

O ato bulímico: possibilidades de construção de significado

Maria Isabel Perez Mattos¹

Resumo: Pacientes que sofrem de psicopatologia regressiva, como os bulímicos, têm sido um desafio técnico para a psicanálise, considerando-se as dificuldades encontradas na construção de uma cadeia de sentido nesses psiquismos carentes de simbolização. Este trabalho apresenta uma revisão de referenciais psicanalíticos acerca da bulimia. Contribuições teóricas são articuladas ao material clínico apresentado, visando ao desenvolvimento de uma escuta e de uma intervenção psicanalítica do ato bulímico no caso descrito. Partindo do vértice da psicopatologia, os diferentes referenciais teóricos abordados são discutidos à luz das questões imbricadas na constituição psíquica da paciente: o transtorno narcísico, a relação mãe e filha, o luto transgeracional, o ‘não sentido’ psicossomático, os comportamentos automáticos de características aditivas, as possibilidades e as dificuldades no processo de construção de significado no contexto transferencial.

Palavras-chave: Adição. Bulimia. Construção de significado. Luto transgeracional. Narcisismo. Psicossomática.

“Veneno é comida que faz adoecer”
(Freud, 1933. p. 151).

¹ Psicanalista – Membro Titular em função didática pela SBPdePA, Mestre em Psicologia do Desenvolvimento pela UFRGS, Doutoranda em Psiquiatria pela UFRGS – HCPA, Coordenadora do Depto de Transtornos Alimentares e Obesidade do CIPT, Coordenadora do Seminário de Psicossomática pela SBPdePA.

Aportes psicanalíticos acerca da psicopatologia do ato bulímico

A bulimia está entre os transtornos alimentares que têm sido considerados patologias contemporâneas. Esses distúrbios são manifestações clínicas de transtornos narcísicos de etiologia complexa, para os quais conflui a perspectiva psicossomática, os componentes aditivos, além de sua correlação com os transtornos da imagem corporal, com a depressão, com a perda e com a falta.

A psicopatologia moderna explica a síndrome bulimia-vômito como uma patologia de cruzamento, porquanto não pode ser assimilada a nenhum dos grandes tipos de funcionamento psíquico ou de estrutura, aproximando-se, conforme o caso, de um ou de outro: neurótico, psicótico, perverso ou psicossomático (Brusset, Couvreur, & Fine, 2003). Semelhantemente ao que Bergeret (2000) afirma a respeito da toxicomania, de que não existe nenhuma estrutura psíquica profunda e estável específica da adição, o autor encara a adição como uma tentativa de defesa e de regulação contra as deficiências ou falhas ocasionais da estrutura profunda em questão.

Encontram-se, na obra freudiana, algumas referências diretas aos transtornos alimentares e, mais especificamente, poucas à bulimia. Em 1895, Freud cita os acessos de fome entre os sintomas da neurose de angústia, um “*quantum* de angústia livremente flutuante”. Considera, em 1912, as neuroses de angústia como parte do quadro das neuroses atuais (antecipação somática das psiconeuroses), como a hipocondria.

Em duas cartas a Fliess (1897/1972d), designa a bulimia como uma compulsão substitutiva de uma pulsão sexual reprimida, um substituto da adição originária. Posteriormente, associa lateralmente à bulimia a função anestesiante ‘protetora’ das toxicomanias e da compulsão por beber. A anestesia seria uma tentativa de defesa contra a dor de uma separação que não pode tornar-se ausência, não visa ao esquecimento de uma lembrança (repressão), mas ao silenciamento de um traço doloroso.

No *Manuscrito G* (1895/1972c), Freud compara a neurose alimentar à melancolia, naquele período considerada no âmbito das neuroses atuais.

O afeto correspondente à melancolia é o luto – ou seja, o desejo de recuperar algo que foi perdido. Assim, na melancolia, deve tratar-se de uma perda – uma perda na vida pulsional... . A neurose nutricional paralela à melancolia é a Anorexia. A famosa Anorexia nervosa das moças jovens, segundo me parece (depois de cuidadosa observação), é uma melancolia na qual a sexualidade não se desenvolveu. A paciente afirma que não se alimenta simplesmente porque não tem nenhum apetite; não há qualquer outro motivo. Perda do apetite – em termos sexuais, perda da libido... .

Portanto, não seria muito errado partir da idéia de que a melancolia consiste em luto por perda da libido (p. 276).

No artigo *Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos* (1893/1972a), no *Caso Emmy Von N.* (1895/1972b), Freud relaciona a anorexia e o vômito à conversão.

Em seus artigos *Sobre o narcisismo* (1914/1972f) e *Luto e melancolia* (1915/1972g), o enigma da melancolia passa a ser chamado de neurose narcísica. Freud considera que a perda do objeto (mãe) da bulímica – investido narcisicamente com ambivalência –, ao não se resolver em um processo de luto, é incorporado (devorado) maniacamente ou repudiado.

Em *O mal-estar na civilização* (1972h), Freud refere-se ao aspecto tóxico dos processos psíquicos e faz uma abordagem atual, neurofisiológica, dos transtornos alimentares, mencionando que a investigação científica ainda não identificara substâncias químicas interiores capazes de efeitos semelhantes ao dos tóxicos, mas que isso poderia ser possível no futuro. Na concepção que emerge nesse momento, Freud conclui que a sensação esmaga a representação para mais além do princípio do prazer.

Freud (1931/1972i, 1933/1972j), ao abordar o enigma da feminilidade, atribui importância fundamental à relação mãe e filha e ao fato de algumas mulheres permanecerem detidas em sua ligação original com a mãe. Assim sendo, passa a dar à fase pré-ediânica nas mulheres uma importância que até então não lhe havia sido atribuída. Freud aponta para a unidade que pode persistir entre a mãe e o seio que alimenta. “Mais parece que a afeição da criança pelo primeiro alimento é completamente insaciável, que a criança nunca supera o sofrimento de perder o seio materno... . O temor de ser envenenada também está relacionado ao desmame” (Freud, 1933/1972j, p. 151). Freud, portanto, considera o predomínio da ligação original entre a excitação sexual e o instinto nutritivo. A partir desse entendimento, os transtornos alimentares representam a perversão das pulsões de autoconservação, sua subversão pela sexualidade – desejo.

Nos textos mencionados sobre feminilidade, Freud (1931/1972i, 1933/1972j) entende que a neurose alimentar corresponde à dor melancólica pela separação da mãe ao depositar maior importância às fases pré-genitais do desenvolvimento da libido e às dificuldades de separação mãe e filha, manifestadas no processo de desmame. No entanto, nos textos prévios acerca da histeria, em uma concepção distinta, ao interpretar como sintoma de conversão a anorexia e os vômitos, Freud (1893/1972a, 1895) indica a ação do recalque sobre o erotismo oral.

