da realidade levam as crianças a entrarem em contato com a falta e com a perda, partindo desta perspectiva, o que se sobressai é a falta desse objeto. Nesse caso, a falta está relacionada à castração da mãe que levará a criança a prosseguir para o desenvolvimento de sua subjetividade e conseqüentemente, ao seu psiquismo. A angústia de perda é destruidora, pois se perde algo de que ela depende integralmente. Estes são um dos mecanismos apresentados as pacientes com transtornos alimentares.

**Palavras-chave:** Anorexia nervosa; Bulimia nervosa; Psicoterapia; Psicanálise.

### Abstract

#### Anorexia and Bulimia: A Psychoanalytic Reflection

The objective of this article was to reflect on the psychoanalytic theory of eating disorders on their effects in the psychic and subjective field of sick individuals, evidencing anorexia and bulimia. Freud considers that reality collections take children to get in touch with absence and loss, overcoming the lack of this object. On this case, the absence is related to the mother's castration, which will take the child to go further the development of the subjectivity and consequently, the self psyche. The anguish of loss is destructive, for it loses something on which it depends integrally. These are one of the mechanisms presented to patients with eating disorders

**Keywords:** Nervous anorexia; Nervous bulimia; Psychotherapy; Psychoanalysis.

### Introdução

O olhar psicanalítico a respeito da anorexia nervosa e da bulimia nos remete a uma discussão ampla do ponto de vista psicodinâmico, visto que vastas

pesquisas têm sido realizadas nesse âmbito. A literatura aponta diversos fatores para suas manifestações, tais como,

personalização, ou seja, a integração psique-soma e o próprio narcisismo, além é claro, de destacar sob sua perspectiva histórica (Cordás & Claudino, 2002; Lemos, 2004; Fernandes, 2007; Weinberg, 2010). No entanto, para a concretização desta reflexão, constituirá somente a sua relação com a psicanálise.

No ano de 1885, Charcot um neuropsiquiatra francês, observou a anorexia tão somente como um quadro de histeria e adota o método do isolamento ou afastamento, como procedimento de tratamento unicamente eficaz no transtorno da anorexia. As anoréxicas eram isoladas de suas famílias, permanecendo internadas nos hospitais, somente com a melhora do quadro é que podiam receber visitas de suas famílias. Charcot foi um dos pioneiros a analisar os conceitos de pensamentos que as anoréxicas apresentavam, tais como, das ideias fixas na obesidade, como sendo uma das causas categóricas da anorexia. Ao examinar uma de suas pacientes observou que ela havia prendido uma fita de cor rosa à cintura. Quando perguntou o motivo de tal fita, foi lhe respondido, que a fita rosa era usada como medida circunferencial, ainda mencionou que não gostaria de ficar gorda como sua mãe. Diante de tal análise, verificou-se que o medo de engordar foi

essencial nos estudos e na compreensão da anorexia. (Conde, 2007)

O conhecimento desse transtorno e sua relação no campo psicanalítico, principalmente, no que diz respeito ao seu entendimento teórico, bem como as terapias empregadas, continuam sendo alvo de grandes discussões. A psicanálise ressalta o reestabelecimento das origens e das implicações, tendo como objetivo apontar as bases fundamentais e as estruturas psicológicas em análise, bem como, a organização da estrutura psíquica predominantemente, e o seus modos de desenvolvimento (Fernandes, 2012).

A autora acima considera que a análise psicodinâmica, predomina intrinsecamente no significado do sintoma, comparando o modelo da histeria as pesquisas psicanalíticas, incluem como um dos objetivos de entender as funções das falhas narcísicas precoces ou mesmo traumáticas, visando o valor da reconstrução ou mesmo, da constituição de sentidos.

Freud em suas investigações vincula a anorexia por meio do modelo da histeria, reportando a seriedade da oralidade no desenvolvimento da sexualidade, sugere também que este transtorno esteja associado à melancolia. Já na bulimia, os conceitos teóricos são mais

raros. Não obstante, Freud, privilegia as adições, o conceito de neurose atual, bem como, as preparações teóricas em relação aos métodos de descarga da excitação pulsional, todos estes pressupostos podem levar a respeitáveis compreensões da bulimia (Fernandes, 2012).

