

**SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICANÁLISE
CURSO DE FORMAÇÃO EM PSICANÁLISE
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**“ENTRE O PRAZER E A CULPA: O SOFRIMENTO
PSIQUICO NO ADOLESCENTE COM BULIMIA”**

**Cristiani Ragazzi Fernandes
Orientador: Prof. Átila R Gonçalves**

**Sorocaba/SP
2021**

**SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICANÁLISE
CURSO DE FORMAÇÃO EM PSICANÁLISE
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**“ENTRE O PRAZER E A CULPA: O SOFRIMENTO
PSÍQUICO NO ADOLESCENTE COM BULIMIA”**

Artigo apresentado em cumprimento às exigências para
a conclusão do Curso de Formação em Psicanálise
sob a orientação do Professor Átila R Gonçalves

Sorocaba/SP

2021

**SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICANÁLISE
CURSO DE FORMAÇÃO EM PSICANÁLISE
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

Autor: Cristiani Ragazzi Fernandes

**“ENTRE O PRAZER E A CULPA: O SOFRIMENTO
PSÍQUICO NO ADOLESCENTE COM BULIMIA”**

Avaliado em ____ / ____ / ____

Nota Final: () _____

Orientador: Átila R. Gonçalves

Professor(a) Examinador(a)

Sorocaba/SP

2021

Entre o prazer e a culpa: O sofrimento psíquico no adolescente com bulimia.

“Não somos nosso corpo em carne e osso, somos o que sentimos e vemos de nosso corpo: sou o corpo que sinto e o corpo que vejo”. NASIO, 2008.

RESUMO

A adolescência é um marco muito importante na vida do ser humano. Nesta fase da vida ocorrem diversas transformações: físicas, psíquicas e biológicas. A forma como o adolescente se organiza em grupos e a importância que ele dá para sentir-se aceito no mesmo é essencial para o processo de uma adolescência saudável. Já que o ambiente e as pressões sociais podem ser uma mola propulsora para o desenvolvimento saudável ou o marco de um início de diversos transtornos. Observa-se que o corpo é a manifestação de sentimento, desejos, projeções e fantasias, no qual se torna um canal importante da manifestação do sofrimento e expressão da dor e do prazer. É, portanto, nesse contexto que se evidencia de forma significativa a presença de transtornos alimentares. No caso da bulimia, a adolescência pode ser a porta de entrada pois, a relação do adolescente com o corpo ainda é frágil e que associada a um padrão social causam muita angústia, principalmente para adolescente do sexo feminino. Experimenta-se com prazer e boa vontade o desprazer da dor, “o sofrimento confortável”. A pulsão volta sob a forma de sintoma, por isso o sintoma também gera prazer. E, sendo o sintoma um padecimento com o significante, este não cessará em se repetir por ser o portador de um gozo, representante tanto da dor, quanto do alívio (NASIO, 2008).

Palavras-chave: adolescência, bulimia, transtorno alimentar, corpo, psicanálise.

Abstract

Adolescence is a very important milestone in human life. At this stage of life, several transformations occur: physical, psychological and biological. The way adolescents organize themselves into groups and the importance they give to feeling accepted in them are essential for the process of a healthy adolescence. Since the environment and social pressures can be a driving force for healthy development or the beginning of several disorders. It is observed that the body is the manifestation of feelings,

desires, projections and fantasies, in which it becomes an important channel for the manifestation of suffering and expression of pain and pleasure. It is, therefore, in this context that the presence of eating disorders is significantly evidenced. In the case of bulimia, adolescence can be the gateway because the adolescent's relationship with the body is still fragile and associated with a social pattern causes a lot of anguish, especially for female adolescents. The displeasure of pain, "comfortable suffering" is experienced with pleasure and good will. The drive returns in the form of a symptom, so the symptom also generates pleasure. And, since the symptom is a suffering with the signifier, it will not stop repeating itself because it is the bearer of a jouissance, representative of both pain and relief (NASIO, 2008).

Keywords: adolescence, bulimia, eating disorder, psychoanalysis.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO

Pretende-se com este trabalho de conclusão de curso fazer uma análise teórica a respeito do impacto da bulimia e o papel da devastação que há nos sintomas bulímicos na adolescência e sua relação entre a culpa e o prazer.

Este trabalho é relevante para se ampliar o conhecimento de um atendimento mais efetivo com o fim de apresentar uma proposta psicanalítica para esse sintoma.

1.1. Descrição da Situação Problemática

O sofrimento psíquico causado pela luta entre o prazer e a culpa nos casos de bulimia nervosa, do adolescente do sexo feminino numa perspectiva psicanalítica.