A fragilidade narcísica e suas vicissitudes na constituição da imagem corporal na bulimia

Introduzindo a perspectiva do narcisismo, temos a criança que não se vê separada do meio ambiente, da mãe, de quem a olha e de quem a cuida. Lacan (1936/1998), ao descrever o “estádio do espelho”, explica que essa etapa designa um momento na história do sujeito no qual a criança forma uma representação de sua imagem corporal por identificação com a imagem do outro. Esse momento é concretizado, de forma exemplar, na experiência que a criança tem ao perceber a própria imagem em um espelho – experiência fundamental ao indivíduo, em que Lacan localiza a matriz a partir da qual se formará o primeiro esboço do ego. Aí está a identificação primária que caracteriza o narcisismo primário (Freud, 1914/1972f), pré-Édipo, o qual formará uma imagem dada por outro.

A imagem é estruturante para a identidade do sujeito que, por meio dela, realiza sua identificação primordial, estabelecendo a representação do próprio corpo. No estágio do espelho, constitui-se a identificação fundamental na qual a criança faz a conquista da imagem de seu próprio corpo como unidade unificada e promove a estruturação do EU, pois antes o corpo é disperso, *esfacelado*.

Posteriormente, mesmo na vida adulta, não bastam reservas narcísicas: buscase a fantasia de antiga completude. O sujeito se olha no espelho ou espera o olhar de alguém, uma palavra, uma situação que evoque o especular materno. Em casos de equilíbrio precário do narcisismo – em que o especular, ou seja, a mãe, o primeiro espelho (Winnicott, 1967/1975), e seu olhar não tenham sido capazes de devolver uma imagem percebida em sua alteridade, integrada e, acima de tudo, amada e desejada, mesmo em sua incompletude –, temos uma existência aprisionada a uma angústia que se revela na relação com a imagem do corpo, vulnerável, assim, ao ingresso do sintoma alimentar. A paciente bulímica sofre uma inversão nesse processo de espelhamento por meio do olhar materno: não pode se ver e, portanto, constituir-se nesse espelhamento. É a mãe que busca espelhar-se nela. Assim, o narcisismo dessas pacientes, ao longo da vida, é sustentado quase exclusivamente por objetos externos nas dimensões de apoio e duplo.

A bulimia se constitui como uma via de descarga e tentativa de regulação narcísica. É expressão e tentativa de domínio de uma angústia que o sujeito não tem condições de conter e significar. Todavia, essa conduta torna-se fonte de mais angústia e causa de alienação, um gozo impossível, um tormento, uma doença. O paciente sofre de uma adição ao comer (Fine, 2003). A pessoa torna-se incapaz de fornecer a si mesmo alívio às próprias angústias.

Na bulimia, observa-se um problema de identidade com automutilação dirigida aos aspectos estéticos do esquema corporal. A imagem corporal, como estrutura psíquica, inclui a representação consciente e inconsciente do corpo, em três registros distintos: *a forma*, que corresponde ao esquema corporal consciente; *o conteúdo*, correspondente à interioridade, ao pré-consciente; *o significado*, representado pelo corpo erógeno – singularidade do desejo que adquire expressão simbólica e é parte dos vínculos intersubjetivos. Quando essa estruturação da imagem corporal não se constitui adequadamente, há a ocorrência da soldadura entre forma e significado, ficando o conteúdo excluído ou confuso em seu registro. A importante relação entre imagem corporal, autoestima e identidade sucumbe diante da carência narcisista, perdendo-se a fluidez entre forma, conteúdo e significado, uma vez que a obsessão pela magreza (*forma*), transformada em ideal que dá sentido (*significado*), implica a abolição da necessidade corporal (*conteúdo*) (Zukerfeld, 1996). Os transtornos da imagem corporal, é importante ressaltar, são considerados um aspecto dentro da concepção mais ampla do transtorno do *self* ou déficit na constituição do narcisismo primário.

A relação mãe e filha: dificuldades na constituição da feminilidade na bulimia

Em relação à conquista da feminilidade, que se encontra perturbada na bulímica, podemos conceber que a menina necessita passar da fase pré-ambivalente oral, na qual sujeito e objeto se fundem, para a fase pós-ambivalente, na qual a vagina toma o lugar da boca em sua função oral-passiva de sucção (Deutsch, 1925 como citado em Smirgel, 1988). No caso da bulímica, sendo a boca o protótipo da sexualidade feminina, esta não é vivida em termos genitais. Ela se encontra regressivamente atrelada à sua relação com o objeto primário-mãe, sendo que o pênis-função paterna não promoveu essa passagem.

Na adolescência, há recusa do corpo sexuado pela bulímica. Supõe-se, portanto, que a bulimia é um distúrbio que se instala muito precocemente na vida e se mantém compensado até a puberdade, quando o surgimento da sexualidade gera desequilíbrio, eclodindo assim o quadro clínico.

A equação *novo corpo adolescente = mulher = mãe invasora = comida* se fortalece, defensivamente, com a finalidade de poder controlá-la (mãe invasora dentro de si), e assim temos um ego corporal cindido de um ego identificatório e submetido ao ideal do ego (Chandler, 2001). O ego corporal passa a representar, então, tudo o que é mau, sufocante, ameaçador, persecutório, imperfeito e que tem apetite (Bidaud, 1998). Nessa tentativa de controlar os impulsos, falha a

bulímica que, de modo ambivalente, expressa sua perpétua busca por um objeto a ser consumido ou sobre o qual se poderá apoiar. Esse objeto agrava sua angústia mais do que acalma, por isso necessita ser expelido.

A dinâmica da bulimia é basicamente feminina. Desloca-se para o corpo a projeção de um ideal histérico-narcisista, projetado pela cultura atual – ideal nunca alcançado no corpo incapaz de corresponder a essa fantasia de completude: ser o falo da mãe.

A relação com a mãe na bulimia é manchada por desilusões precoces, traumáticas por demais para serem absorvidas pelo incipiente psiquismo da criança. Pode dar-se precocemente com um desmame brutal – em que o objeto bom é perdido logo após ser encontrado – ou ser resultado de diversas situações, como o nascimento de um irmão, a depressão materna (a “mãe-morta” de Green, 1988), o afastamento da mãe em etapas maturacionais. A ambivalência costuma originar-se em dificuldades da própria mãe, podendo ser de ordem depressiva, com sua própria imagem ou com sua feminilidade. Estas a levam a alternar períodos de sobreinvestimento ansioso e retraimento. Essa falta de sustentação prejudica o estabelecimento de um sentido de si mesmo, ocasionando o vazio interno e o sentimento de não existência. A criança continua dependente de seus objetos externos em um apego constrangedor e em uma proximidade alienante. Dessa forma, o eu não se estabelece de forma coesa, e os recursos internos para lidar com os afetos não se desenvolvem.