Na literatura psicanalítica Freudiana no ano de 1893, foi encontrado somente um único relato de tratamento do transtorno de anorexia. A paciente era uma mulher em torno de seus vinte e trinta anos de idade, que após o nascimento do seu filho, começou a manifestar a doença. Logo nas primeiras duas semanas a mulher parou de alimentar o seu bebê, devido à carência de leite materno. Os mesmos sintomas se manifestaram com o nascimento do segundo filho, três anos depois. Como forma de tratamento foram realizadas três sessões de hipnose, levando a mãe a conseguir amamentar o seu bebê até o oitavo mês de idade. No entanto, com o nascimento do terceiro filho, a paciente volta a manifestar os mesmos sintomas. Dessa forma, sendo utilizados os mesmos recursos anteriores, a hipnose. Com esse procedimento a mulher conseguiu amamentar. (Freud, 1893-1895/1996)

Freud classificou esse episódio como “hystérique d’occasion” (Freud, 1886-1889/1996, p.165). Entretanto, a

estrutura psíquica melancólica descrita por Freud em outros textos, o mesmo referencia ao citar:

[...] quando há uma neurose presente uma neurose- e não estou me referindo explicitamente apenas à histeria, mas ao *status nervosus* em geral-, temos de supor a *presença primária* de uma tendência à depressão e à diminuição da autoconfiança, tal como as encontramos muito desenvolvidas e individualizadas na melancolia. (Freud, 1886-1889/ 1996, p.163)

Fernandes (2012) faz lembrar que Freud no trecho citado acima, menciona a depressão como sendo um código ou como a autora cita “*estatuto*”, primordial da estrutura neurótica. Em 1895, descreve e noticia o caso de Emmy von N., relatando os sintomas do transtorno de anorexia.

Os desenvolvimentos teóricos de Freud (1893-1895/1996) sobre a histeria apontam que a Sra. Emmy von N., manifestava uma doença histérica. Pontua que a anorexia retrata um exemplo de abulia, que são denominadas por inibições da vontade e incapacidade de agir. Descreve que a paciente comia muito pouco, em virtude de não gostar do sabor dos alimentos e, conseqüentemente, o ato de comer remetia a lembranças de aversão,

e essas lembranças que continham uma parcialidade de afeto, não poderia atenuar em nenhuma situação, visto que não se pode alimentar-se com repulsa e prazer ao mesmo tempo. Freud destaca que a antiga aversão ao ato de alimentar-se continuara inalterada, pois ela era obrigada a reprimir em ocasião, de livrar-se dela por reação.

Freud ainda descreve que em algum período da infância da Sra. Emmy von N. ela foi obrigada a comer comida fria, que na ocasião lhe era detestável, caso contrário, seria severamente castigada e também no passar dos anos havia sido proibida pelos irmãos de exteriorizar os seus afetos quando faziam suas refeições juntos. Nessa análise, Freud remete-se ao texto em que explana seus esclarecimentos psicológicos das paralisias histéricas (Freud, 1893-1895/1996). Freud chega à hipótese que tais paralisias teriam sua conjetura:

[...] na inacessibilidade a novas associações por parte de um grupo de representações vinculadas, digamos, a uma das extremidades do corpo; essa inacessibilidade associativa dependeria, por sua vez, do fato de a representação do membro paralisado estar ligada à lembrança do trauma uma lembrança carregada de afeto que não fora descarregado. Mostrei, a

partir de exemplos extraídos da vida cotidiana, que uma catexia como essa, de uma representação cujo afeto não foi decomposto, envolve sempre certa dose de inacessibilidade associativa e de incompatibilidade com novas catexias. (Freud, 1893-1895/1996, p.119).