1.2. Hipótese Diagnóstica

Para além da função nutritiva o alimento é uma fonte de prazer e ocupa um lugar simbólico bastante significativo. As hipóteses levantadas podem originar-se nos primeiros anos de vida, determinando pontos de fixação no desenvolvimento relacionada a figura materna, levando o sujeito a ingestão compulsiva de comida, no resgate de suas representações de prazer, um mecanismo que revela angústia e culpa, trazendo muitos prejuízos psíquicos, comprometendo suas relações sociais.

2. ADOLESCÊNCIA

A adolescência marca o período de transição entre a infância e a vida adulta, que vai da puberdade a independência. A puberdade marca o período de maturação sexual, durante o qual a pessoa se torna capaz de se reproduzir. A adolescência é marcada não só pela necessidade de liberdade e conquistas como também transformações biológicas, físicas, psicológicas e sociais.

A adolescente Anne Frank em seu diário escrito enquanto se escondia dos nazistas, descreveu tumultuosas emoções adolescentes:

O modo como me tratam varia tanto. Um dia Anne é tão sensível e pode saber de tudo; e no outro dia seguinte escuto eu Anne é só uma cabritinha tola que não sabe de

nada e imagina que aprendeu um monte de coisas nos livros...Ah, tanta coisa ferve dentro de mim enquanto fico aqui deitada na cama, tendo de aturar gente que me irrita e que sempre interpreta errado minhas intenções.

Para G Stanley Hall (1904), um dos primeiros psicólogos a descrever a adolescência, a tensão entre a maturidade biológica e a dependência social, cria um período de “estresse e tormenta”.

Para muitos a adolescência é um tempo de vitalidade sem as preocupações da vida adulta, um tempo de amizades recompensadoras, de maior idealismo e um senso crescente de possibilidades de vida empolgantes.

Meninos se desenvolvem cedo, sendo fortes e mais atléticos nos primeiros anos, tendem a ser mais populares, seguros e independentes, embora também corram mais risco de delinquência, de consumirem bebida alcoólica e de terem atividade sexual prematura (STEINBERG; MORRIS, 2001)

Para as meninas a maturação precoce pode ser estressante. Se o corpo de uma menina não está em sintonia com a sua maturidade emocional e com as experiências e o desenvolvimento físico de suas amigas, ela pode começar a se associar com meninas mais velhas ou ser objeto de riso. O que conta não é apenas o amadurecimento, mas como as pessoas reagem ao desenvolvimento.

O cérebro do adolescente também é uma obra em andamento, nesse processo de maturação cerebral surge uma poda neural de conexões não utilizadas. O que não usamos se perde. Há também o crescimento da mielina (tecido adiposo) que se forma em torno dos axônios permitindo maior comunicação e conexões com outras regiões do cérebro (BLAKEMORE, 2008)

O desenvolvimento do lobo frontal parece ficar defasado com relação ao sistema límbico. O que nos ajuda a explicar a impulsividade, o comportamento de risco e muitos são incapazes de controlarem seus impulsos e a processos de tomada de decisões (STEINBERG, 2007).

A medida que os adolescentes se tornam capazes de refletir sobre o próprio pensamento e sobre o pensamento de outras pessoas, começam a imaginar o que as pessoas estão pensando sobre elas.

Erik Erikson (1963), sintetiza que os adolescentes questionam: “Quem sou eu como indivíduo? O que eu quero fazer da minha vida? Devo agir de acordo com os

valores? No que eu acredito?” Para Erikson o adolescente abre o start para a busca da identidade.

Os conflitos entre pais e filhos durante essa transição podem ser maiores.

É na adolescência que as maiores transformações corporais ocorrem bem como a insatisfação com a imagem corporal.

A pressão social também contribui para que esse quadro acentue fato esse que diversos transtornos alimentares tem seu início na adolescência.

A idealização de um corpo que se encaixe aos padrões do seu grupo social, nem sempre correspondente com a realidade alcançada aumentam a possibilidade de comprometimento da autoestima e distorção da imagem corporal.

A combinação de estima baixa com a distorção da imagem corporal são a mola propulsora para que o adolescente busque incessantemente o emagrecimento, como por exemplo: o uso de laxantes, jejuns e a pratica excessiva de exercício físico, como métodos compensatórios para o controle de peso, fatores que podem desencadear alguns transtornos alimentares como a anorexia e a bulimia (CORDAS ; CLAUDINO, 2002).

3. A BULIMIA NERVOSA COMO DEFINIÇÃO

O corpo veicula o registro biográfico - subjetivo em que se dá atravessamento de fluxos psíquicos e extra psíquicos que demandam a relação com o outro e sua herança social e cultural. Se constitui enquanto uma dimensão orgânico- biológica, cujo funcionamento da corporeidade se dá por meio da sensorialidade e diferentes níveis de intensidade. (BIRMAN, 1999).