A ambivalência do investimento materno e seu fundo depressivo forjam uma imagem negativa da feminilidade. A imagem do corpo é um ponto de fixação importante. Nela encontramos a falha da função de espelho da mãe e o engate nessa busca de uma imagem ideal. Assim, a identificação feminina está sempre manchada pela insatisfação e pela marca da incompletude. Na bulimia, o ideal é reduzido a um ego ideal, cuja realização inatingível serve para torturar o ego. Jeammet (como citado em Brusset, 2003) considera que a coloração histérica nas bulímicas é mais um engodo do que uma realidade; a bulimia remeteria mais à dimensão do abandono e da carência das primeiras ligações.

O ‘não sentido’ psicossomático e os atos-sintomas aditivos na bulimia

A Escola Francesa de Psicanálise ampliou pioneiramente as possibilidades de compreensão do psiquismo. Ela avançou na compreensão dos fenômenos psicossomáticos e das características mentais dos pacientes acometidos que, segundo Marty (1995), sofrem de uma construção incompleta ou atípica do aparelho psíquico, considerada deficitária.

O pensamento desses pacientes é caracterizado como operatório e é ampliado para uma concepção de vida operatória que implica a diminuição dos pensamentos em relação à importância que adquirem os comportamentos. O pensamento operatório é um pensamento consciente, sem ligação com os movimentos fantasmáticos representativos. Não utiliza mecanismos mentais neuróticos ou psicóticos e se apresenta desprovido de valor libidinal. A vida operatória está ligada ao que Marty (1995) define como 'depressão essencial', caracterizada por sua cronicidade e sobreadaptação manifesta na esfera social. Trata-se de um tipo especial de depressão sem objeto, sem autoacusação nem culpa inconsciente, na qual o sentimento de desvalia se orienta eletivamente à esfera somática. São comportamentos ligados, em sua origem, aos instintos e às pulsões, tais como a alimentação, o sono, as atividades sexuais e agressivas, que ficam reduzidos ao estado de funcionamento automático. Os desejos desaparecem para dar lugar a satisfações de necessidades isoladas umas das outras. Lacunas do pré-consciente, isolamento do inconsciente, fragmentação funcional, prevalência do fático e do atual predominam no funcionamento mental desses sujeitos. As neuroses de comportamento, expressão do automatismo, incluem, com bastante frequência, as bulimias.

As hipóteses de Marty (1995) permitem considerar o sintoma bulímico como um patamar contra a ameaça de desorganização e automação mais profunda. A bulimia seria uma tentativa de religação das pulsões destrutivas, um patamar de reorganização, uma manifestação de vida que conjura um movimento mortífero.

Essas descargas pulsionais de tipo regressivo podem ter impacto traumático e destinam esses pacientes à repetição, segundo o modo de funcionamento da neurose atual. Com o tempo, nas formas em que o caos alimentar se instala, a compulsão comportamental que implica intensidade de excitação não elaborável reduz esses pacientes a escravos da quantidade, estando condenados a reações comportamentais.

Nos pacientes acometidos de transtorno alimentar, o funcionamento psicossomático predomina, em maior ou menor extensão, e é sempre manifesto no comportamento alimentar que funciona automaticamente, desconectado de significado, desconectado dos afetos em função das lacunas representacionais (ausentes ou raras e superficiais), características desse funcionamento mental. Marty (1995) considera essencial, ao tratar essa fragmentação funcional, a busca do desenvolvimento de uma capacidade de mentalização que implica o desenvolvimento da possibilidade de maior complexidade mental e a análise do ego ideal que, nesses pacientes, representa a desmentida, o sentimento de onipotência do sujeito frente a si mesmo e ao mundo exterior.

O ato bulímico realiza a emergência da fantasia de fusão, negação maníaca da falta, seguida de reações paranóides violentas, refletindo em espelho o caráter intrusivo e persecutório do objeto faltante. O autoerotismo positivo dá lugar a um autoerotismo negativo, em que a capacidade de devaneio ligada ao primeiro se degrada em ato puramente operatório. É nessa função desobjetalizante (Green, 1988) do comportamento que situamos o efeito mortífero dessa conduta oroadgressiva, triunfo do narcisismo de morte sobre o de vida.

O ato vem em lugar da rememoração, oferece um meio de controle ativo sobre a passividade que adviria. Como expressão de satisfação alucinatória de desejo no ato bulímico, o prazer de associar, o desejo de investir, todos os elementos que supõem um jogo da diferença, da presença e da ausência, tal comportamento busca abolir.

Celérier (como citado em Couvreur, 2003) afirma, quanto à peculiaridade da bulimia, que esse seria um sintoma de cruzamento: encenação corporal entre o não sentido psicossomático e o significante histórico. Na ordem do irrepresentável, a fantasia é atuada na somatização, na vida e na transferência, ou ainda a fantasia é forcluída por falta de recalçamento estruturante.

O corpo é a principal morada do sofrimento. Ele passa a ser o representante das emoções máximas, o registro mais fiel dos acontecimentos emocionais, e necessita ser lido. Vaza no corpo o que deveria ser contido na mente, que passa, então, a ser corpo. Miranda (2011) considera que predomina o funcionamento psicótico nas perturbações alimentares, especialmente frente à presença de distorções da imagem corporal, de dissociações e de conteúdos alucinatorios, e destaca também o funcionamento psicossomático.

As contribuições de Ferro (2011), a partir do referencial bioniano, propõem que a questão central dos transtornos alimentares é a impossibilidade de viver as emoções, por carência de elaboração de protoemoções (precursores não metabolizados de emoções), impregnadas de sensorialidade. Essas protoemoções geram a necessidade de descarga, expressam a impossibilidade de contenção que se manifesta em explosão, implosão ou violência. Estados protoemocionais podem ser evacuados no corpo em comportamentos ou ficarem contidos em espaços mentais que produzem, portanto, a evitação das emoções, por impossibilidade de o aparato mental processá-las. O autor destaca a função do analista em relação ao desenvolvimento da mente do paciente no campo transferencial, possibilitando transformações, *insight*, aptidões para transformar em *rêverie*, em emoções, em imagem o que pressionava como sensorialidade-abcesso, ao qual não havia acesso. O que não pode ser pensado e a incapacidade de articular em palavras encontram, na análise, um espaço-tempo que promoverá a capacidade de pensar e de dizer.

A origem dessas patologias sempre implica deficiência da função alfa ou insuficiência do continente. Isso não significa que existam mentes capazes de transformar toda a sensorialidade em elementos alfa. Há uma cota de atividades fisiológicas e de atividades evacuativas da mente que são vitais, não processáveis, mas essa ampliação da capacidade mental pode ser possível e é central nas patologias psicossomáticas e nos transtornos alimentares.