Freud (1893-1895/1996), no entanto, não obtém conclusões totalmente válidas, utilizando o método hipnótico, relacionados à teoria sobre as paralisias motoras na paciente, contudo, corrobora ao mencionar que a anorexia da Sra. von N. é o mesmo mecanismo que atua em determinadas abulias, e considera que as abulias são na verdade, uma condição determinada de paralisia psíquica. Freud explora a condição psíquica da Sra. von N em dois pontos: em relação aos afetos aflitivos associados as suas vivências traumáticas, estes por sua vez tinham permanecido indecompostos, primeiramente, pela sua depressão, pelo falecimento do marido, o ressentimento pelos ataques efetuados pelos parentes deles, pelo medo em relação às vivências assustadoras e, sobretudo, pela repulsa alimentar. Segundo a memória da Sra. von N. expunha uma presteza que ora facilmente, em outra reação a uma determinada excitação atual. Assim trazia a

tona os seus traumas e afetos concomitantes, até sua consciência no momento. Freud conduzia o tratamento embasando, sobretudo, na agilidade de suas lembranças, com o intuito de resolver e acabar com as lembranças patológicas.

Seguindo o conceito freudiano da histeria com a anorexia nervosa, Dolto (2004) descreve que na mulher há uma libido frustrada, que se remete por meio de dramas exagerados que a paralisam, levando o seu marido ou companheiro a terem a culpa de não a satisfazerem sexualmente. No entanto, a própria histérica vivencia alguma coisa relacionado ao orgasmo inconsciente. A autora apresenta da seguinte forma:

[...] ela tem uma economia libidinal que desemboca, na ocasião das crises, em uma descarga nervosa inconsciente, seguida de bem-estar, como em um orgasmo. É a vida interindividual, a vida de relação que o histérico entrava, através, seja do bom andamento de seu casal, seja através de suas relações de trabalho; enquanto que o psicossomático não entrava o bom andamento das relações afetivas que tem com os outros, para ele, o objeto da manipulação, pelo estado crônico de um doente, de toda forma de um

traste velho, se não verdadeiramente preocupante (Dolto, 2004, p.297-298).

A autora descreve a histeria como uma batalha idealizada entre duas pessoas, do qual ele emite sinais de anseios ou intimida-se perante a ela, todo esse processo é inconsciente, há um contentamento em um fato real que infelizmente, o individuo não sabe abafar ou conter de outra forma. Um exemplo, citado por Freud foi o caso de paralisia histérica do braço de uma moça, seu irmão quebrou a perna e havia um amigo que vinha frequentemente visitá-lo devido ao acontecido. A moça cativou-se em segredo pelo rapaz, quando o irmão se curou, logo o amigo não necessitaria vir visitá-lo. No entanto, aspirava rever o rapaz, porém, não podia manifestar essa vontade a si mesma, muito menos verbaliza-lo, inconscientemente tinha paralisado o seu braço para de alguma forma copiar o seu irmão, ou seja, havia um gesso imaginário, havia uma verdade mágica inconsciente de que se o braço estivesse paralisado, o rapaz voltaria a sua casa.

Somente com a hipnose, Freud conseguiu ter acesso ao seu inconsciente e saber os motivos da paralisia. Freud percebeu que a jovem não tinha a verdadeira compreensão do que estava acontecendo em estado de vigília. É

somente no sono hipnótico, que o indivíduo está atilado, no que diz respeito ao seu “EU”; a paciente de Freud em transe hipnótico sabia do seu real desejo e o que significava o seu braço paralisado. Nesse caso, o “EU” visto ajustado a verbalização em seu ambiente, não permite acessibilidade ao significante do desejo real, isto acontece, devido às resistências que se desenvolvem no sujeito e, conseqüentemente, interferem no olhar sobre a questão. Freud percebeu que diante dos déficits emocionais narcísicos que era complicado e ainda prejudicial tornarem aparente para a analisanda os reais significados de sua histeria. Freud concluiu que poderia levar a traumas, por isso, considerou conveniente ser muito mais ponderável trabalhar com as próprias resistências do indivíduo, do que revelar o desejo real manifestado pelo seu inconsciente no sono hipnótico. (Dolto, 2004)

Dolto (2004) faz referências importantes no que diz respeito ao enfoque da anorexia e bulimia no quadro psicanalítico. A autora considera que esses transtornos, como já mencionados anteriormente, são muito mais frequentes em mulheres do que em homens no período da adolescência. São descritos como sintomas que tem proeminências

segundo a autora, no desenvolvimento libidinal, mais precisamente, na castração primária, que infelizmente, não foi amparada como deveria ser pedagogicamente pela mãe.

