



O CONCEITO DE PULSÃO DE MORTE E SUA ARTICULAÇÃO COM OS SINTOMAS DA ANOREXIA E BULIMIA

THE CONCEPT OF PULSION OF DEATH AND ITS ARTICULATION WITH THE SYMPTOMS OF ANOREXIA AND BULIMIA

Maria Bruna Mota Pereira¹
Bruno Henrique Martins Bressani²
Mayra Fernanda Silva de Souza³

RESUMO: O conceito de pulsão de morte introduz na teoria psicanalítica um novo dualismo pulsional, onde o caos da pulsão se opõe à ordem do aparelho psíquico. Gozo e dor se fundem abrindo um novo leque teórico. Na atualidade, sintomas emergem trazendo em seu bojo as marcas inconfundíveis da pulsão de morte. Dentre tais sintomas, destaca-se nessa pesquisa a anorexia e a bulimia. Nesse sentido, o presente trabalho investigou como o conceito de pulsão de morte se articula com as manifestações sintomáticas da anorexia e da bulimia. O arcabouço metodológico se deu através da pesquisa de caráter bibliográfico por meio de artigos e periódicos científicos online ou disponíveis em revistas, livros, dissertações, teses, dentre outros. Os resultados das pesquisas e articulações teóricas realizadas neste trabalho apontaram para os destinos da pulsão de morte nos transtornos alimentares. Na anorexia, a pulsão de morte se mostra através do masoquismo primário que, leva o sujeito a atacar o próprio corpo como forma de atacar e esvaziar-se do exacerbado investimento materno. Na bulimia, a compulsão à repetição dará as nuances da manifestação da pulsão de morte. O sujeito bulímico goza com o excesso, a fim de compensar a falta do investimento da mãe. Enfim, apesar dos inúmeros caminhos de pesquisa que ainda se abrem frente a tais sintomas, os resultados puderam demonstrar que a psicanálise pode contribuir significativamente para a compreensão e tratamento do sujeito anoréxico e bulímico.

PALAVRAS-CHAVE: Pulsão de Morte; Transtornos alimentares; Clínica Psicanalítica.

ABSTRACT: It was perceived that the concept of death drive introduces in psychoanalytic theory a new drive dualism, where chaos of the drive is opposed to the order of the psychic apparatus. Enjoyment and pain merge unlocking a new theoretical range. At present, symptoms emerge bringing in their bulge the unmistakable marks of the death drive. Among such symptoms, anorexia and bulimia are highlighted in this research. In this sense, the present work investigated how the concept of the death instinct articulates with the symptomatic manifestations of anorexia and bulimia. The methodological framework was based on bibliographic research through scientific articles and journals online or available in magazines, books, dissertations, theses, among others. The research results and theoretical articulations carried out in this study pointed to the destinations of the death drive in eating disorders. In anorexia, the death drive shows through primary masochism which causes the subject to attack his own body as a way of attacking and emptying oneself of the exacerbated maternal investment. In bulimia, a compulsion to repetition will give the nuances of the manifestation of the death drive. The bulimic subject enjoys the excess in order to compensate for the mother's lack of investment. Finally, although the numerous research paths which still open against such symptoms, the results could demonstrate that psychoanalysis can contribute significantly to the understanding and treatment of the anorexic and bulimic subject.

KEYWORDS: Death drive; Eating Disorders; Psychoanalytic Clinic.

1 INTRODUÇÃO

O presente artigo tem por objetivo apresentar os resultados da pesquisa bibliográfica com o título “O conceito de pulsão de morte e sua articulação com os sintomas da anorexia e

¹ Pós-graduanda em Psicanálise: Clínica da Criança e do Adolescente pela PUC Minas. Bacharel em Psicologia pela PUC Minas. mariabrunamota@gmail.com

² Bacharel em Psicologia pela PUC Minas. brunobressaniclv@gmail.com

³ Mestre em Educação pela UFSJ. Bacharel em Psicologia pela PUC Minas. mayrafs@bol.com.br

bulimia”, adaptado a partir do trabalho de conclusão de curso apresentado em 2015, na Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Campus Arcos.

Ao pensar em um sujeito singular, cercado por especificidades intersubjetivas, valores simbólicos e leis pulsionais, a psicanálise, mantendo suas especificidades epistemológicas, pode contribuir significativamente com a discussão sobre os destinos do mal-estar nos dias de hoje, fazendo pensar em como esse mal-estar ganha novos contornos na contemporaneidade. Neste contexto, a variedade dos sintomas alimentares aponta para as formas de expressão desse mal-estar que, na teoria de Freud, serão localizados a partir das marcas indelévels da pulsão de morte. (FREUD, 1920/2006).

De acordo com Fuks e Pollo (2010) muitos consideram, por influência midiática e do próprio discurso da psiquiatria que, a anorexia e a bulimia, fazem parte do grande conjunto das novas patologias da era pós-moderna, mas que, na realidade, já eram conhecidos, ainda que sob outras perspectivas, no passado. Por meio de uma dissecação minuciosa de quadros sintomáticos, a psiquiatria nomeia e cataloga tais transtornos como se eles fossem objeto de estudo científico apenas nos dias atuais. Com isso, ignora-se o fato de que, tais sintomas que hoje ganharam novas nomeações, já eram velhos conhecidos de teorias como a psicanálise.

Assim, a questão central que atravessou essa investigação é: Como o conceito de pulsão de morte articula com os sintomas dos transtornos alimentares na contemporaneidade? A fim de responder tal questão, objetivou-se investigar como se dá a manifestação da pulsão de morte na anorexia e na bulimia.

A bulimia pode ser definida como o distúrbio em que o indivíduo ingere grandes quantidades de alimentos em curto período de tempo, compensando este comportamento com vômitos ou laxantes. A anorexia, por sua vez, se caracteriza como o transtorno em que, por acreditar em uma autoimagem acima do peso, a pessoa restringe a ingestão de alimentos ao mínimo possível, podendo chegar à inanição, a fim de alcançar um ideal de magreza. Na anorexia também podem surgir quadros de alteração do ciclo menstrual (amenorreia). (MORAIS, 2000).

Neste contexto, foi desenvolvida uma pesquisa de caráter bibliográfico. Para acessar os trabalhos que foram referência para este artigo, realizou-se buscas em biblioteca universitária (livros) e bases científicas disponíveis na internet (artigos, teses, dissertações), além de visita a blogs sobre anorexia e bulimia. Tal metodologia foi utilizada por acreditar-se ser coerente com os objetivos da pesquisa, ou seja, articular o conceito de pulsão de morte às manifestações sintomáticas da anorexia e bulimia. Em psicanálise, a pesquisa bibliográfica também pode ser caracterizada como pesquisa-investigação que, de acordo com Naffah Neto

(2006), esquadrinha um campo do conhecimento psicanalítico a partir da criação e escolha de problemas teórico-metodológicos e de uma investigação cuidadosamente planejada. Além disso, tal metodologia de pesquisa surge a partir de uma demanda do objeto a ser investigado que, por sua vez, mobiliza o desejo do pesquisador. A partir da pesquisa e leitura do material encontrado, a discussão se dá a partir da articulação entre a teoria psicanalítica e os sintomas da anorexia e da bulimia, em consonância com os discursos verídicos de blogueiras acerca da vivência de seus transtornos alimentares.