Na bulímica, a vergonha é expressão de um superego arcaico e de um fracasso narcisista frente ao olhar do outro. Na medida em que os desejos e as emoções possam, por intermédio da análise, tornar-se progressivamente observáveis, além da desculpabilização, pode ser uma grande gratificação narcísica descobrir que esse ato insensato está carregado de sentido e que pode ser compreendido. Na medida em que o processo analítico avança, a conduta aditiva cede, não raramente, lugar a sintomas neuróticos fóbicos ou conversivos. Em outro momento, podem organizar-se estruturas defensivas capazes de – através de novas possibilidades de introjeção, de simbolização e objetalização – ceder lugar a atividades e relações menos destrutivas.

O sintoma bulímico constrói uma espécie de neoidentidade, pela qual a paciente vive seu virtuoso triunfo defensivo. Joyce McDougall (2000, McDougall como citado em Fine, 2003) afirma que, nesses pacientes, predomina a angústia de despedaçamento – de morte. A mãe que falhou em sua função de ‘paraexcitação’ (decodificadora e simbolizadora do universo pré-simbólico) cria uma história sem palavras, na qual o corpo em curto-circuito é o campo de batalha. Há uma cisão entre o psíquico e o soma. Nesse sentido, pode-se considerar que a somatização, como versão implosiva do ato, é expressão da desorganização e do afeto sufocado, pertencentes à área cindida do psiquismo. As somatizações traduzem a falta de elaboração e de simbolização dos pensamentos e sentimentos inaceitáveis que sofrem forte negação – tipo forclusão. Esses pensamentos e sentimentos são substituídos por ações compulsivas, que McDougall nomeia como ‘atos sintomas’ aditivos, transitórios por falhas na transicionalidade (Winnicott, 1951/1988), como o alimento para o bulímico.

Esse agir de qualidade compulsiva visa a reduzir, pelo caminho mais curto, a dor psíquica, pois qualquer ato-sintoma substitui um sonho jamais sonhado, um drama em potencial, em que os personagens desempenham papel de objetos parciais ou são mesmo disfarçados em objetos-coisa, em uma tentativa de encontrar substitutos externos para a função de um objeto simbólico que falta ou que está estragado no mundo psíquico (o alimento ou a droga como resposta à depressão, o fetiche ou a conduta de fracasso como resposta à angústia de castração). Nessas patologias, lá aonde vai desenhar-se, no espaço psíquico, o

primeiro traço de um objeto, encontra-se um vazio. O agir esconde uma história relacional e passional petrificada em ato alienante.

A linguagem do erotismo intrassomática, descrita por Maldavsky (2005), também nos apresenta um viés importante de entendimento dessa via de descarga. Conforme este autor, os investimentos recaem sobre os órgãos internos expressos em patologias tóxicas e procedimentos autocalmantes. O comer compulsivo teria efeito calmante-intoxicante.

A bulimia aparece como uma tentativa de recuperação, em um estado de ruptura do sentimento de si e de continuidade de si, de objetos perdidos que eram constitutivos de si, de encontrar nos alimentos partes de si, que o tempo arrancou. O ato bulímico procura realizar a apropriação selvagem de um objeto que é possuído, confundido consigo na fusão primária, mas simultaneamente destruído pela incorporação canibalística, secundariamente fecalizado e violentamente expulso pelo vômito. O aspecto frenético, maníaco e a precipitação da passagem ao ato mostram a satisfação procurada na intensidade e na atemporalidade mais próximas dos processos primários do inconsciente, ou seja, em ruptura com processos secundários que caracterizam o funcionamento do ego.

Reflexões acerca da técnica

A abordagem psicanalítica da bulimia, assim como em outras patologias graves, dá-se por meio de uma atitude empática e continente por parte do psicanalista, que se mantém atento ao ciclo na relação terapêutica: o paciente o incorpora vorazmente e exige cura mágica, depois o 'vomita' e passa a um estado melancólico.

A bulímica sofre de baixa tolerância à frustração, o que dificulta o processo analítico. O funcionamento psíquico dicotômico – tudo ou nada – predomina, como também a presença de polaridades: incorpora e vomita, cheio e vazio, dependência e independência do objeto.

Como primeira fase do trabalho, pode-se destacar a escuta analítica, o estabelecimento do vínculo, a promoção da consciência sobre a enfermidade e o auxílio ao paciente no sentido de se colocar como corresponsável por seu tratamento. A comunicação do paciente nessa primeira fase costuma ser concreta e comportamental. O analista necessita ser cauteloso em não responder em linguagem simbólica muito elaborada, mantendo uma postura ativa, mas não intrusiva, que reeditaria as relações traumáticas com o objeto primário. No segundo momento, pode predominar o acompanhamento na elaboração psíquica de conflitos referentes à expressão de desejos, à sexualidade e à autonomia.

Trabalha-se para favorecer a tradução de sensações corporais em estados emocionais e a construção de uma representação interna independente da imago materna. A interpretação dos afetos transferenciais e contratransferenciais – impotência, hostilidade, sensação de invasão – é importante.

A tirania do ideal de magreza, da perfeição, do corpo sem falhas demanda ser exaustivamente abordada. Torna-se possível, assim, buscar alternativas às condutas atuadas e patológicas. Na medida em que a frágil busca de sustentação narcísica no pilar da aparência física é ampliada para outras áreas da vida, o sujeito passa a funcionar de maneira mais integrada.

Os casos graves de bulimia são considerados desafios terapêuticos. Há demandas e recusas de tratamento, podendo gerar sentimentos de impotência e frustração. O atendimento, quando é realizado em equipe ou por profissionais de diferentes áreas da saúde, em função de riscos ou comprometimentos à saúde física do paciente, pode oferecer vantagens e dificuldades. A atitude continente, oferecida por uma equipe coesa, pode operar como uma rede de sustentação. As dificuldades podem ocorrer em função de dissociações projetadas na equipe.

Pacientes com transtornos alimentares costumam apresentar forte resistência ao tratamento porque a retirada do sintoma pode angustiá-los por ser essa a sua via de descarga e a forma como eles conseguiram estruturar-se psiquicamente.

Relato clínico: possibilidades de construção de significado

Será que a bulímica se expõe perigosamente para evitar a depressão de um de seus genitores? Encarnaria ela o objeto de um luto impossível da mãe? Foi seu corpo investido narcisicamente com ambivalência na idealização e, portanto, no ódio? (Couvreur, 2003).

A seguir será apresentado um caso clínico com finalidade ilustrativa que teve dados significativamente alterados e omitidos para não haver identificação. Uma paciente que sofre de bulimia grave, entre outros sintomas, revela seu sofrimento caótico. Suzete Nadir (nome fictício para fins de publicação) iniciou tratamento analítico por induzir vômitos diariamente e por sentir-se deprimida. Havia realizado tratamento para um câncer de mama do qual se recuperou. Sentia-se cronicamente preocupada e insatisfeita com seu corpo e com seu peso e estava procurando superar seu divórcio.