A autora no que se refere ao sexo feminino articula que a bulimia se manifesta nas mudanças púberes e somente depois, que a anorexia prevalece. Visto que provém dos acontecimentos seguindo a concepção, de que as pulsões genitais da menina voltam para uma composição/organização econômica lembrando as pulsões orais. Na ocasião do desmame, as pulsões orais associadas à vontade do seio, nesse caso, a autora faz referência, não a falta do leite materno, mas, ao anseio do seio como objeto parcial da mãe, as crianças segundo essa teoria podem ter permanecido recalçadas, devido a não ocorrência de simbolização na relação de indivíduos destinados ao prazer, entre o bebezinho do sexo feminino e sua mãe, prontamente tenha ocorrido à substituição do interesse tátil e do paladar do seio materno em analogia a boca do bebê menina. O prazer sentindo pelo bebê com a sua genitora, juntamente com o desejo sexual em seu contexto geral, destacam-se nas meninas que ficam anoréxicas, sobretudo, recalçadas sem

constituírem mudanças em suas relações “inter-humanas” com a mãe e as mulheres.

Para melhor retratar a anorexia como sintoma de uma histeria, Bucarechi (2003) define que o desenvolvimento psíquico do indivíduo acontece ainda no útero. Há uma imagem ou figura constituída pela mãe do bebê e por meio do seu narcisismo e também dos investimentos libidinais, beneficia a construção de uma identificação fantasiosa ou imaginária que no futuro é imprescindível no estágio do espelho. A primeira experiência de grande representação simbólica para o bebê é sem dúvida alguma, a amamentação. Neste momento, ao mamar, ele sente-se aliviado. Quando a fome volta (no entanto, ele não tem representação do que é a fome) a sua tensão ressurgue e ele revive a tensão, assinalada pelo desespero e angústia extrema. “A vivência desta primeira experiência de prazer é segundo Freud, a matriz do desejo, ainda que de uma forma rudimentar”. (Bucarechi, 2003, p.30)

A autora pontua que segundo a teoria psicanalítica freudiana, a constituição psíquica do eu, têm suas ascendências em determinadas percepções que não decorrem do mundo externo, mas do mundo inter-humano, como já mencionado por Dolto (2004). É somente

no estágio do espelho, que ocorrerá a identificação imaginária de si mesmo, tendo como princípio o narcisismo primário. Isso somente poderá acontecer na relação de dependência de outro, ou seja, a mãe. A figura materna agirá como um espelho, esta por sua vez, refletirá a imagem da criança em sua totalidade (Bucarechi, 2003).

Bucarechi (2003) corrobora na leitura psicanalítica que dessa forma, Freud observou que as cobranças da realidade levam os infantes a entrarem em contato com a falta e com a perda, nesse ponto o que se sobressai é a falta desse objeto. Nesse caso, a falta está relacionada à castração da mãe que levará a criança a prosseguir para o desenvolvimento de sua subjetividade e conseqüentemente, ao seu psiquismo. Cabe à mãe proibir a criança do lugar fálico, e caso o filho por ventura não consiga tolerar ou aceitar a perda deste lugar que até então possuía, ficará aprisionada a uma mãe. Vivendo uma ilusão de autossuficiência. Ficando demarcado que, a angústia de perda é destruidora, pois se perde algo de que ela depende integralmente.