Portanto, diante do exposto e, apesar da vasta obra que funda a teoria das pulsões, o conceito de pulsão de morte pertence a um arcabouço teórico complexo e de difícil compreensão, o que pode levar a uma gama de discussões sobre os mais diversos sintomas da atualidade, dentre eles, os transtornos alimentares, que serão discutidos a seguir.

2 O QUE A PSICANÁLISE TEM A DIZER DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES?

Muitos são os autores psicanalistas que se debruçam sobre os fenômenos alimentares, muito embora o termo transtorno não seja empregado por esta teoria. O corpo, objeto por excelência da ciência médica, em psicanálise não é visto apenas como um organismo, mas como um corpo articulado no mundo, articulado à cultura, submetido ao simbólico, à linguagem e ao pulsional.

Inicialmente, a psicanálise tratou a anorexia como uma forma de histeria. Freud situa os sintomas alimentares no campo da histeria, sendo que, os sintomas histéricos originam-se de um trauma psíquico. Para ele, a anorexia é uma melancolia da sexualidade que não fora desenvolvida. Nesse sentido, a perda de apetite é equiparada, em termos sexuais, à perda de libido. (FREUD, 1887/1996).

Freud, a nível teórico, não tratou diretamente da anorexia e da bulimia. Porém é possível encontrar em seus textos, algumas descrições que apontam para tais sintomas. O caso da senhora Emmy Von N., de 40 anos de idade, tratada por Freud, pode contribuir com a reflexão acerca do discurso da psicanálise frente aos ditos transtornos alimentares. (FREUD, 1895/1996).

A inteligente Sra. Emmy começou a ser atendida por Freud em 1º de maio de 1889, embora essa data seja contraditória. Foi a primeira tentativa de Freud em usar o método hipnótico, que fora aprendido com Breuer. Na primeira consulta, a Sra. Emmy parecia jovem, embora o rosto tivesse expressões penosas e tensas. Falava em tom de voz baixo, sendo que a

fala, por vezes, era interrompida por espasmos, fazendo-a gaguejar. Frequentemente, reproduzia movimentos semelhantes a tiques, no rosto e também nos músculos do pescoço.

A paciente recebeu educação cuidadosa, proveniente de uma mãe disciplinadora e rígida, excessivamente severa. Em 9 de maio, a paciente relatou dores gástricas logo pela manhã, as quais surgiram no dia anterior. A paciente também apresentava vários medos relacionados a animais, ligados a experiências da infância. Sobre a gagueira, dissera que surgiu quando esteve doente no passado. O marido, grande industrial, era bem mais velho que ela, sendo que faleceu cedo, após tomar o café da manhã.

Em 13 de maio, Emmy dormira mal devido às dores gástricas; não havia jantado. Durante a sessão de hipnose, à noite, a paciente dissera que, após o falecimento do esposo, perdera todo o apetite, comendo apenas por obrigação, ocasião em que as dores gástricas se iniciaram. No dia seguinte, relatou que teve uma forte inflamação abdominal em 1871, acompanhada de dores gástricas.

Em um dia em que Freud visitou a Sra. Emmy (que estava internada em uma casa de saúde desde o início do tratamento) no horário de almoço, a paciente fora surpreendida quando, no jardim, tirava algo embrulhado em um papel, que era um pudim seco. Isso acontecia todos os dias. Freud verificou que, em relação aos demais pratos, a paciente deixava restar mais da metade da comida. Ao ser indagada sobre tal fato, Emmy respondeu que não comia muito porque passava mal em seguida às refeições. Só ingeria bebidas como café, leite ou chocolate. Apesar disso, não estava especialmente magra, mas fora recomendada a melhorar os hábitos alimentares por questão de saúde. Ao tentar tal feito, voltou a passar muito mal. Freud lhe disse que isso se devia ao seu medo e angústia em comer e beber, e que, se não mudasse de opinião em 24 horas, iria pedir que a mesma fosse embora.

Após o prazo combinado, a Sra. Emmy relatou lembranças remotas. Disse que, quando criança, muitas vezes, por má-criação, se recusava a comer no jantar. A mãe, então, obrigava-a a comer a carne duas horas depois, quando já estava fria e com a gordura dura. Isso sempre lhe causou imensa repulsa. Quando foi morar com o irmão, que sofria de doença contagiosa, não deixou de fazer as refeições com ele, para que não soubessem de sua doença. Pouco depois, cuidara também de outro irmão, acometido por tuberculose. Este irmão tinha por hábito escarrar em cima do prato de comida, o que causava náuseas em Emmy. A paciente disse que as escarradeiras ainda estavam na mesa quando fazia uma refeição. Em relação à água, quando tinha 17 anos, a família passou alguns meses em Munique, donde a maioria dos membros da família contraíram catarro gástrico devido à água de má qualidade. Com os devidos cuidados médicos, todos melhoraram, exceto Emmy. O efeito terapêutico, sob hipnose, se mostrou

eficaz imediatamente, bem como duradouro. Durante uma semana, Emmy não passou fome, comendo e bebendo sem dificuldade alguma no dia seguinte. Em carta, escreveu que se sentia muitíssimo bem.

O caso da Sra. Emmy Von N. proporciona a clara percepção dos sintomas da anorexia nervosa, embora Freud não a tenha tratado exatamente sob esta nomenclatura. Segundo Pimenta Filho (2008), nesse momento teórico, Freud ainda não havia construído os conceitos de recalque, transferência, repetição, pulsão, etc. O que se colocava em jogo era a temática de uma repulsa histórica. O sintoma emergiria como uma tentativa de dar conta do fracasso do recalque. Freud, então, terá de desenvolver a teoria das pulsões para alargar a compreensão do que é o sintoma.

Segundo Gaspar, citando Gorgatti (2000), ao final do século XIX, a anorexia sai de cena como uma forma de histeria para ser considerada como uma entidade clínica dotada de um complexo sintomático e pulsional. Apesar disso, até meados da década de 60, a anorexia continuou com laços estreitos com a histeria dentro do discurso analítico. Com o avanço dos estudos em psicanálise, os sintomas da oralidade foram ganhando outras nuances que articulavam cada vez mais o psíquico com o somático, inserindo a categoria da linguagem entre a ordem do corpo e a do psíquico.