Seu primeiro nome, Suzete, foi escolhido em razão de o pai não concordar com a escolha do segundo nome, feita pela mãe. Nadir era o nome de uma irmã da mãe que falecera tragicamente na adolescência, após cirurgia na qual teria havido um erro médico. A família tinha o mito de que essa jovem reaparecia na

casa como fantasma. A paciente sempre foi chamada de Nadir por todos, menos pelo pai, único em quem confiava e a quem idealizava. Segundo a paciente, ele sempre foi um pai para a sua mãe, realizando para ela muitas tarefas, por ser ela ansiosa e bem mais jovem do que ele.

Quando contava um problema à mãe, esta começava a gritar e a dizer que não suportava ouvi-lo. Até os 10 anos, quando a mãe achava que Nadir não tinha comido o suficiente, costumava dar-lhe comida, à noite, enquanto ela dormia. Diz que sente raiva, mas “não pode expressá-la, porque a mãe nega tudo”. Intercalava, desde a adolescência, episódios de comer compulsivo com jejuns e indução de vômito “para não engordar”.

Suzete Nadir casou-se com um homem bem-sucedido profissionalmente, que idealizava sua beleza, embora ela se sentisse sempre insegura em relação à sua aparência, considerando-se feia. O casal teve uma filha. Nadir adquiriu sobrepeso na gravidez e, após o nascimento, angustiava-se com seu bebê, deixando que dormisse no quarto do casal, durante o primeiro ano, para poder verificar se não havia morrido e se estava respirando. Buscou um cirurgião que lhe colocou uma banda gástrica, apesar de seu IMC não caracterizar *obesidade*. Também se submeteu a diversas cirurgias plásticas. Passou a viver conflitos conjugais, pois demandava muita atenção do marido. Menciona que buscava o pai nessa relação caracterizada por muita dependência de sua parte, nada do que ele fazia era suficiente. Por fim, desconfiou que o marido a traía, fato que se confirmou e o casal separou-se.

A paciente havia parado de exercer atividades profissionais e, embora recebesse uma pensão significativa, costumava comprar compulsivamente e se desorganizar com as finanças. Assim como comprava, comia compulsivamente e induzia o vômito em níveis alarmantes, desenvolvendo lesões gastroesofágicas que ocasionaram sangramentos frequentes. Ela buscou, então, atendimento médico e nutricional, visando à retirada da banda gástrica que favorecia os vômitos e é incompatível com pacientes que sofrem de bulimia.

Lentamente, ao longo do trabalho analítico, a história da paciente passou a ter mais significado para ela: a morte advinda de um luto transgeracional presente em seu nome, as barras de chocolate devoradas devido à sua impossibilidade psíquica de “segurar as barras” que a vida lhe apresentou e a percepção de que não seria uma banda gástrica que conteria seus infortúnios.

A seguir, em vinhetas de sessões, os comportamentos compulsivos e o sofrimento de Suzete Nadir são expressos na busca pela construção de um sentido para sua angústia. Nesse período da análise de Nadir, surge um incremento de suas possibilidades associativas em relação ao início de seu tratamento, período

no qual chorava longamente, queixando-se de sua aparência física por sentir-se “gorda, feia e velha”.

SN – Aiiiiii... me atrasei porque estava caminhando no shopping... fazendo compras... o que não devo... tenho até vergonha... tento até esconder o cartão de crédito de mim mesma! Mas não foi sempre assim... Foi mais desde a separação.

A – Tentas buscar alívio para algo que tu sentes com comportamentos como comprar além do que consideras adequado.²

Procurei interpretar o sentido do ato-sintoma – comprar excessivamente – que denuncia sua impossibilidade de metabolização e a função defensiva contra sua dor psíquica. Essa defesa também se manifestou no atraso para a sessão mencionada.

SN – É verdade... o mesmo faço com a comida. Comi como uma louca no fim de semana, uma barra daquelas de fazer cobertura de chocolate inteira. Fui visitar a minha mãe [viúva] e tava o namorado dela lá. Eu não suporto ele, ele é um explorador, não gosta dela! Não confio nele. É um aproveitador! Tu imagina, ele anda com o carro dela e ainda pede dinheiro para a gasolina! E agora estavam combinando de ir viajar. Adivinha! A minha mãe pagando tudo! Fico pensando às vezes em reunir minha irmã e meu irmão para falar sobre isto. Tu vê, nem foi feito o inventário e esse sujeito está usufruindo do que meu pai deixou. Isso que a minha mãe se dizia uma santa que amava o meu pai!

A interpretação do sentido do ato-sintoma promoveu ampliação em suas associações. Nadir pôde entender que funcionamento semelhante às compras compulsivas ocorre em sua relação com a comida. A paciente passa a descrever o quanto sente seus objetos como inconfiáveis, instáveis, agressivos, espoliadores, portanto sente-se desamparada e identificada com essa destrutividade. Depreende-se de suas associações que seus vazios de uma presença continente e tranquilizadora são descarregados nestes atos destrutivos, nestes procedimentos aditivos autocalmantes que se repetem, porque não tranquilizam e esvaziam ainda mais de sentido o psiquismo.

A – *Estás falando da tua dificuldade em confiar, te sentes enganada pela tua mãe e provavelmente sentes dificuldade em confiar em mim, na tua análise.*

SN – *Sinto dor no estômago... uma angústia... Sou terrível, Isabel...*

A – *Percebes que esta angústia que é difícil digerir tu sentes no corpo.*

SN – *Sempre fui uma pessoa angustiada... Lembro na adolescência, quando menstruei eu tinha só nove anos... Fiquei apavorada, envergonhada, para minha mãe tudo era*

2 Foram mantidas as marcas da oralidade nos trechos das vinhetas utilizados neste trabalho.

um horror. Sexualidade era um tabu, e agora ela mal ficou viúva e já tem um traste de namorado. Eu me sentia sempre deprimida, não me achava nos grupos, queria agradar a todos. Como hoje agradar a minha mãe, apesar do namorado; agradar a minha irmã e o meu irmão, que não estão nem aí para mim. Eu assumi que tinha que agradar a coitadinha da minha mãe quando meu pai morreu.

Abordo a transferência destes objetos inconfiáveis e a defesa que se manifesta na relação analítica. Suzete Nadir busca, secundariamente, agarrar-se à imagem paterna, mas esta não dá conta dos vazios primitivos e dos traumatismos que se alongam em sua vida relacional com a mãe. Claramente, Nadir descreve a mãe como impossibilitada, desde que se recorda, de funcionar como continente, como alguém que nomeia os afetos e a ajuda a construir sua feminilidade. A paciente, ao referir sua adolescência, consegue também demonstrar crescente capacidade de refletir sobre sua vida, neste processo de construção de sentido que leva em conta sua vulnerabilidade naquele período.