A autora ainda complementa que estes são um dos mecanismos apresentados as pacientes com transtornos alimentares. Mãe e filha convivem com este padrão de

relacionamento até o início da adolescência. Assim, no período em que a menina precisará deixar a sua infância para introduzir-se no mundo adulto, ou seja, sair da fase de latência e entrar na fase genital está passagem se tornará complexa do ponto de vista já citados acima, visto que não tem recursos interno para suportar ou aguentar os assuntos diretamente relacionados com a sua identidade, e logo com a sua feminilidade.

A locução da histeria, também faz um percurso pela conexão da castração em que o ponto mais discutido e determinante é o Complexo de Édipo. Como visto, a menina fica frustrada com a mãe que não lhe proporcionou o falo. Assim, ela selecionará o pai como seu novo objeto sexual, no entanto, seu pai não será suficiente reparador da sua falta. Define-se que ao deter-se nesse vínculo impossível, e é nessa busca segundo Rio (2008) que ela goza, e nesse gozo e em seu desprazer do vazio, que jamais lhe será preenchido.

O autor menciona que a manifestação da menina adolescente ao dizer para sua mãe que não necessita de nada, é na verdade, um pedido a mãe de permissão para que alguma coisa lhe possa fazer falta, conduzindo ela mesma a uma forma de castração. O que ela mais incita nesse momento, é a procura do amor. Essa

falta de amor em seu núcleo familiar ocasiona a rejeição daquilo que não se tem, relacionando o afeto com a alimentação. O autor corrobora ao citar que “Para a anoréxica recusar o alimento significa recusar o enlaçamento afetivo deficitário” (Rio, 2008, p.1). Portanto, a histérica: “goza na falta, mesmo que o preço a ser pago por este gozo seja o desprazer de um desejo não satisfeito. O gozo na privação é imperativo, pois sem a privação a histérica não se sustenta.” (Rio, 2008, p.7).

Fernandes (2012) cita que as experiências traumáticas acabam deixando traços psíquicos, que mesmo proferidos a fantasia se registraram no corpo. Refere-se a Freud (1893-1895,1996) nos estudos sobre a histeria, que ele já tinha relacionado à aversão da comida com a percepção de repugnância ao fazer uma compreensão de diversas construções sintomáticas na histeria.

Visto que os registros das experiências investimentos libidinais ficam gravados em nosso psiquismo, Aimez (1979) vem de encontro com a teoria do narcisismo, pois, a criança vai negar a separação, a castração, a dependência, o Complexo de Édipo e, sobretudo a morte. A criança, segundo o autor, “Elle stipule, par conséquent, la nostalgie de l’

organisation prénatale, fusionnelle, syncytiale” (p.101)

Para entender a organização fusional, Fernandes (2012) explica que a clínica analítica não deixa de configurar que os episódios de anorexia e bulimia, além de saciarem a organização de representações que servem de base ou apoio para angústia de castração, igualmente direcionam ao caráter silencioso da pulsão de morte, e as decorrências variáveis e calamitosas pautadas à desfusão pulsional. A autora explica que para entender esse pensamento, compreende-se que há uma lógica considerando que as pulsões estavam unidas. Pois, somente o que estava unido é que poderia ser separado. Desta forma, alude que ao analisarmos sobre a ideia de uma desfusão pulsional:

[...] que devemos então nos interessar pelas condições de possibilidade necessárias à fusão das pulsões e a tudo aquilo que pode vir a comprometer ou a dificultar o transcorrer do processo de fusão indispensável à manutenção da vida. (Fernandes, 2012, p. 224-225).

Verifica-se o papel central da mãe na administração pulsional, assim, o olhar volta-se pelas alternativas desse

desempenho maternal para-excitação. Fernandes (2012) considera com propriedade, que ao fazer uma análise profunda metapsicologicamente, analisando a anorexia como decorrência de uma disfunção pulsional, avalia a importância para que se entendam as condições nas quais o processo de fusão pulsional ocorreu “Uma fusão pulsional parcial ou precária” (p.225), no começo da existência de uma criança pode gerar implicações que irão promover a desfusão pulsional assim como, as cobranças da vida mostrar seus problemas e dificuldades.