Para a Psicanálise, o corpo registra, o corpo é memória. O corpo é depositário das experiências primárias, das marcas da relação parental, das frustrações e experiências de satisfação do desejo. O corpo também fala, por meio de imagens bizarras moldadas pela anorexia ou pela bulimia. O corpo fala do desejo. E é esse o convite que a psicanálise faz aos diversos campos do conhecimento científico: considerar o inconsciente e o desejo. (MORAIS, 2000).

E qual seria, então, o desejo na anorexia? É curioso pensar que a anoréxica é notada justamente pelo nada, e não por algo que salta, isto é, por algo que destaque aos olhos e aos ouvidos. Quando fala, mal se utiliza da voz, gagueja e se encobre de espasmos na linguagem. Quase sempre, não tem nada a dizer. A anoréxica possui uma parceria com o nada, com o vazio. Não é que ela não coma, mas sim que ela coma nada. Nesse sentido, sua recusa obstinada em comer, preserva seu desejo do outro invasor, representado pelo alimento. (MORAIS, 2000). Tal condição localiza o sujeito numa dolorosa tentativa de lidar com o corpo que, a cada dia, lhe parece ser inadequado e estranho.

Em relação à bulimia, a psicanálise percebe-a como um corpo da ordem do gozo, atravessado pelo pulsional que faz gozar. Se na anorexia o sujeito enfrenta um corpo sem dono, na bulimia o corpo é percebido como um paradoxo. (PIMENTA FILHO, 2006).

Pimenta Filho discute que:

O sujeito, apresentando bulimia, encontra-se diante do Outro, marcado por uma posição fixa, fechado num circuito interno onde o gozo e sua mostração não permitem a inclusão de laços sociais firmemente constituídos. Onde o gozo é a satisfação de uma pulsão que envolve o corpo comprometido pela ação do significante. O corpo aqui não é o organismo biológico. O corpo é inseparável do gozo, atravessado pela cadeia significante. O corpo é, pois, a sede do gozo e o gozo é um acontecimento de corpo. (PIMENTA FILHO, 2006, p. 1).

Para Moreira e Orengel (2010), a clínica psicanalítica identifica a bulimia, no discurso do analisante, como a busca pelo gozo impossível, que é um tormento, um sofrimento e, enfim, uma doença. Regularmente, é trazida como tendo sido, inicialmente, aceita e escolhida, mas, em dado momento da história de vida do sujeito, torna-se uma ação repetida e compulsória que é fonte de angústia e ocasiona alienação. Essa experiência social de um ato privado só pode tornar-se um sintoma ao se demandar ajuda para um profissional. As autoras também demarcam que o problema psicopatológico da bulimia não pode ser restrito a um transtorno alimentar, destacando a necessidade de entender que o objeto oral é muito mais complexo que o objeto comida, pois reporta às formas primitivas de vínculo do sujeito com o outro e ao equilíbrio narcísico-objetal. As condutas bulímicas podem ser tidas como defesas que mantêm o sujeito em um quadro neurótico de organização, o que traz problemas para a questão essencial do tratamento e também do prognóstico.

Também na bulimia, o gozo se mistura à culpa e o sujeito, “agido” pela pulsão, se vê na impossibilidade de recusar o imperativo do gozo e, em contrapartida, por meio do vômito vê a possibilidade de uma separação do outro. Alienação e separação vão convivendo na bulimia onde o sujeito cola-se no outro e, ao mesmo tempo recusa-o. (PIMENTA FILHO, 2006). Com isso, é possível que se localize o vazio, também na bulimia.

Em muitos casos, um mesmo paciente pode apresentar um quadro anoréxico em conjunto com a bulimia, que é o ato de vomitar após a ingestão de grande quantidade de alimento. Kelner afirma que:

A paciente anorética retira o sentido das palavras, como subtrai o sabor dos alimentos, o aroma do perfume o sentimento da vida. [...] Nas crises bulímicas ela, ao mesmo tempo que procura preencher o seu vazio interior com selvagem voracidade, pretendendo que aquele alimento lhe traga bem-estar, imediatamente o reconhece como destrutivo, mau, e tenta expulsá-lo com a mesma “selvageria”. (KELNER, 2004, p. 41).

Nesse sentido, na bulimia, Pimenta Filho (2006) constata que, a contínua repetição dos vômitos cava o buraco que a compulsão alimentar se esforçará para encobrir novamente. Porém, não se deve desconsiderar, também, que o ato de vomitar, tanto na anorexia quanto na bulimia, atende à manutenção do ideal de um corpo perfeito, resultado de uma grave distorção da imagem corporal.

Segundo Gaspar (2010), o que se percebe na anorexia em relação à imagem corporal é um conflito existente entre a imagem corporal e o esquema corporal. Por imagem corporal, de acordo com Saikali et. al. entende-se a figura que a pessoa tem de seu corpo, que se forma em sua própria mente, sendo o modo como o corpo lhe apresenta. (SCHILDER apud SAIKALI et. al., 2006). Para Gaspar, “[...] o esquema corporal se refere às próprias percepções e ações, e à capacidade ativa e criativa de ajustamento autorregulatório das transformações do ambiente.” (GASPAR, 2010, p. 35). A imagem corporal, por sua vez, “[...] corresponde à percepção de si como fator causal das mudanças no comportamento do outro. O sujeito só consegue se perceber imageticamente como um envelope fechado através das ações que percebe provocar no outro.” (GASPAR, 2010, p. 35).

Fator agravante para o sentimento de inadequação corporal na atualidade é a imposição do ideal de um corpo perfeito, dotado de alta estatura, magro e livre de gorduras localizadas. Vaz (2006) discorre que o corpo dos dias atuais é atravessado pelas novas tecnologias da informação, trazendo a experiência da materialidade do corpo e da experiência sensorial para o aqui e o agora, isto é, tratando-os de maneira imediatista, sendo esse imediatismo uma característica perceptível na contemporaneidade.

Segundo Dantas (2011), o corpo da atualidade se configura cada vez mais como um dos principais espaços simbólicos em que se constroem modos de subjetivação. Para a autora, o sujeito da atualidade é vastamente persuadido pela mídia, que impõe determinados padrões corporais e, mesmo que se leve a saúde em consideração, acima de tudo sempre estará a beleza. É o que acontece na anorexia e na bulimia: o sujeito despreza a própria saúde em prol do objetivo maior de apresentar a aparência física perfeita.