SN – [Chorando...] Eu não consegui superar a morte do meu pai e a separação [do marido] só piorou ainda mais meu desespero. Depois, quando tive o câncer, fui três vezes fazer a quimioterapia sozinha porque minha mãe tinha ido viajar, passear com seu Julio [namorado da mãe]. Nem doente ela conseguiu me ajudar... Depois diz que os filhos são tudo para ela!!! Com a Adriana [filha de Nadir] me sinto culpada e ansiosa por ver que não dou conta e fico com raiva e depois me culpo por tudo!! Faço tudo errado, até essa banda no estômago que não adiantou nada, só tá me dando mais vômitos e ainda por cima continua saindo sangue, como eu te disse. Se não fosse a minha filha eu teria vontade de morrer porque às vezes sinto que nada vale a pena...

A – Deve ser difícil sentir que a análise vale a pena e possa te ajudar a te sentir mais acompanhada para tratar essa tristeza, essas faltas que tu sentes.

Nadir explicita sua desesperança, trabalho da pulsão de morte, que se relaciona à transferência. Em seu discurso, transita de uma descrição de dor corporal, de comportamentos automáticos, bulímicos – expressão psicossomática – para uma reflexão acerca de sua história, demonstrando evolução e ampliação, ainda incipientes, de sua capacidade de pensar.

A – É possível que tu não te sentiste preparada para te tornar adolescente e depois mãe. Te sentiste pouco apoiada por tua mãe e depois pelo teu marido. Mas, como disseste, é importante para ti ser apoiada, ajudada.

SN – Sim... O Vinicius (ex-marido) só queria saber de trabalhar e sair. Me deixava sozinha cuidando da Adriana com asma e febrões, e eu nunca ficava tranquila. Achava que ela podia morrer, parar de respirar a qualquer momento, e por isso a deixei sempre no meu quarto. A única pessoa que me deu apoio foi meu pai, depois ele ficou velho, ceguinho, e fiquei mal. Meu pai foi o único que me cuidou. E isso de cirurgia me faz pensar que sou uma encarna-

ção dessa minha tia... Sabe que isso da minha mãe ter posto esse nome em mim também é horrível... Tenho me apresentado para as pessoas agora só pelo apelido: "Neo".

Suzete Nadir sente-se desamparada/despreparada para as funções que a vida lhe incumbiu: adolecer, tornar-se mulher, casar, ser mãe. Além disso, uma destrutividade desorganizada e incontida a invade sob a forma de angústias psicóticas e sintomas psicossomáticos, que ela progressivamente procura organizar em atos compulsivos. No entanto, traz a possibilidade de algo novo – ‘neo’ – que se manifesta também neste momento e lhe sugere alguma esperança.

A – A tua questão agora é em quem podes confiar e que tu possa construir algo novo, "Neo".

Interpreto a possibilidade de entendimento de ‘neo’ como o novo constituído na relação transferencial. Tentativa de constituir identidade própria, a partir do processo de subjetivação desalienante que a análise pode proporcionar. No entanto, ao fazer a releitura do material da sessão, pergunto-me: não seria ‘neo’, paradoxalmente, a expressão de uma neoidentidade (pseudoidentidade), no sentido que descreve Joyce McDougall (como citado em Fine, 2003). Nadir se apresenta como bulímica. Essa pode ser a sua pseudoidentidade, pois refere que realmente não sabe quem é, se a tia morta (reflexo da impossibilidade de sua mãe elaborar o luto) ou se uma mulher-objeto, fetiche escolhido apenas por atributos físicos erigidos em um vazio de personalidade.

SN – Me acho uma bulímica bipolar, feia, velha, horrorosa. Não tenho jeito, fiz tudo errado...

A – Essa exigência e esse desvalimento te atrapalham e mostram a dificuldade em confiar em algo diferente disto para ti.

A esperança de Suzete Nadir regride, nesse momento da sessão, e o duplo sentido de ‘neo’ parece manifestar-se. Procuo pontuar sua desvalia e culpabilização com o predomínio do ‘ego ideal’, nessa lógica do tudo ou nada, perfeição ou morte.

Sessão seguinte:

SN – Conversei com minha mãe sobre como tenho me sentido, e ela disse que ficou preocupada comigo e veio junto para depois sairmos. Combinamos de ir ao shopping tomar um café. Mas andei mal no fim de semana, vomitei... ainda não liguei para a nutricionista para remarcar, e essa banda ainda piora os vômitos, eu não preciso nem por o dedo na garganta. É só eu fazer assim [mexe o pescoço] e já vem. Jantei na casa de uma amiga que tem um marido "loucão". Ele tá de licença saúde, teve internado. Ele disse que não pode ter espelho em casa porque se não a raiva se volta contra ele. Fiquei pensando que eu dizia para o

Vinicius, quando ele ficou com essa mulher com quem ele me traía, a quem ele é submisso, que ela decerto não podia ter filhos porque teve muitos homens e muitos abortos. No fim eu que tive câncer. Também fiz o Vinicius fazer vasectomia depois que a Adriana nasceu. Ele não pode ter mais filhos. Então ele cuida dos cachorros daquela mulher como se fossem filhos deles. Cheguei em casa pensando nos espelhos porque me olho muito. Cheguei a pensar em tirar os espelhos da minha casa!

A – Às vezes tu busca soluções mágicas, como colocar a banda gástrica. Pensas em tirar os espelhos.

SN – É... mas dessa vez não tirei os espelhos, mesmo tendo ficado pensando nisso... e com medo.

A – Isso pode ser a tua esperança de perder o medo e poder olhar para esses sentimentos.

SN – Sim, mas cada vez que eu falo de um problema para minha mãe ela diz que vai ter um “piripaque”, que não aguenta, tapa os ouvidos. E o meu pai era superexigente, daqueles que não pode comer doce nem no fim de semana e tinha que ir à missa todo domingo! Era militar!

A – Te faltou um espelho tranquilizador e confiável, com o qual tu pudesse contar, te espiar.

Neste material mais caótico trazido pela paciente, busca-se resgatar a capacidade de construir um sentido para essas falhas na constituição de seu *self* pela ausência de um espelhamento integrador.

Sessão seguinte ao procedimento para a retirada da banda gástrica.

SN – Bom, tá feito... Esse médico realmente é bem melhor. Eu não confiava mais naquele Dr. Tu vê, cheguei a ir nele. Reclamei que ele não me deu todas as informações sobre a banda, reclamei que ele não me indicou nutricionista, nem psicóloga, nem perguntou se eu tinha bulimia. Me respondeu que tinha em sua equipe [uma nutricionista]. Se eu pedisse... E ele não tinha como saber... E que eu devia pensar duas vezes antes de tirar definitivamente a banda. Sugeriu um ajuste, porque, afinal, eu tinha o preço de um carro popular na barriga. Claro que o Dr. e a psiquiatra que tu me indicaste foram completamente diferentes. Já retirei até os pontos e parei de vomitar daquele jeito. Só vomitei na noite anterior à audiência. Ainda tenho um pouco de medo porque ainda sinto dor desse lado. Tenho medo que ainda tenham ficado as aderências [de plástica que havia feito no abdômen]. Tenho medo de engordar... mas acima de tudo tenho medo de que a minha mente possa deixar meu corpo doente.