A autora explica que quando a falta da mãe tem para o seu bebê uma implicação traumática, por conceber precisamente a ausência da pessoa protetora, nesse caso, a mãe que deveria agir como uma para-excitações, aquela que protege o bebê dele próprio, neste caso, das sensações que surgem do interior de seu corpo. Quando há uma falha dessa proteção materna, existe então, um fator gerador traumático podendo levar a compulsão à repetição, usada como um apelo de fusão pulsional. Não houve nesse sentido, uma junção das pulsões de vida e de morte, levando conseqüentemente, as decorrências de uma estrutura do masoquismo em diferentes dimensões. Esclarece que, não ocorrendo as

libidinizações do corpo do bebê pela sua mãe de maneira satisfatória para o seu desenvolvimento, o produto pela falta dessa ação acarreta pelo ponto de vista das primeiras teorias das pulsões, em uma defasagem ou pobreza do autoerotismo, já no segundo nível podem se observadas o desenvolvimento da compulsão a repetição e dos fatos ligados a ele.

Fernandes (2012) ainda acrescenta o valor do ponto de vista econômico à intensidade das excitações que surgem tanto do interior do sujeito, quanto do seu exterior. Importante considerar, que os aspectos levantados na pulsão de morte ao ser retratada como a pulsão sem representação vêm corroborar com uma configuração de força psíquica, que se localiza além da simbolização. Dessa forma, verifica-se o emprego no funcionamento psíquico da pulsão de morte ao desempenhar uma função no “gerenciamento” pulsional. Com esse conhecimento, parte do pressuposto, de que nem sempre o corpo biológico esta associado a um determinado sistema de normas significante, do mesmo modo existe maneiras de analisar determinados sintomas manifestos nos transtornos alimentares, exemplos: a motricidade compulsiva, a impulsão bulímica e os vômitos, como uma manifestação de

descarga, decorrentes de um excesso de um exagero, que quando corta ou atravessa o aparelho psíquico, este não consegue se organizar o suficiente a partir da conexão da representação.

Lima, Rosa e Cols (2012) em seu artigo atribuíram que há uma respectiva concordância nos estudos psicanalíticos quando remetem os sintomas a problemas no desenvolvimento inicial de “constituição subjetiva” (p.367), no principio da constituição da imagem corporal. Como já relatados anteriormente, a formação da imagem corporal se inicia, logo nos primeiros meses de vida do bebê, por meio de um processo denominado identificação, justamente com a imagem ou figura oferecida pela mãe. Essa configuração mãe e bebê são essenciais para a formação do narcisismo primário, proporcionando ao bebê uma identidade ou identificação imaginária.

Podemos mencionar Bidaud (1988) ao citar o transtorno anoréxico, como associado ao desenvolvimento do processo narcísico, sendo esse um pressuposto na sua pluralidade e no grande contexto dos transtornos alimentares da atualidade. Assim, o narcisismo primário é uma estrutura fundamental para o desenvolvimento do bebê.

### **Objetivos da psicoterapia psicodinâmica no transtorno alimentar**

O papel significativo da psicoterapia psicodinâmica é propiciar ao analisando um ambiente protegido e seguro para que ele possa comunicar seu mundo interno e descobrir outras expressões para o sintoma.

De acordo com Groot e Rodin (1998) indivíduos com transtornos alimentares, geralmente apresentam uma dificuldade para entrar em contato e sustentar emoções que vêm à tona. Esses comportamentos significam algumas das atitudes manifestadas no setting analítico. Normalmente, esses pacientes tem uma fala restrita, não relatando suas vivências afetivas, geralmente evidenciam certa intolerância em acolher as ideias do analista, bem como, suas elucidações. Apesar disso, pacientes com anorexia, permitem-se no setting permanecerem por um silêncio indispensável, esse vazio que analisamos nos faz pensar o simbolismo de um corpo e mente psicológico inabitado.