Enfim, a clínica de tais sujeitos deve, sobretudo, entender seu sofrimento a partir de todos esses complexos engendramentos. Ao lidar com a anorexia, por exemplo, é necessário ter muita cautela, pois em alguns quadros graves, as pacientes anoréxicas estão numa linha tênue que beira a psicose. Em outros casos, trata-se de adolescentes que se espelham no padrão de beleza inspirado pelas modelos magérrimas da atualidade, dispostas a fazerem de tudo, inclusive colocar suas vidas em risco, para alcançar uma imagem que seja aceita pelo outro. (KELNER, 2004). Além disso, é preciso localizar e entender a anorexia, bem como a bu-

limia, como formas de oralidade que, respondem também às questões sexuais, parentais e pulsionais.

2.1 A problemática alimentar na psicanálise: as marcas do excesso e da falta

Como realçado anteriormente, a anorexia e a bulimia não foram, necessariamente, objeto de estudo direto na obra freudiana. Freud tentou compreender a anorexia por meio dos modelos históricos, realçando a importância da oralidade na organização da sexualidade. Já a bulimia, estaria localizada nas elaborações teóricas de Freud, a partir dos processos de descarga das excitações pulsionais. (FERNANDES, 2006).

Desde bebê, a subjetividade do sujeito está sendo construída, e as necessidades que o fazem buscar a satisfação compõe parte dessa construção. O corpo do bebê apresenta necessidades que ele mesmo não pode satisfazer por si. Para satisfazê-las, o choro será utilizado como artifício, que será dirigido a um outro que possa saná-las. Nessas experimentações será inscrita a pulsão como constituinte do psiquismo, apontando um deslizamento que irá desviar o sentido das necessidades. (FREUD, 1895/1996).

Freud escreve que o material recalado referente aos primeiros anos de vida é inacessível e que, ao passar pelos vários períodos e momentos da vida, esse material sofre uma tradução. (FREUD, 1895/1996). Nesse sentido, Zavaroni, Viana e Celes fazem um apontamento considerável sobre o texto freudiano:

Na Carta 52, Freud (1950[1892-1899]/1980) incorpora definitivamente a metáfora da escrita à compreensão do funcionamento psíquico. Com isso, traz outro estatuto para o lugar das experiências que deixam traços. Nessa carta, a partir da idéia (*sic*) do traço mnêmico, Freud discute o processo de transcrição das inscrições deixadas no psiquismo pelas experiências infantis, em alusão não especificamente ao que foi vivido, mas às *marcas* deixadas pelas experiências de prazer e desprazer que a criança vivenciou. Percebemos, portanto, que já nesse momento das elaborações teóricas de Freud, aparece a compreensão do infantil em seu caráter de traço mnêmico recalado e com valor de determinação. Assim, se Freud, nesse momento, já considera que o material psíquico é continuamente traduzido, podemos pensar que o infantil já não pode ser considerado como uma transposição literal das experiências vividas. (FREUD apud ZAVARONI, VIANA E CELES, 2007, p. 67).

Vê-se, conforme apontado, que são as marcas deixadas pelas experiências que se configuram importantes. Uma vivência por si não transforma o sujeito, mas as impressões deixadas por ela. Algumas serão prazerosas e outras desprazerosas sendo que, ambas são fundamentais para a constituição psíquica e subjetiva do sujeito. Tais marcas influenciarão a forma como o sujeito se satisfaz – obtém prazer – ou como experimenta sensações de desprazer.

É preciso reconhecer que, o desenvolvimento infantil desde o nascimento, os primeiros contatos mãe-bebê, bem como os conflitos diários entre os dois, giram na órbita da alimentação. Para Laplanche e Pontalis (1967/1970), na fase oral, primeira fase de organização libidinal, o prazer sexual está predominantemente ligado à excitação bucal e labial que acompanha a alimentação. Nesta fase, a nutrição fornece as significações eletivas pelas quais se exprime e se organiza a relação objetal onde, a relação de amor com a mãe é marcada pelos significados de comer e ser comido. A primeira experiência de satisfação, ocorrida na primeira amamentação, tornar-se-á um objeto perdido, que inscreverá o sujeito na falta, no vazio. Garcia-Roza (1995) ilustra tal proposição com a imagem de um ceramista que, ao fazer um jarro, confere uma forma ao vazio. É assim que se abre a falta. A partir disso, o objeto perdido, nunca tido, deverá ser buscado até ser reencontrado. Por sua vez, o aparato psíquico, a partir da experiência de satisfação, produzirá ações específicas (sintomáticas ou não) a fim de reproduzir tal experiência, o que localizará o sujeito numa busca infundável desse mítico objeto perdido.

Na infância, é esperado que, paulatinamente, a criança vá se tornando independente em relação à sua mãe, suportando suas ausências. Também no que diz respeito à alimentação, uma independência gradual vai ocorrendo de forma sutil na criança. Porém, a dificuldade de lidar com a falta poderá inscrever tal sujeito, também, em arranjos sintomáticos como a anorexia e a bulimia, entendidos como formas de oralidade e gozo, no caso da bulimia, e como desejo do nada, na anorexia. De acordo com Miranda (2003), os ditos transtornos alimentares, expressam o sofrimento do Ego, seu transbordamento e desorganização, bem como suas tentativas de alívio, a fim de defender-se da angústia.

Para o entendimento dos transtornos alimentares, Kelner (2004) apresenta alguns dos construtos teóricos lacanianos. Para Lacan, a castração se dá para ambas as figuras parentais. Quando não há a castração da mãe, o sujeito se vê submetido ao devorar materno. As experiências de separação, desmame, castração e afastamento da mãe, serão reorganizadas junto ao espaço vazio deixado pelo objeto primordial, o que possibilitará ao sujeito a elaboração de sua subjetividade. Quando isso não ocorre, a exclusão da inscrição libidinal na cadeia simbólica fará com que a relação com a mãe torne-se um facilitador para a emergência de transtornos alimentares como tentativa de suplência da falta ou esvaziamento do excesso. (KELNER, 2004).

Segundo Miranda (2003), por exemplo, na anorexia há descompasso na relação com a mãe ainda nos primeiros tempos do desenvolvimento infantil. Tal desarranjo na relação mãe-bebê se dá no fato de que a mãe pode não alimentar o filho segundo suas necessidades, mas

segundo as próprias necessidades dela, o que dificultará a capacidade do sujeito em diferenciá-la da mãe. Com a chegada da adolescência e do despertar da sexualidade, os conteúdos da infância, ora cristalizados e não simbolizados, emergem em forma de sintoma. Para Miranda (2003) a anoréxica se vê dominada pela ideia do “não comer” e, o confronto com a sexualidade genital, pode provocar a recusa em tornar-se mulher. Com isso, por meio de um pacto de cumplicidade doentia com a destrutividade, ela ataca o corpo da mãe atacando seu próprio corpo. Esvazia seu corpo, para esvaziar-se de sua mãe, como nos rituais religiosos de jejum, em que não se come para se alcançar um estado de pureza. Porém, tal esforço resulta ainda mais em dependência e fusão, pois, com isso a anoréxica controla a alimentação, a vida da mãe e de seus outros familiares.