O corpo é a manifestação da própria existência, é nele que se manifesta os sentimentos, desejos, projeções e fantasias tanto individuais como coletivas (herança familiar, cultural ou social).

Observa-se que na atualidade assume um papel muito importante na expressão da dor e do sofrimento humano.

Miranda (2005), afirma que perturbações da ordem das condutas alimentares configura-se como fenômenos expressivos de sofrimento psíquico da contemporaneidade.

A descrição da bulimia nervosa (BN) foi iniciada a partir dos estudos do psiquiatra britânico Gerald Russel, em Londres no ano de 1979, que descreveu 30

pacientes atendidos em sua clínica entre 1972 e 1978, que apresentava um medo mórbido de engordar e que a tentativa de evitar o ganho de peso apresentavam comportamentos compensatórios.

O termo bulimia tem sua origem do grego “bous” (boi) e “limos” (fome), designando assim um apetite tão grande que seria possível um homem comer um boi, ou quase. Entre os séculos XV e XVIII, diferentes variantes do termo, como os derivados do latim “bulimus” e bolismos” ou do francês “bolisme” como o esmo significado anterior, foram empregados na literatura médica na Inglaterra, França, Alemanha e Polônia (PARRY-JONES ; PARRY-JONES, 1991)

A Bulimia Nervosa (BN), como descrita no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais em sua quinta edição (DSM- 5), é um transtorno alimentar (TA) grave, que traz prejuízos significativos ao funcionamento psicológico social e à saúde física, estando associado a altas taxas de complicações médicas, e comprometimento psicossocial.

É definida por ingestão de uma enorme quantidade de alimentos, geralmente calóricos, em um curto período de tempo, e está associada à sensação de perda de controle e ao sentimento de culpa e vergonha. A utilização de método compensatório, por sua vez, é motivada pelo medo de ganhar peso.

Esses comportamentos compensatórios levam a indução do vômito, novo período de jejum, utilização de laxantes, diuréticos e/ou prática extensiva de exercício físico. Esses dispositivos são perigosos porque causam dependência e levam a perda de potássio e a outras complicações físicas.

O vômito autoinduzido é extremamente comum, sendo encontrado em até 95% dos pacientes, provavelmente pelo seu efeito de redução imediata da ansiedade (CASPER, 1983).

Em contraste com a anorexia nervosa pacientes tendiam a ser mais pesados mais ativos sexualmente e mais propensas a menstruar regularmente e a se manter férteis. Sintomas depressivos eram frequentemente graves e angustiantes e levavam a um alto risco de suicídio (RUSSELL, 1979).

Em comparação ao avanço das pesquisas e contribuições do DSM, apenas na terceira edição a anorexia nervosa e a bulimia nervosa foram reconhecidas como

duas categorias diagnósticas específicas. Considera-se, portanto, que o DSM III foi um marco que contribuiu para o diagnóstico dos transtornos alimentares.

O engajamento em dietas restritivas é o antecedente mais comum dos episódios de compulsão alimentar, e costuma estar associado à insatisfação corporal e/ou distorção de imagem corporal. É comum, entre pacientes com BN, a supervalorização do corpo, em detrimento de outras características, bem como a auto objetificação e alta sensibilidade a reforço social associado à aparência física, determinação e autocontrole. Esse desejo latente de aprovação social, por sua vez, geralmente tem relação com baixa autoestima (DALGALARRONDO, 2018).

(APOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000) sugere no que diz respeito aos problemas do comportamento alimentar sejam divididos em dois grandes grupos: o primeiro compreenderia aos distúrbios alimentares que ocorrem na infância, nos quais a problemática alimentar não parece estar relacionada a uma preocupação com a imagem corporal. Já o segundo compreenderia aos transtornos alimentares propriamente dito, tal como são designados na linguagem psiquiátrica: anorexia nervosa, bulimia nervosa, que evidencia uma marcada preocupação com o corpo.

Na exploração da psicopatologia da alimentação cotidiana, pode-se observar que o comportamento alimentar remete o sujeito à complexidade da sua relação com o próprio corpo, e com os outros que o cercam (FERNANDES, 2006).

Uma vez considerada por muitos autores como uma patologia contemporânea se faz necessário abordar a cultura em que o sujeito está inserido. Neste sentido, Fernandes relata que os transtornos alimentares parecem ser exemplares para colocar em evidência o paradoxo do excesso e da falta numa cultura marcada pela busca de linearidade anestesiada dos ideais (FERNANDES, 2006, p. 267).