Em relação à bulimia, os sentimentos já são experimentados de forma mais intensas. Assim, a função do analista será essencialmente dar condições para que o paciente possa manifestar os seus sentimentos, permitindo que o mundo

subjetivo possa ser explorado. Auxilia-lo na identificação e na absorção dos acontecimentos de suas emoções colocadas para fora. Dessa forma, o paciente poderá aumentar o grau de seu entendimento nas experiências vividas emocionalmente, com o intuito de desenvolver a sua paciência na organização de seus afetos. (Oliveira, 2001).

Na configuração do tratamento analítico, Zerbe (2001) pontua que nos sintomas apresentados nos transtornos alimentares existe uma história subjetiva a ser verbalizada. Os analistas geralmente encontram pacientes com desequilíbrios e desordens em sua vida pessoal e familiar. Os autores Groot e Rodin (1998) descrevem que a percepção de continuidade e conexão do self está comprometida nesses pacientes que apresentam transtorno. Geralmente, apresentam uma identidade com oscilações, dessa forma, o ego se apresenta com uma estrutura frágil e delicada. Desse modo, pode se verificar que as primeiras experiências e vivências emocional no desenvolvimento infantil, podem ter acontecido determinadas excitações ou inquietações em seu desenvolvimento.

Verifica-se que os pacientes com anorexia e bulimia, têm uma estrutura da sua identidade transtornada ou mesmo

distorcida. Isso sobrevém quando as primeiras experiências e vivências no seu desenvolvimento e crescimento infantil, apresentaram perturbações na sua constituição (Dolto, 2012).

Assim, segundo Zerbe (2001) os tratamentos de ordem psicanalítica com pacientes anoréxicos e bulímicos têm como objetivos, a regulação da autoestima, com a finalidade de promover o empenho da importância e apreço por si próprio. O analista cria recursos para que o paciente possa confronta-se e ao mesmo tempo se proteger da dor emocional. Os pacientes em análise fazem uso de múltiplos mecanismos de defesa, dentre eles: *splitting*, dissociação, projeção e identificação projetiva, no processo analítico.

A presença de um psicanalista é imprescindível durante a recuperação, pois o tratamento costuma ser demorado e difícil, e o paciente deve permanecer em análise após a melhora dos sintomas para se evitar recaídas (Bucarechi, 2003).

Importante considerar que a escuta para a psicanálise fará com que o indivíduo emergja como sujeito que irá trabalhar em prol de sua própria cura.

### **Considerações Finais**

Como visto no presente trabalho, várias são as formas para explicar o desenvolvimento da anorexia nervosa e a bulimia, dentre eles, os fatores psicológicos, familiares e culturais. No conceito psicanalítico, pode se observar que esses transtornos tiveram a sua evolução patológica nos processos de desenvolvimento mais arcaicos. A fase do desenvolvimento libidinal da oralidade é um dos conceitos freudianos de suma importância no desenvolvimento pulsional humano, tendo incidência sobre a constituição da identidade. Deste modo, analisa-se que o desvendamento psicopatológico está direcionado nos investimentos primitivos na relação de intercâmbio alimentar entre: mãe e bebê.

Verificou-se que é de suma importância, o tratamento psicodinâmico para ajudar a auxiliar e promover a saúde psíquica do paciente com esse transtorno a lidar com a sua doença, e com todas as questões emocionais que o envolvem. Visto que os conteúdos e aspectos intrínsecos e subjetivos devam ser observados. Contudo, o tratamento multidisciplinar é fundamental para o tratamento, para que se possam impedir patologias crônicas, ou mesmo, perdas irreversíveis. Por fim, espera-se que os assuntos discutidos nesse trabalho de

reflexão teórico possam ser úteis para os que se interessam por esse tema.