Ainda segundo Miranda (2003), o vínculo distorcido com a mãe, enfraquece e embaça a figura paterna que, por sua vez, não consegue ajudar. Kelner (2004) também levanta reflexões acerca da perda de legitimidade das autoridades nos dias atuais, tanto na família quanto no âmbito social. Leis não são mais obedecidas e a função paterna, de certa forma vai perdendo aos poucos seu lugar. De acordo com Rocha (2011) citando Miguelez, a representação da lei foi, paulatinamente, arrancada das mãos da figura paterna. Instituições como creches, empresas, escolas obrigatórias e, até mesmo as mídias e publicidades vão, progressivamente, funcionando como representantes da lei e executores do poder de interdição. Com isso, a autora não está afirmando que houve uma eliminação da lei, mas um esvaziamento de regras e limites com o esvaziamento da função paterna.

Segundo Rocha (2011), o que houve na realidade:

Foi um compartilhamento dessa função paterna com outros personagens, tais como o médico, o professor, os sujeitos midiáticos em geral, dentre outros; ou seja, não é que essas prerrogativas tivessem deixado de existir: simplesmente mudaram de mãos e de estilo. Parece acontecer, portanto, uma espécie de “desencarnação” da figura do pai como sendo o representante primordial da lei, e enquanto tal, da função de barrar o gozo. (ROCHA, 2011, p. 2).

De Paoli citado por Rocha (2011) colabora com a ideia de que a ausência de hierarquias entre as gerações na contemporaneidade modelam pais demasiadamente tolerantes e negociadores que, por medo de perder o amor de seus filhos, não legislam sobre eles. Rocha (2011) citando Lebrun caracteriza esse “neo-sujeito”, portanto, como aquele que produz tentativas de livrar-se da figura e autoridade do pai, evitando seu patriarcado. O neo-sujeito, “recusa o lugar do Outro, o nega e, devido a isso, é conhecido como ‘um sem outrem’; sendo mar-

cado pela rejeição da transcendência, torna-se imune à alteridade; busca o gozo ilimitado e não aceita ser barrado”. (ROCHA, 2011, p. 3).

Lemos (2005) concorda com os autores supracitados inferindo que, tanto a anorexia quanto a bulimia, apontam para um fracasso na elaboração psíquica das relações parentais, marcando no real do corpo uma recusa da feminilidade por meio do sofrimento e do gozo. Na bulimia, portanto, localiza-se o “gozo alimentar” e, na anorexia, o “gozo da fome”. Para Fernandes (2006), o gozo bulímico é travestido de dor. É um corpo sem forma, vigiado e odiado, corpo barulhento e incômodo. No gozo anoréxico, ao contrário, há uma recusa do corpo material, expressa na recusa da fome, no exagerado emagrecimento, no limiar do desfalecer sensorial. Dolto (1984/1992) delineará com mais clareza a noção de imagem corporal partindo do estatuto do inconsciente. A autora afirma que a imagem inconsciente do corpo vai se fazendo a partir das sensações e emoções precoces vividas com as figuras parentais. A partir disso, a imagem inconsciente do corpo se apoiará no sentir, no dizer, no corpo de um outro, nomeado de mãe.

Continuando a reflexão, segundo Fernandes (2006), é preciso compreender a relação mãe-bebê a partir da constituição de um corpo plural no autoerotismo, para um corpo unificado no narcisismo. A forma como o sujeito tratará seu corpo estará diretamente ligada ao investimento materno nele. A mãe escuta e interpreta as sensações corporais do bebê e, investindo naquele corpo, libidiniza-o por meio de um laborioso trabalho. Tal investimento se constitui não apenas numa condição à sobrevivência, mas à constituição de um sujeito de desejo que habita seu próprio corpo. Nesse sentido, quando o investimento materno falha, de maneira excessiva ou insuficiente, o corpo se vê preso na impotência e dependência desse objeto primário.

Alguns psicanalistas destacam a estreita ligação da figura materna com as jovens anoréxicas e bulímicas. Na experiência analítica, quando as anoréxicas e bulímicas são questionadas acerca de algo, respondem quase sempre o que a mãe pensa sobre tal indagação. Há uma realçada presença da mãe no discurso delas. Tais mães, quando as filhas ainda são pequenas, valorizam exageradamente o cuidado com a limpeza, com a alimentação e com o corpo. Dietas e exercícios físicos são temas que saltam na comunicação entre mãe e filha. Mães que incitam o ideal de fortaleza, desvalorizando expressões de sentimentos e afetos. (FERNANDES, 2006).

Além disso, é preciso pensar também, os complexos engendramentos pulsionais que circulam na órbita de tais sintomas. A clínica psicanalítica evidenciará que, os casos de ano-

rexia e bulimia, também remetem ao caráter silencioso e nefasto da pulsão de morte, assunto que será abordado no próximo tópico.

2.2 A pulsão de morte e seus destinos na anorexia e bulimia

Partindo das conceituações realizadas anteriormente em que, o corpo é construído a partir da relação com um outro parental, faz-se mister considerar ainda que, a partir do segundo dualismo pulsional, o corpo se torna também um lugar de encontro entre Eros e Tânatos.

De acordo com Santos e Humberg (2007), em 1920, no texto *Além do princípio de prazer*, Freud postula o dualismo entre pulsão de vida e pulsão de morte. Mesmo o princípio de prazer sendo dominante no funcionamento do aparelho psíquico, o sujeito permanece tendente a situações de desprazer onde repete, compulsivamente, suas vivências. Junior (2008) concorda com tais proposições e acrescenta que, ao postular o conceito de pulsão de morte, Freud toca no centro da questão da destrutividade, o que pode ser identificado com clareza nos sintomas da anorexia e da bulimia.

De acordo com Malzyner (2010), o rosto da pulsão de morte, na anorexia, é delineado pelo masoquismo. Na teoria de Freud, o masoquismo é apresentado como fundamento da pulsão de morte. Em *Além do princípio do prazer*, Freud indaga como seria possível a associação do prazer à dor. É na percepção de que, em alguns pacientes a dor era vivida como prazer que surgirá a pulsão de morte. Nessa ótica, Freud postulará o conceito de masoquismo primário que, se localiza como o prazer no sofrimento. Nele, a pulsão de morte, ligada à libido, se dirige ao próprio sujeito. Portanto, no masoquismo primário, a agressividade não estaria voltada para um objeto externo.