A – O acompanhamento médico vais seguir. Podes tirar as dúvidas sobre o que deve ser essa dor. Mas penso que, sim, que tens razão de ter receio de que tua mente te faça engordar, e até contribuir para te adoecer. Mas, tu vê que estás podendo tratar as tuas questões de outra forma, não só com cirurgias plásticas e vômitos.

Nadir segue falando sobre o medo que sente de fracassar, o que lhe desperta o desafio de analisar conteúdos dolorosos para encontrar um sentido para sua vida, a qual, por vezes, sente inútil. No entanto, entendo ter havido um movimento

importante com a retirada da banda gástrica, por esta não surtir o efeito mágico desejado. Percebo o surgimento de um sentimento de esperança de que, através da análise, a paciente possa entrar em contato com suas angústias e vazios visando à progressiva ampliação de seu psiquismo.

Considerações finais

O material clínico apresentado, neste trabalho, propõe uma discussão acerca de possibilidades e dificuldades no processo de significação do ato bulímico que, nesta paciente, apresenta-se como via de descarga de características aditivas. A paciente sofre de graves comprometimentos emocionais além do transtorno alimentar. No entanto, para fins de discussão neste trabalho, me ative à análise das questões relacionadas ao sintoma alimentar.

O referencial psicanalítico aplicado a pacientes que sofrem de graves transtornos alimentares nos brindam com desafios e diferem dos casos da análise clássica de pacientes neuróticos.

Nas psicopatologias em que o ato e o corpo dominam a cena, como no caso de Nadir, a atividade analítica demanda a capacidade de suportar, no campo transferencial, o longo período no qual o paciente fala de forma concreta, desconectada de sentido ou desorganizada. A tarefa, portanto, especialmente no início do processo, é muito mais construtiva do que interpretativa, no sentido de poder criar junto ao paciente um mundo simbólico até então não alcançado ou precariamente constituído.

Sendo os transtornos alimentares manifestações clínicas de psicopatologias narcísicas, considerados o paradigma das psicopatologias que predominam na contemporaneidade, estes têm provocado diversas publicações psicanalíticas. A incidência cada vez maior na clínica de sujeitos que padecem dessas patologias tem promovido a reflexão cuidadosa e orientada por intervenções analíticas que podem tornar-se surpreendentes e gratificantes, dentro das possibilidades de cada caso em particular.

No caso de Suzete Nadir, os momentos difíceis em que ser escutada pela paciente não parecia possível, nos quais decifrar o simbolismo oculto aos comportamentos parecia inócuo, foram progressivamente dando lugar a soluções menos atuadas, a partir de entendimentos construídos na relação analítica, deslindando, assim, possibilidades de constituição de significados.

Embora considerando que a psicopatologia moderna localiza o transtorno alimentar como possível em diferentes níveis de organização estrutural e, inclusive, por vezes, como manifestação histórica com novas roupagens, há predominância,

na literatura, da concepção de que não se trata de um sintoma resultante da ação do recalçamento e, sim, da ação de mecanismos mais primitivos, como a cisão, a desmentida e a forclusão.

As contribuições pioneiras da Escola Francesa de psicossomática e as demais contribuições valiosas acerca das somatizações, que traduzem falta de elaboração e de simbolização dos pensamentos e sentimentos inaceitáveis que sofrem forte negação – tipo forclusão, entre outros aportes, têm trazido novas possibilidades de entendimento e de acesso a um material que está no nível pré-simbólico.

Quando, na história de Suzete Nadir, ela teve que se deparar com a perda do pai e depois do marido, sentindo-se também exigida a exercer o papel de mãe, os atos compulsivos bulímicos que apresentava desde a sua adolescência não puderam mais dar conta de sua necessidade de descarga de angústia. Gerou-se, então, uma regressão ainda mais profunda, a somatização em um câncer que a castrou concretamente, mas ao qual não recaiu. Depreende-se disto que Nadir pôde recorrer à análise, buscando não sucumbir psicossomaticamente.

As falhas na capacidade de metabolizar afetos, na releitura de autores que trouxeram contribuições a partir dos princípios bionianos, como Ferro, com sua rica descrição clínica acerca dos estados protoemocionais cindidos, é um dos referenciais que também pode nortear o trabalho clínico. A paciente ao longo de sua análise consegue progressivamente transitar de um relato concreto acerca de sua imagem corporal e de atos bulímicos compulsivos para um relato acerca de sua história relacional e expressão de suas emoções.

As concepções de McDougall, que nomeia o ato bulímico como “atos sintomas” aditivos, transitórios por falhas na transicionalidade, utilizando a concepção de Winnicott acerca dos objetos e fenômenos transicionais, são outro viés criativo. Suzete Nadir buscou, sem êxito, anestesiarse da dor da solidão através destas descargas calmantes e intoxicantes no alimento e em outros comportamentos compulsivos, como as compras que lhe propiciaram apenas alívio temporário, transitório.

A transmissão transgeracional de um luto não elaborado, que não pôde ser processado psiquicamente pela mãe de Nadir, e por esse motivo transmitido ao psiquismo da filha, dá um dos sentidos possíveis à sensação de neoidentidade da paciente, que demonstra as falhas na constituição do sentido de uma identidade própria – ela seria o objeto do luto, a tia.

Considero que se busca auxiliar esses pacientes a criarem uma mente, a partir do progressivo estabelecimento da diferenciação eu-outro, na retomada do desenvolvimento da matriz psique-soma, defensivamente cindida.

Pelo desenvolvimento da capacidade de pensar e de sentir, o sujeito passa a ter a possibilidade de substituir a ação pelo pensamento que brinda com possibilidades de construção de significado. A necessidade alimentar pode passar a ser reconhecida como representante das necessidades nutricionais e seus componentes de prazer, de autoconservação e não mais como produto da subversão da ordem nutricional, que visa à mudança corporal e à descarga, como tentativa de preencher um vazio de significado.

Suzete Nadir sofria de grave impossibilidade de metabolização de sua dor psíquica, seu desvalimento expressava-se em comportamentos automáticos, descarregados em atos bulímicos. Explodia em comportamentos alimentares compulsivos e vômitos por não tolerar a dor que sentia, por não ter recebido condições de desenvolver um psiquismo capaz de organizar afetos e representações. Deste modo, ela se encontrava reduzida a ser uma escrava da quantidade, condenada a reações comportamentais. Isso está ligado a falhas na constituição de seu narcisismo – em que o especular, ou seja, a mãe, não foi capaz de devolver uma imagem percebida em sua alteridade, integrada e, acima de tudo, amada e desejada, deixando, portanto, lugar à desvalia melancólica.