### Referências

- Aimez, P. (1979). Psychopathologie da L'alimentation quotidienne. *Em La nourriture Revue Communications*, Editions du Seuil, 31(1), 93-106. Disponível em: [http://www.persee.fr/doc/comm\\_0588-8018\\_1979\\_num\\_31\\_1\\_1471](http://www.persee.fr/doc/comm_0588-8018_1979_num_31_1_1471). Acessado: 15.11.2017.
- Bucaretschi, H. A. (2003). *Anorexia e bulimia nervosa: Uma constituição Psíquica.. Anorexia e bulimia nervosa: Uma visão Multidisciplinar*. (1a ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bidaud, E. (1998). *Anorexia mental, ascese, mística*. Trad. Dulce Duque Estrada. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Conde, E. R. (2007). *“Linda de morrer”*: a anorexia como fenômeno sócio-cultural. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte.
- Cordás, T. A. & Claudino, A. M. (2002). Transtornos alimentares: fundamentos históricos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (3) 3-6. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462002000700002> ; Acessado: 15/11/2017.
- Dolto, F. (2010). *A imagem inconsciente do corpo*. Trad. Noemi Moritz e Marise Levy.( 2a ed. da 3ª reimpressão). São Paulo: Perspectiva.
- Fernandes, M. H. (2012). *Transtornos alimentares: Anorexia e bulimia*. (2 a ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Freud, S. (1886/1996). *Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos*. Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol I, Rio de Janeiro: Editora Imago. (Original publicado em 1886-1889).
- Freud, S. (1893/1996). *Estudos sobre a histeria*. Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol II, Rio de Janeiro: Editora Imago. (Original publicado em 1893-1895).
- Freud, S. (1893/1996). *Primeiras publicações psicanalíticas*. Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol III, Rio de Janeiro: Editora Imago. (Original publicado em 1893-1899).
- Freud, S. (1905). *A sexualidade Infantil. Em: Um Caso de Histeria e Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol XII, Rio de Janeiro: Editora Imago. (Original publicado em 1905).

- Groot, J. & Rodin, G. (1998). Coming alive: the psychotherapeutic treatment of patients with eating disorders. *Can J Psychiatry*, 43, 359-66. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9598272>; Acesso: 15/11/2017.
- Lemos, M. C. V. L (2004). O corpo desabilitado: Um caso de bulimia. *Bol. form. psicanal*, 12(1), 67-80. Disponível em: <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/psi-36635>; Recuperado: 01abr.2013.
- Lima, N. L.; Rosa, C. O. & Rosa, J.F.V. (2012). Identificação de fatores de predisposição aos transtornos alimentares. *Estudos e pesquisas em psicologia*, 12(2), 360-378. Disponível em: <http://www.redalyc.org/artuculo.oa?id=45844638003>; Acesso:15/11/2017.
- Oliveira, M.D. (2001). O impasse narcísico na bulimia nervosa. *Mudanças Psicoterapêuticas e Estudos Psicossociais*, 9(15), 13-26.
- Rio, C. (2008). A recusa da mulher: a anorexia na estrutura histórica. *Psicologia.com.pt. O Portal do Psicólogo*, 1-9. Disponível em: [www.psicologia.pt/artigos/textos/A0420.pdf](http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0420.pdf) ;Acesso:15/11/2017.
- Weinberg, C. (2010). Do ideal ascético ao ideal estético: a evolução histórica da anorexia nervosa. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 13(2),224-237. Disponível:[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142010000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142010000200005&lng=en&nrm=iso); Acesso em: 15/11/2017.
- Zerbe, K.J. (2001). The crucial role of psychodynamic understanding in the treatment of eating disorders. *Psychiatr Clin N Am*, 24, 305-13. Disponível: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11416930> ; Acesso em: 15/11/2017.

**A autora:**

**Gerusa Marcondes Pimentel de Abreu Lima** é psicóloga formada pela Universidade Paulista. Doutora e Ciências da Saúde – UNICAMP; Especialista em Psicanálise: Teoria e Técnica. Perita e Especialista em Psicologia do Trânsito. Filiada ao grupo de Pesquisa e Estudos Qualitativos em Saúde. Departamento de Enfermagem/ Unicamp - NUPEQS e no Laboratório Clínico Qualitativo. Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da FCM/ Unicamp- LPCQ. E-mail: [gerusa.abreulima@gmail.com](mailto:gerusa.abreulima@gmail.com)

**Recebido em:** 16/11/2017.

**Aprovado em:** 10/04/2018.