Jeammet (1999), pontua que os transtornos das condutas alimentares acontecem entre a infância e a idade adulta, tendo como foco a adolescência, colocando-se entre o psiquismo e o somático; entre o individual e o social (JEAMMET, 1999). Essa dualidade revela uma dificuldade enorme por parte de adolescentes necessitando assim recorrer a uma expressão por meio do seu corpo.

4. ENTRE O PRAZER E A CULPA

Sobre a patologia Freud propõe que, “embora fique latente a maior parte do tempo no que concerne à consciência, está constantemente à espreita e tem outros meios de se expressar”, podendo ser representada por queixas como, por exemplo, “espasmos do coração”, “dificuldade de respirar”, “inundações de suor”, “fome devoradora” FREUD (1969, p. 96).

Amorim e Sant’Anna (2005, p. 82) estão de acordo com Freud ao dizer que:

“a passagem da comida pela boca foi aos poucos erotizando esse órgão e trazendo como consequência a transformação da função alimentar da comida. Como podemos ver, a inibição não surge de um momento para o outro, ela vai se instalando aos poucos, podendo chegar a um ponto de gravidade extrema em que o sujeito já não consegue mais separar-se da comida, pois a erotização da boca vai corrompendo cada vez mais essa função alimentar, numa exigência de satisfação. Do nosso ponto de vista, talvez esteja aí o fundamento da voracidade no que essa satisfação está a serviço da pulsão de morte”.

Freud (1969, p. 92) propõe ainda que:

“a função da nutrição é com a maior frequência, perturbada por uma falta de inclinação para comer, acarretada por uma retirada da libido. Um aumento do desejo de comer também não constitui coisa incomum. A compulsão para comer é atribuída ao medo de morrer de fome, mas isto é um assunto pouco estudado. O sintoma dos vômitos é conhecido por nós como uma defesa histérica contra o comer. A recusa de comer devido à ansiedade é concomitante de estados psicóticos (delírios de ser envenenado)”.

Quando falamos de compulsão alimentar podemos dizer que não há só prazer, mas também de desprazer.

De origem inconsciente, esse constrangimento interno leva o sujeito a se colocar repetidas vezes a situações que não fazem sentido para ele. A não realização dessa imposição é sentida como causadora de intensa angústia.

Freud sustenta que em toda situação de perigo há um estado de excitação e esse desprazer é nomeado por ele como momento “traumático”. Esse momento traumático é carregado de angústia neurótica. A tensão que há na compulsão parece ser, portanto uma defesa contra angústia (CAMPOLINA, 2014).

Zwangsneurose é o termo alemão usado por Freud para designar a neurose obsessiva. *Zwang* designa o constrangimento interno, uma força interna imperativa, a compulsão. Não foi sem razão que Freud usou essa designação que aponta para a característica fundamental desta patologia: o constrangimento interno, seja constrangimento a pensar as obsessões; seja constrangimento a agir as compulsões.

A compulsão surge diretamente ligada ao retorno do recalcado e ao sentimento de culpa, como motor do conflito psíquico. Dessa forma é importante salientar que uma compulsão neurótica é do recalçamento que ela provém, a qual insere a compulsão na dinâmica psicosexual. Neste momento a análise de um comportamento compulsivo passa a remeter necessariamente ao exame de uma dinâmica subjacente, uma dinâmica ligada à sexualidade (ASSOUN, 1994).

Para Assoun (1994), existe um entrelaçamento de duas dimensões contrastantes na compulsão obsessiva: uma pressão poderosa e inescapável que conduz ao ato e vincula ao pulsional, e outra que limita, restringe a possibilidade de ação que a veicula ao interdito.

Há nesta patologia a articulação entre a compulsão e a interdição: o imperativo de “dever fazer” que se liga de forma indissociável ao imperativo de “não fazer”, instituído pelo sentimento de culpa.

Freud (1905), estabelece a relação entre alimentação e as pulsões sexuais, sendo autoerótica, porque a princípio é desprovida de objeto e voltada para o próprio corpo. O ato de chuchar é precedido das primeiras mamadas, em que os lábios se tornam zonas erógenas.

A busca pelo prazer, a genética, experiência pessoais, possíveis recalques, ideias de beleza e outros fatores podem levar ao desenvolvimento de transtornos alimentares. Dentre os quais destacam-se: a anorexia nervosa, a bulimia nervosa e o comer compulsivo (KELNER, 2004).

A anorexia nervosa é um transtorno alimentar em que a pessoa adota uma dieta restritiva e mesmo assim sente-se gorda, acima do peso. Há portanto uma disforia corporal. Um fenômeno que acontece muito também na adolescência e atinge a maioria das meninas assim como a bulimia. Temendo o ganho de peso deixam de se alimentar, ficando obcecadas por emagrecer.