Laplanche e Pontalis colaboram com o entendimento de tais conceitos inferindo que:

Por masoquismo primário, Freud entende um estado em que a pulsão de morte é ainda dirigida para o próprio sujeito, mas ligada pela libido e unida a ela. Esse masoquismo chama-se “primário” porque não sucede a um tempo em que a agressividade estaria voltada para um objeto exterior, e também porque se opõe a um masoquismo secundário, que se define como um retorno ao sadismo sobre a própria pessoa e se acrescenta ao masoquismo primário. (LAPLANCHE; PONTALIS, 1967/1970, p. 274).

O masoquismo primário, portanto, está na ordem de uma estruturação psíquica precária onde prevalece a pulsão de morte. Segundo Malzyner (2010) citando Garcia-Roza, já no *Projeto* de 1895, Freud abordava a dor como algo de grande relevância teórica. A dor, mesmo causando o aumento de energia no aparelho psíquico, não estaria sempre ligada ao desprazer.

No caso do masoquismo, tal aumento de energia no aparelho psíquico conduziria o sujeito à experiência de prazer.

Na articulação com a clínica, o discurso de anoréxicas e bulímicas dão sustento a tais formulações teóricas. Centenas de jovens têm compartilhado suas vivências através de blogs e canais de relacionamento nas redes e mídias. Intitulados de “Ana e Mia” (apologia à anorexia e bulimia), os blogs, como num diário eletrônico, trazem relatos do dia a dia de tais jovens que, compartilham na rede suas crenças autodestrutivas, suas vivências familiares, a luta pelo corpo ideal, a culpa pelos escorregões compulsivos na alimentação, etc.

A fim de amarrar os conceitos aqui discutidos com o discurso dos sujeitos que vivem a anorexia e a bulimia, foi selecionado o blog *Meu alface favorito* que traz alguns relatos de garotas anoréxicas e bulímicas sobre suas vivências e angústias frente a seus desarranjos na oralidade e que, serão apresentados e articulados a seguir.

A face masoquista da pulsão de morte se revela nos enunciados de dor e prazer, vida e morte, presentes no discurso das blogueiras anoréxicas:

“Eu não posso dar mais um passo sem tropeçar. Eu quero retroceder, pois a dor é mais confortável. Eu a conheço e, juntas formamos uma só coisa. Ela me embala quando não consigo dormir e abre as portas para que a anorexia seja mais do que apenas um diagnóstico. Sentir fome é muito ruim e chega a doer, mas não consigo viver sem essa sensação. Dolorosamente, é ela quem me faz viver.” [...]. Minha garganta dói, da mesma forma que meus olhos, ossos, e estômago. A toxicidade do cheiro das minhas comidas preferidas tem efeito alucinógeno sobre mim, sobre todos os meus sentidos. Eu me imagino rodeada pelos melhores doces, pelas melhores frutas, por hambúrgueres e batatas fritas. Eu sinto, inclusive, a textura de todos eles se desfazendo e tornando-me mais suja. Eu sinto a gordura nos meus dedos, nos meus lábios, no meu estômago. Eu sinto nojo de desejar qualquer coisa que me alimente. Da mesma forma, eu sinto nojo do que eu vejo no meu corpo: quilos de gorduras escondendo o meu verdadeiro eu. Quilos de gordura esmagando os meus ossos. Quilos de gordura afogando a minha vontade de viver. Eu estou cansada. Eu estou com fome. Mas eu não vou desistir [...]. No passado, eu queria morrer de fome. Hoje, quero viver dela. (MEU ALFACE FAVORITO, 2015, s/p).

Freud (1915/2006) já compreendia tais fenômenos e postulava que, no masoquismo, as sensações desagradáveis de dor estão no limiar da excitação sexual, produzindo certas condições agradáveis que levarão o sujeito a experimentar, de boa vontade, o desprazer da dor.

Também na anorexia, percebe-se a dramática expressão de um “eu” que, de forma masoquista, expressa suas grandes dificuldades em lidar com os afetos que um dia se colaram ao corpo. Nesse sentido, na anorexia, as fronteiras que separam o eu e o objeto estão borradas. O corpo se engolfa em si mesmo e se autoconsume. Fomes de mãe e filha se misturam e se confundem. Mãe e filha, ambas famintas, nutrem uma à outra e, vivenciam a dor do vazio de forma dependente e sintomática. (MIRANDA, 2010).

No blog *Meu alface favorito*, as jovens anoréxicas queixam-se das mães invasivas, apontando o perigo dos descompassos, dos excessos e faltas que vão constituindo o sujeito. Fragmentos de um discurso que revela um sujeito, na maioria das vezes, refém de si mesmo.

Minha mãe não cessa de dizer: coma, coma! Será que ela não vê que a qualquer momento posso entrar em estado de coma? [...]. Quando coloco em minha boca um pedaço de carne, ou de frango e mesmo de peixe tenho a clara consciência de que estou comendo um cadáver. Que nojo! Como para que minha mãe fique satisfeita, mas logo que ela se afasta de mim, saio correndo para vomitar. [...]. Hoje, vomito o vazio. Tenho a sensação de vomitar uma placenta vazia [...]. Quando eu tinha seis anos de idade, minha mãe não tinha coragem de me ver nua. Ela tinha medo/pena/pesar de olhar para os meus 12 kg. Ela achou que eu pudesse partir: inocente, vazia e faminta. Eu a vi chorar e seus olhos diziam adeus. Minha comida tinha gosto de lágrimas e seu efeito era a dor [...]. Visões distorcidas e vícios invencíveis suprem minhas necessidades autodestrutivas. Tudo o que me leva ao fim, é um início. (MEU ALFACE FAVORITO, 2015, s/p).

Gaspar citando Bidaud diz que: “O vivido terrível corporal da anoréxica resultaria de uma fusão total de seu próprio corpo com o objeto incorporado (a mãe) nos aspectos maus e devastadores, a fim de poder combatê-lo e separá-lo de si.” (BIDAUD apud GASPARGASPAR, 2010, p. 26). Aqui, a anorexia alcança outro patamar e, envolve a relação materna, onde a delicadeza e as sutilezas precisam ser consideradas com muito cuidado. Segundo a autora, “[...] haveria a necessidade de rejeitar o corpo para, de fato, rejeitar a mãe. As funções alimentares seriam transformadas e ficaram fora do âmbito das necessidades nutricionais, passando ao registro da imagem corporal e da luta contra a fome.” (GASPARGASPAR, 2010, p. 26).

Para Miranda (2010), o discurso da anoréxica não se liga a recursos simbólicos. Como sintomas da oralidade, as experiências que se estampam no corpo revelam os desarranjos de um mundo interior repleto de contradições e paradoxos. O comer e o beber deixam de estar a serviço da vida e, frente a poderosas organizações psíquicas, funcionarão como representantes de histórias antigas e afetos profundos na vida do sujeito.