A bulimia denuncia o fracasso da elaboração mental; busca-se, portanto, ao longo do tratamento, o desenvolvimento de uma capacidade de mentalização que gere maior complexidade psíquica e análise do ego ideal que, nesses pacientes, representa o sentimento de onipotência do sujeito frente a si mesmo e ao mundo exterior. Suzete Nadir erigia duras críticas a sua aparência física que teria que corresponder a um ideal sempre inatingível.

A saída do estado de alienação, no qual Nadir sentia não possuir uma mente reflexiva, mas tão somente um estômago, uma fome, um vazio que a controlavam, começou a tornar-se possível. Quando decidiu retirar a banda gástrica, pois esta, no caso desta paciente, causava o agravamento do quadro bulímico, foi possível pensar que ela se propusera a creditar, no processo analítico, uma busca de significado para a sua angústia, e não mais apenas em algo concreto ou mágico para a contenção de seus vazios, relacionados a falhas primitivas da função materna.

Para o ingresso e a continuidade desses pacientes no processo analítico, destaca-se a importância da disponibilidade do analista em buscar as possibilidades de trilhar o caminho do ato à fala, do corpo ao simbólico, no processo que implica a construção do sentimento de si, da identidade alicerçada em diferentes pilares, em bases mais consistentes, não apenas sobre a imagem corporal que evidencia o desvalimento e a pobreza simbólica.

The bulimic act: possibilities of meaning creation

Abstract: Patients suffering from regressive psychopathology, such as bulimics, have been a technical challenge to psychoanalysis, considering the difficulties encountered in constructing a chain of meaning in these psyche-lacking symbolisms. This work presents a review of psychoanalytical references about bulimia. Theoretical contributions are articulated to the presented clinical material, aiming the development of a listening and a psychoanalytic intervention of the bulimic act, in the described case. Starting from the vertex of psychopathology, the different theoretical references are discussed in the light of the issues imbricated in the psychic constitution of the patient: narcissistic disorder, mother and daughter relationship, transgenerational mourning, psychosomatic nonsense, addition, possibilities and difficulties in the process of meaning construction in the transferential context.

Keywords: Addition. Bulimia. Meaning construction. Narcissism. Psychosomatic. Transgenerational mourning.

Referências

- Bergeret, J. (2000). *A personalidade normal e patológica*. Lisboa: Climepsi.
- Bidaud, E. (1998). *Anorexia mental, ascese, mística*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Bion, W. R. (1988). *Estudos psicanalíticos revisados*. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1957)
- Brusset, B., Couvreur, C., & Fine, A. (Orgs.). (2003). *A bulimia*. São Paulo: Escuta.
- Chandler, E. (2001). Escisión y contexto en la anorexia nerviosa. In *Revista Actualidad Psicológica*, (288).
- Couvreur, C. (2003). Fontes históricas e perspectivas contemporâneas. In B. Brusset, C. Couvreur, & A. Fine, A. (Orgs.). *A bulimia*. São Paulo: Escuta.
- Ferro, A. (2011). *Evitar as emoções, viver as emoções*. Porto Alegre: Artmed.
- Fine, A. (2003). Sobre a bulimia. Entrevista com Joyce McDougall. In B. Brusset, C. Couvreur, & A. Fine. (Orgs.). *A bulimia*. São Paulo: Escuta.
- Freud, S. (1972a). Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: Comunicação preliminar. In *Obras completas* (Vol. 2). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1893)

- Freud, S. (1972b). Caso Emmy Von N. In *Obras completas* (Vol. 2). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1895)
- Freud, S. (1972c). Manuscrito G. In *Obras completas* (Vol. 1). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1895)
- Freud, S. (1972d). Extratos dos documentos dirigidos a Fliess. In *Obras completas* (Vol. 1). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1897)
- Freud, S. (1972e). Contribuições a um debate sobre a masturbação. In *Obras completas* (Vol. 12). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1912)
- Freud, S. (1972f). Sobre o narcisismo: Uma introdução. In *Obras completas* (Vol. 14). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1914)
- Freud, S. (1972g). Luto e melancolia. In *Obras completas* (Vol. 14). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1915)
- Freud, S. (1972h). O mal-estar na civilização. In *Obras completas* (Vol.21). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1930)
- Freud, S. (1972i). Sexualidade feminina. In *Obras completas* (Vol. 21). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1931)
- Freud, S. (1972j). Conferência XXXIII. Feminilidade. In *Obras completas* (Vol. 22). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1933)
- Green, A. (1988). *Narcisismo de morte*. São Paulo: Escuta.
- Jeammet, P. (2003). Desregulações narcísicas e objetais na bulimia. In B. Brusset, C. Couvreur, & A. Fine (Orgs.). *A bulimia*. São Paulo: Escuta.
- Lacan, J. (1998). O estádio do espelho como formador da função do Eu. In *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar. (Original publicado em 1936)
- Maldavsky, D. (2005). Psicossomática. In A. Maladesky, M. B. López, & Z. L. Ozores (Comps.). *Psicossomática. Aportes teórico-clínicos en el siglo XXI*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Marty, P. (1995). *La psicossomática del adulto*. Buenos Aires: Amorrortu.
- McDougall, J. (2000). *Teatros do corpo. O psicossoma em psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- McDougall, J. (2003). Entrevista com Joyce McDougall. In B. Brusset, C. Couvreur, & A. Fine (Orgs.). *A bulimia*. São Paulo: Escuta.

Miranda, M. (2011). A representação simbólica nas perturbações alimentares à luz da complexidade da relação mãe-filha. In P. Gonzaga, & C. Weinberg (Orgs.). *Psicanálise dos transtornos alimentares*. São Paulo: Primavera Editorial.

Smirgel, J. C. (1988). *Sexualidade feminina. Uma abordagem psicanalítica contemporânea*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Winnicott, D. (1975). O Papel de Espelho da Mãe e da Família no Desenvolvimento Infantil. In *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1967)

Winnicott, D. (1988). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In *Textos selecionados. Da pediatria à psicanálise*. (3a Ed.) Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Original publicado em 1951)

Zukerfeld, R. (1996). *Acto bulimico, cuerpo y tercera tópica*. Buenos Aires: Paidós.

Copyright © Psicanálise – Revista da SBPdePA
Revisão de português: Débora Rodrigues

Recebido em: 17/07/2017

Aprovado em: 22/01/2018

Maria Isabel Perez Mattos
Av. Carlos Gomes, 1001 / 302
90480-004 - Porto Alegre – RS
E-mail: misabelmattos@hotmail.com