Diferentemente da anorexia, a bulimia caracteriza-se por flutuações no peso seguidos por purgações compensatórias.

Os que tem muitos episódios de comer exageradamente seguidos de remorso, mas não colocam para fora, nem jejuam ou se exercitam exageradamente, sofrem do transtorno da compulsão alimentar periódica (MYERS, 2015).

O ambiente familiar pode apresentar um ambiente propício para o desenvolvimento de transtornos alimentares.

As mães de meninas que sofrem deste transtorno geralmente estão preocupadas com o próprio peso e com o peso e a aparência das filhas (PIKE; RODIN, 1991).

Famílias de pacientes com bulimia apresentam incidência acima do normal de obesidade infantil e autoavaliação negativa (JACOBI *et al*).

Famílias com pacientes com anorexia, costumam ser competitivas, altamente exigentes e protetoras (PATE *et al.*, 1992)

Podemos dizer que aquele que sofre de compulsões, comporta-se como se estivesse dominado por um sentimento de culpa.

Esse sentimento de culpa segundo Freud (1907), origina-se de certos eventos mentais primitivos, mas é constantemente revivido pelas repetidas tentações que resultam de cada nova provocação, além disso acarreta um furtivo sentimento de ansiedade, uma expectativa de infortúnio ligada através da ideia de punição, à percepção interna da tentação.

A pulsão para Freud é um conceito limite entre o psíquico e o somático, vindo do interior do corpo e alcançando a psiquê, a exigência imposta ao psíquico é percebida na sua relação com o corpo. A pulsão é, portanto, a força motriz do ser humano. Portanto em se tratando de pulsão o estímulo é sempre interno e não externo.

A pulsão sempre vai em busca de um apaziguamento, nem que seja um apaziguamento parcial, nunca total. Portanto a pulsão por si só é insatisfeita. O que não nos resta dúvidas que essa insatisfação também promove movimento.

Uma pulsão nunca imprime um impacto momentâneo, mas sim constante promovendo um ciclo de repetição. Por se tratar de um movimento interno o cérebro evitando o desprazer repete a experiência de satisfação, mesmo que essa satisfação seja momentânea e promova sentimento de culpa mais tarde.

Experimenta-se com prazer e boa vontade o desprazer da dor, “o sofrimento confortável”, como mencionam alguns pacientes com dismorfia corporal que sofrem com o isolamento, porque beira a excitação sexual e produzem uma condição agradável. A pulsão volta sob a forma de sintoma, por isso o sintoma também gera prazer. E, sendo o sintoma um padecimento com o significante, este não cessará em se repetir por ser o portador de um gozo, representante tanto da dor, quanto do alívio (NASIO, 2008).

Uma característica marcante, é o fato de se sentirem orgulhosas de controlar seu peso e aplainar suas formas.

Esse controle insensato do corpo é seu triunfo e seu orgulho secreto sendo assim o maior inimigo do terapeuta, o deleite que o paciente sente em domar seu corpo (NASIO, 2008).

Talvez seja este o motivo que muitos pacientes resistam ao processo terapêutico, e quando o fazem é pela insistência e preocupação dos pais.

Alguns psicanalistas em discordância de Freud sustenta a ideia de que uma patologia psíquica encontra suas origens exclusivamente na falta de satisfações sexuais em sua acepção genital, contudo se utilizarmos o termo pulsional assim como Freud mesmo parecia privilegiar é bastante coerente afirmar que essa patologia resulta da transformação direta não mediada pelo psiquismo da pulsão não satisfeita. Com isso a questão passa a ser porque essa mediação não ocorreu (JUNQUEIRA & COELHO Jr., 2006).

E algumas hipóteses para sustentar essa afirmação são levantadas, como por exemplo falhas na relação mãe-bebê.

Existe entre o sujeito com sintomas bulímicos, a comida como vínculo de sujeição. Sujeição é como um laço, um vínculo muito especial, intenso e exclusivo, amoroso e despótico entre o sujeito e aquilo que ele considera sendo seu objeto. Tal

relação introduz o conflito, a desordem e o desamparo psíquicos (KELNER, 2004). Do ponto de vista psicanalítico o sintoma é uma solução de compromisso entre o desejo inconsciente e a estrutura psíquica, ou seja, um representante desse conflito, podendo retornar ou substituído por outro. Tendo como variedade de significados desde dificuldades nos processos de individuação próprios da adolescência, até sensibilidade as mudanças socioculturais.