Já na bulimia, o rosto da pulsão de morte será desenhado pela compulsão à repetição. De acordo com Kalil (2010), o sujeito bulímico relata sentir, em alguns momentos do dia, uma necessidade incontrolável de ingerir alimentos em grandes quantidades. Nesse momento, não ocorre a presença de qualquer ritual de escolha ou preparo dos alimentos. O sujeito come o que vê pela frente, de forma misturada e não saboreada. Geralmente come sem ninguém por perto, até que se chegue à sensação de “empanturramento”. Tais sujeitos, após os episódios bulímicos, experimentam a sensação de descontrole e estranheza diante do ato que não puderam controlar. Alguns dizem sentir nojo de si, sentir-se possuídos ou irracionais como um animal, o que aponta para o caráter acéfalo e demoníaco da pulsão de morte.

O conceito de repetição aparecerá na teoria freudiana em 1914, no texto *Recordar, repetir e elaborar*. A partir do texto de 1920, com a postulação do conceito de pulsão de morte, Freud insistirá na compulsão à repetição como uma forma de retorno do psíquico ao trauma. Em 1926, no artigo *Inibição, sintoma e angústia*, Freud reafirma a ligação entre o sintoma e a compulsão à repetição destacando que, quando há uma fixação nos conteúdos recalcados, aparece também a repetição. Tal repetição atuará de forma inconsciente e incisiva. Nesse sentido, o sintoma está associado à compulsão à repetição, evidenciando um caráter de gozo onde o sofrimento se alia ao prazer, o que delineia o rosto da pulsão de morte na bulimia. (GALLINA, 2010).

A partir disso, o comer assume uma urgência, uma necessidade pulsional que, anestesia provisoriamente o vazio e a dor. No blog *Meu alface favorito*, o discurso da bulimia também realça a tentativa compulsiva de se compensar o vazio através da ingestão compulsiva de alimentos que, traz como agregado um forte sentimento de culpa.

Novamente eu me preparo para a dor. No fundo, eu a mereço. Preciso limpar-me dos meus erros, da sujeira que há em mim, no meu corpo e na minha mente. Deixo as desculpas preparadas e rezo para que o amanhã não seja tão duro, para que não seja como hoje. Meu peito dói e eu sinto lágrimas entaladas na minha garganta, presas e cobertas por um sorriso – o disfarce mais simples de todos os que sofrem em silêncio. No escuro do meu quarto, repito para mim mesma aquilo que direi aos outros amanhã:

Eu não estou me sentindo bem, pois:

- *Comi demais.*
- Tenho intolerância a lactose e comi queijo.
- Exagerei na gordura e isso me faz mal.
- *Comi demais.*
- Tenho alergia a ovos e comi um bolo.
- Algo que comi me fez mal.
- *Comi demais.*
- A comida estava estragada.
- Estou com intoxicação alimentar.
- *Comi demais.*

Eu sempre como demais. Todos sabem. Menos eu. Meu prato se esvazia e eu abraço a culpa. Não existem medicamentos o suficiente para me afastar do arrependimento. Aí você tem uma compulsão e come tudo que tem em casa jurando ser a última vez, até quando? (MEU ALFACE FAVORITO, 2015, s/p).

Enfim, foi possível perceber como a pulsão de morte se manifesta nos transtornos alimentares bulímicos e anoréxicos. Na anorexia, a pulsão de morte aparece nos aspectos masoquistas do sintoma. A fim de esvaziar-se da mãe invasiva e demasiadamente dedicada à libidinização, o sujeito rejeita o corpo e o alimento como uma forma de rejeitar a mãe. O aspecto masoquista da pulsão de morte será realçado no prazer que o sujeito anoréxico sente em experienciar o vazio e a fome. Na bulimia, por sua vez, o conceito de pulsão de morte apontará para

a compulsão à repetição. Por meio do mecanismo de incorporação, o sujeito frente à precariedade do investimento materno em sua constituição subjetiva, elegerá o alimento como objeto de prazer e de preenchimento de seu vazio. A fantasia de que o preenchimento desse vazio seria possível, fixará o sujeito num circuito pulsional de uma compulsão a repetir.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Movidos pela questão: “Como o conceito de pulsão de morte se articula com os sintomas dos transtornos alimentares?”, foi possível identificar que a psicanálise tem muito a contribuir no entendimento de tais patologias.

Também foi possível observar que a relação dos sujeitos com o corpo nos destinos do mal-estar contemporâneo, particularmente no que diz respeito às mulheres, aponta para o estandarte do ideal de perfeição tão caro à cultura pós-moderna. Nesse sentido, a preocupação com a alimentação ocupa um destacado lugar na tentativa de controlar o corpo.

Além disso, esse percurso assinala a prevalência de complexos circuitos pulsionais que circulam também, na órbita das condutas alimentares dos sujeitos. A marca do pulsional aponta para a imprevisibilidade, sob o comando da trama da linguagem, simbolicamente construída e reconstruída especialmente nas relações parentais. Na anorexia, por meio do caráter masoquista da pulsão de morte, o sujeito goza com a fome porque, nela se esvazia da mãe demasiadamente intrusiva. Na bulimia, a pulsão de morte, expressa na compulsão à repetição, levará o sujeito a gozar com o excesso como uma tentativa de suplência da falta de mãe.

Em outras palavras, a pulsão de morte pode ser percebida na anorexia como uma experiência de sofrimento por meio da fome, a fim de se livrar das marcas do excesso de uma mãe superprotetora e exagerada no oferecimento de alimento desde a mais tenra idade. Na bulimia, por sua vez, a pulsão de morte se expressa no ato repetitivo e ritualístico de inserir grandes quantidades de comida e vomitá-las em seguida, fazendo semblante às experiências de ausência materna nos cuidados afetivos e alimentares. Claramente, tais comportamentos são vividos pelo sujeito anoréxico e/ou bulímico de modo inconsciente, sendo necessária a ajuda profissional (análise, psicoterapia e/ou medicamentos) para que o mesmo consiga produzir relações mais saudáveis com a alimentação.

Por fim, é preciso dizer que a presente pesquisa não esgota a reflexão sobre o tema da pulsão de morte nos transtornos alimentares. A partir da complexidade da clínica psicanalítica, abrem-se muitos caminhos para a pesquisa. Alguns questionamentos podem emergir como, por exemplo: “além do componente masoquista na anorexia e da compulsão à repetição

na bulimia, existiriam outras formas de conflito psíquico?"; "Quais seriam as especificidades do manejo clínico da anorexia e bulimia?". Tais questões podem proporcionar ainda mais o alargamento do conhecimento teórico-metodológico da psicanálise acerca das condutas e sintomas ligados aos modos de alimentação, contribuindo no manejo do tratamento dos sujeitos que procuram a clínica.