As manifestações sintomáticas podem causar prejuízos em diversas áreas da vida e levar o indivíduo a níveis inimagináveis de sofrimento circunscritos, às vivências de irrealização, de personalização, além de sensações de desamparo vazio existencial, apatia, inautenticidade, indiferença e descontinuidade do sentimento de “ser” (CANELAS NETO, 2013).

Jeammet (1999) afirma que “a bulimia reflete as dificuldades que as adolescentes tiveram em suas ligações infantis com os objetos parentais.” O autor classifica a bulimia como “apetência objetal” tida como uma busca incessante do objeto. Nessa eterna busca do objeto, o sujeito tenta assegurar a manutenção de seus limites e de seu poder sobre o objeto. A passagem ao Édipo com conflitos pode gerar falhas narcísicas e dependência objetal que reforçam o movimento de desligamento pulsional e de regressão, apontando a incompletude do sujeito e o eterno desejo de ser cuidado por um pai ideal, totalmente disponível e com poder mágico.

Partindo do pressuposto que a alimentação envolve não apenas aspectos biológicos, como socioculturais e psicológicos é de extrema relevância este presente estudo. Já que o ato de se alimentar abrange muito mais do que a satisfação das necessidades fisiológicas, havendo vários fatores psíquicos e comportamentais atrelados a ele. (ABREU; CARDOSO, 2008). Ressaltando aspectos como a vulnerabilidade da adolescência, a necessidade de o adolescente fazer parte de um grupo social, maturação cerebral e questões hormonais. Desta forma o psicanalista se vê diante de uma psicopatologia que vem ressoando um mal-estar da sociedade contemporânea, que remete a pensar o que desejam esses sujeitos. Eles têm fome de quê? Como coloca a composição de Antunes, Fromer e Brito na voz do grupo musical Titãs: *“a gente não quer só comer, a gente quer prazer para aliviar a dor.”*

5. CONDUÇÃO CLÍNICA

A visão apresentada neste trabalho de conclusão é a partir da orientação psicanalítica dentro de uma perspectiva que rompe com a ideia de que fazer clínica é sinônimo de atendimento entre quatro paredes, voltando-se exclusivamente para a cura, que segundo Figueiredo, (2004) “o que define a clínica psicológica como clínica é sua ética: ela está comprometida com a escuta do interdito e com as sustentações das tensões e dos conflitos” (FIGUEIREDO, 2004, p. 63).

O comprometimento com a escuta analítica e as sustentações dos conflitos estende-se tanto para o princípio analítico da metapsicologia psicanalítica freudiana proposta por Freud, como outras psicoterapias com orientação psicanalítica dependendo da perspectiva teórica do analista.

Os principais objetivos do tratamento segundo Russell, 1979 são: (i) interromper o ciclo vicioso da alimentação excessiva e do vômito (ou purgação) auto induzido, (ii) persuadir os pacientes a aceitarem um peso maior. A identificação do tratamento precoce está associada a prognósticos mais favoráveis, neste sentido é importante que profissionais de saúde tenham familiaridade com os critérios diagnósticos desse transtorno alimentar bem como suas atualizações periódicas. Além disso o tratamento da BN se faz necessário uma equipe multidisciplinar envolvendo psiquiatras, psicoterapeutas, nutricionistas.

A maneira como esses pacientes se apresentam refletem sua dificuldade em resolver problemáticas relacionadas especialmente ao narcisismo, compreendendo que seria este base para o processo de diferenciação e desenvolvimento da identidade, que remontam as fases precoces do desenvolvimento infantil (COBELO, GONZAGA, & WEINBERG, 2018).

As imagens mentais que forjamos do nosso corpo são subjetivas, deformadas que falseiam a percepção de nós mesmos, não existindo, portanto, um eu puro, resultando sempre da interpretação pessoal e afetiva do que sentimos e do que vemos de nosso corpo, alimentadas no amor ou no ódio que temos de nós mesmos. Portanto as imagens deformadas de nosso corpo, nos impõe fatalmente a uma imagem distorcida de nosso eu.

NASIO (2008) fazendo referência a Leonardo da Vinci diz:

“cada ser tem uma maneira muito particular de se mover, agir, sentir ou falar e que aprender essa ondulação íntima de um ser e torná-la perceptível é a finalidade da arte”.

Para ele, se o psicanalista conseguir perceber dentro de si mesmo o movimento interior do outro ou do interior de si, é um ato analítico submetido a diversos imperativos: (i) é preciso compreender que o mergulho no inconsciente é um processo que exige um esforço intenso e difícil; (ii) só é possível através da dissociação do analista entre uma parte que se engaja e outra que observa; (iii) está para além de um talento clínico, do conhecimento dos sintomas e da história do paciente, o psicanalista precisa lidar com seu próprio conteúdo inconsciente, com sua própria imagem inconsciente do corpo, moldando segundo as manifestações do inconsciente do paciente.

Portanto o que importa num processo analítico não é apenas a rememoração do passado, mas quando esse passado surge através de uma emoção se torna o instante mais inédito possível, passando de passado para uma nova produção, podemos dizer que esse processo se torna o ato criativo.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Bulimia Nervosa desde sua inclusão no DSM tem sido estudada por profissionais da saúde mental. As pressões sociais sobre o alcance do corpo perfeito podem intensificar o aumento do transtorno alimentar, principalmente para adolescente do sexo feminino.

A Bulimia se destaca do transtorno alimentar periódico por causa do comportamento purgatório com uso de laxantes e o vômito provocado e outros artifícios utilizados pela culpa como punição ao prazer de se comer.

Essa dicotomia entre o prazer e a culpa provoca um sofrimento psíquico intenso.

Podemos dizer que aquele que sofre de compulsões, comporta-se como se estivesse dominado por um sentimento de culpa.

Esse sentimento de culpa origina-se de certos eventos mentais primitivos, mas é constantemente revivido pelas repetidas tentações que resultam de cada nova provocação, além disso acarreta um furtivo sentimento de ansiedade, uma expectativa de infortúnio ligada através da ideia de punição.

O transtorno bulímico também difere da anorexia, já que não se caracteriza pela perda excessiva de peso, o que dificulta o diagnóstico e as intervenções, já que pessoas que com esse transtorno podem sofrer com os sintomas por muitos anos e

não procurar ajuda capacitada, trazendo diversos prejuízos para a saúde como um todo.

O tratamento precisa ser multidisciplinar com terapeutas, psiquiatras e nutricionistas.

A psicanálise nestes casos pode possibilitar a restauração da vida psíquica e do seu potencial criativo.

Conclui-se que a pesquisa bibliográfica deste trabalho ressalta o quão complexo é o tema e sugere possibilidades de outras discussões sobre essa patologia.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

ABREU, P. R., & CARDOSO, L. R. (2008). *Multideterminação do Comportamento Alimentar em Humanos: um Estudo de Caso* (3 ed.). Brasília: **Psicologia: Teoria e Pesquisa**.

American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5). (2013). Porto Alegre: Artmed.

AMORIM, L., & ANNA, M. A. (2005). *A passagem ao ato com fracasso das defesas contra a angústia na obesidade*. In: **O objeto da angústia**. Rio de Janeiro: 7 Letras.

ANTUNES, A., FROMER, M., & S, B. (s.d.). COMIDA.

APPOLINÁRIO, J. C., & CLAUDINO, A. M. (2000). Transtornos Alimentares. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 22, 28-31. Acesso em 03 de Novembro de 2021, disponível em <https://www.scielo.br/j/rbp/a/P6XZkzr5nTjmdVBTYyJVZPD/?format=pdf&lang=pt>

ASSOUN, P.-L. (1994). *La passion de répétition. Genèse et figures de la compulsion dans la métapsychologie freudienne*. (Vol. n.2). Revue Française de Psychanalyse.

BIRMAN, J. (1999). **Mal estar na atualidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

BLAKEMORE, S.-J. (2008). Development of the social brain during adolescence. **Quarterly Journal of Experimental Psychology**, 61, pp. 40-49.

BRUSSET, B. (2003). *A Bulimia. Introdução geral*. In: BRUSSET, B.; COUVREUR, C; FINE, A. (Orgs.). São Paulo: Escuta.

CAMPOLINA, M. B. (2014). Bulimia e Devastação: **uma clínica do feminino**. **Faculdade de Medicina UFMG**, p. 15. Fonte:

https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUOS-9PWHVQ/1/monografia_bernadete_campolina_final.pdf