A psicanálise tem muito a contribuir no tratamento de toda essa gama sintomática. Com pesar observa-se que, o mal-estar na cultura atual valoriza apenas os diagnósticos. Os sujeitos são enquadrados em parâmetros diagnósticos que, na maioria das vezes, não consideram suas experiências primárias e subjetivas. A psicanálise sempre considerou a importância de se trabalhar o caso a caso, a fim de oferecer aos sujeitos novas possibilidades de nomeação de seus afetos e de reconstrução simbólica onde os "antigos monstros" que, antes emudeciam os sujeitos dentro de um silêncio pulsional, são relegados a novos lugares na cadeia simbólica para, também, dar voz aos sujeitos.

REFERÊNCIAS

- DANTAS, Jurema Barros. Um ensaio sobre o culto ao corpo na contemporaneidade. **Estudos e Pesquisa em Psicologia**, v. 11, n. 3, 2011. Disponível em <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/8342/6137>>. Acesso em: 3 set. 2015.
- DOLTO, Françoise. (1984) **A imagem inconsciente do corpo**. São Paulo: Perspectiva, 1992.
- FERNANDES, Maria Helena., Transtornos Alimentares. **Coleção Clínica Psicanalítica**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2006.
- FREUD, Sigmund. Estudos sobre a histeria (1887-1888). In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. 1, p. 71-98.
- FREUD, Sigmund. Estudos sobre a histeria (1895). In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. 2, p. 82-133.
- FREUD, Sigmund. (1914). Recordar, repetir e elaborar. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 2006, v. 12. p. 161-171.
- FREUD, Sigmund. (1915). Instintos e suas vicissitudes. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 2006, v. 14. p. 117-162.

FREUD, Sigmund. (1920). Além do princípio de prazer. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 2006, v. 18. p. 13-75

FREUD, Sigmund. (1926). O valor da vida. Uma entrevista rara de Freud. In: SOUZA, Paulo Cezar. **Sigmund Freud e o gabinete do Dr. Lacan**. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1990, p. 117-128.

FUKS, Betty B.; POLLO, Vera. Estudos psicanalíticos sobre anorexia: quando se come ‘nada’. **Revista Latino Americana de Psicopatologia**, v. 13, n. 3, p. 412-424, São Paulo, 2010.

GALLINA, Julie Travassos. **Ficção e Fixação: a amarração da fantasia à repetição**. 114f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Veiga de Almeida, Mestrado Profissional em Psicanálise, Saúde e Sociedade, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.uva.br/mestrado/dissertacoes_psicanalise/dissertacao-julie-travassos-em.pdf>. Acesso em 23 Set. 2015.

GASPAR, Fabiana Lustosa. **Anorexia e violência psíquica**. Curitiba: Editora Juruá, 2010, 102 p.

JUNIOR, Magdaleno Ronis. **A dialética de Eros e o mal-estar na cultura hoje**. Ide. São Paulo, v. 31, n. 46, 2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-31062008000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 8 out. 2015.

KELNER, Gilda. Transtornos Alimentares – Um Enfoque Psicanalítico. **Estudos de Psicanálise**, n. 27, Belo Horizonte, 2004. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372004000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 1 out. 2015.

LAPLANCHE, Jean; PONTALIS, Jean-Bertran. **Vocabulário da Psicanálise**. Santos – SP: Martins Fontes, 1967/1970.

LEMOES, Inez. Bulimia e anorexia: patologias da falta e do excesso. **Mental**, Barbacena, v. 3, n. 5, 2005. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272005000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 3 out. 2015.

MALZYNER, Gabriela. A clínica do vazio: a relação entre masoquismo e transtornos alimentares. In: **Psicanálise de Transtornos Alimentares**. 1ª ed. São Paulo: Primavera editorial, 2010, p. 253-261.

MIRANDA, Marina Ramalho. **Anorexia nervosa e bulimia à luz da Psicanálise – a complexidade da relação mãe-filha**. 2003. 177p. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – Núcleo de Psicanálise. São Paulo, 2003.

MIRANDA, Marina Ramalho. A representação simbólica nas perturbações alimentares à luz da complexidade da relação mãe-filha. In: **Psicanálise de Transtornos Alimentares**. 1ª ed. São Paulo: Primavera editorial, 2010, p. 199-217.

MOREIRA, Ana Cleide Guedes; ORENGEL, Jacqueline. Melancolia e bulimia: pathos, oralidade e amor. **Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e X Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental**, Curitiba, 2010.

MORAIS, Marília Brandão Lemos. Transtornos alimentares: um laço entre medicina, cultura e psicanálise. **Revista Reverso**, n. 47. Publicação do Congresso Mineiro de Psiquiatria de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2000.

MEU ALFACE FAVORITO. **Dias de Ana e Mia**. Disponível em: <<https://meualfacefavorito.wordpress.com/>> Acesso em: 15 set. 2015.

NAFFAH NETO, Alfredo. A pesquisa psicanalítica. **Jornal de psicanálise**. São Paulo, v. 39, n. 70, 2006. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352006000100018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 2 out. 2015.

PIMENTA FILHO, Jorge. O feminino, o corpo e a solução bulímica. **Revista Brasileira de Psicanálise**, v. 46, n. 2, 2006.

PIMENTA FILHO, Jorge. Do acontecimento de corpo à busca do singular. In: **Cartas de Psicanálise – Centro de Estudos e Pesquisa em Psicanálise**, Ano 03, v. 2, n. 4, Ipatinga – CEPP, Vale do Aço, 2008.

ROCHA, Lorena Pinheiro; SOUSA, Caio César. A clínica psicanalítica e as novas formas de subjetivação na contemporaneidade. In: 7º Congresso Norte e Nordeste de Psicologia, 2011, Salvador. **Anais do 7º Congresso Norte e Nordeste de Psicologia**, 2011.

SAIKALI, Carolina Jabur; SOUBHIA, Camila Saliba; SCALFARO, Bianca Messina; CORDÁS, Táki, Athanássios. Imagem Corporal nos transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 31, n. 4, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v31n4/22401.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2015.

SANTOS, Cristiane Luzia dos; HUMBERG, Lygia Vampré. Quero comer não, mãe: considerações sobre anorexia nervosa. **Conscientiae Saúde**, 2007. Disponível em: >. Acesso em: 22 set. 2015.

VAZ, Paulo. Consumo e risco: mídia e experiência do corpo na atualidade. **Revista Comunicação, mídia e consumo**, v. 3, n. 6, 2006, p. 37-61. Disponível: <<http://revistacmc.espm.br/index.php/revistacmc/article/view/58/59>>. Acesso em: 3 set. 2015.

ZAVARONI, Dione de Medeiros Lula; VIANA, Terezinha de Camargo; CELES; Luiz Augusto Monnerat. A constituição do infantil na obra de Freud. **Estudos de Psicologia**, v. 12, n. 1, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v12n1/a08v12n1.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2015.