- CASPER, R.** (1983). Sobre a emergência da bulimia nervosa como síndrome: **um olhar histórico**. 3, 3-16. doi:[https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198321\)2:3<3::AID-EAT2260020302>3.0.CO;2-D](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198321)2:3<3::AID-EAT2260020302>3.0.CO;2-D)
- COBELO, A. W., GONZAGA, A. P., & WEINBERG, C.** (março de 2018). Abordagem psicanalítica dos transtornos alimentares. **CEPPAN Clínica de estudos e pesquisa em psicanálise da anorexia e bulimia**(1). Acesso em 14 de Dezembro de 2021, disponível em <https://redeceppan.com.br/wp-content/uploads/2020/10/ceppan-01.pdf>
- CORDAS, T. A., & CLAUDINO, A. M.** (2002). Transtornos alimentares: fundamentos históricos. **Revista brasileira de psiquiatria**, 24, 3-6. doi:<https://doi.org/10.1590/S1516-44462002000700002>
- DALGALARRONDO, P.** (2018). **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais** (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- ERIKSON, E. H.** (1963). *Childhood and society*. New York: Norton.
- FERNANDES, M. H.** (2006). *Transtornos Alimentares Anorexia e bulimia*. . São Paulo : Casa do Psicólogo.
- FIGUEIREDO, L. C.** (2004). *Revisitando as Psicologia: Da epistemologia à ética das práticas e discursos psicológicos*. Petrópolis: Vozes.
- FREUD, S.** (1905/1996). *Três ensaios sobre a Teoria da Sexualidade (Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud Vol. VII)*. Rio de Janeiro: Imago.
- FREUD, S.** (1907/1996). *Atos obsessivos e práticas religiosas (Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud ed., Vol. IX)*. Rio de Janeiro: Imago.
- FREUD, S.** (1926/2006). *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund; Inibições, sintomas e ansiedade* (Vol. XX). Rio de Janeiro: Imago.
- FREUD, S.** (1969/1916/1917). *Feminilidade (Conf. XXXIII)*. In: **Conferências introdutórias sobre psicanálise**. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud (Vol. v). Rio de Janeiro: Imago.
- FREUD, S.** (1969/1925). **Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos**. In: (Vol. v). (E. S. Freud, Ed.) Rio de Janeiro: Imago.
- FREUD, S.** (1969/1926). **Inibições, sintoma e ansiedade**. In (Vol. v). (S. b. Freud., Ed.) Rio de Janeiro: Imago.
- FREUD, S.** (1969/1931). **Sexualidade feminina**. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud (Vol. v). Rio de Janeiro: Imago.

- JACOBI, C. H. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: **Application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy.** *Psychological Bulletin*, 130. *Psychological Bulletin*, 130, 19-65.
- JEAMMET, P. (1999). *Abordagem psicanalítica dos transtornos das condutas alimentares.* In R. Urribarri. **Anorexia e bulimia.** São Paulo: Escuta.
- JEAMMET, P. (1999). *Desregulações narcísicas e objetais na bulimia.* In: BRUSSET, B.; COUVREUR, C.; FINE, A. (Org.). **Anorexia e bulimia.** São Paulo: Escuta.
- JUNQUEIRA, C., & COELHO Jr., N. E. (2006). Freud e as neuroses atuais: **as primeiras observações psicanalíticas dos quadros borderline?** . 18(2), p. 3. Acesso em 23 de Novembro de 2021, disponível em <https://www.scielo.br/j/pc/a/Ldbpj77Zw3L9kDb84kV5Fcp/?format=pdf&lang=pt>
- KELNER, G. (2004). **Transtornos alimentares: Um enfoque psicanalítico** (Vol. 27). (E. d. Psicanálise, Ed.) Belo Horizonte.
- MIRANDA, M. R. (2005). Distúrbios da alimentação-anorexia, bulimia e compulsões: **histórias de segredos e paixões.** *Revista Brasileira de Psicanálise*, 39(3), 27-34.
- MYERS, D. G. (2015). **Psicologia** (9ª ed.). Rio de Janeiro: Ltc editora.
- NÁSIO, J. D. (2008). **Meu corpo e suas imagens.** Rio de Janeiro: Zahar.
- Neto, J. M. (2013). Reflexão sobre o vazio dentro da psicanálise: do horror do vazio ao vazio criador de metáforas. **Jornal de Psicanálise**, 46(85), 127-140.
- PARRY-JONES, B., & PARRY-JONES, W. (1991). Bulimia. **Na archival review of its history in psychosomatic medicine.** *Int J Eat Disord.* 10, pp. 43-129. doi:[https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199103\)10:2<129::AID-EAT2260100202>3.0.CO;2-I](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199103)10:2<129::AID-EAT2260100202>3.0.CO;2-I)
- PATE, J. E., PUMARIEGA, A. J., HESTER, C., & GARNER, D. M. (1992). **in eating disorders: A review.** *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 802-809.
- PIKE, K. M., & RODIN, J. (1991). **Mothers, daughters, and disordered eating.** . *Journal of Abnormal Psychology*, 198-204.
- RUSSELL, G. (09 de Agosto de 1979). Bulimia nervosa: uma variante sinistra da anorexia nervosa. **Psychological Medicine**, 3, pp. 429-48. doi:10.1017 / S0033291700031974
- STEINBERG, L. (. (2007). **Risk taking in adolescence: New perspectives from brain and behavioral science.** (Vol. 16). Current Directions in Psychological.
- STEINBERG, L., & MORRIS, A. S. (2001). *Adolescent development.* **Annual Review of Psychology** (Vol. 52).