

## **Os Transtornos Alimentares e a Obesidade numa Perspectiva Contemporânea: Psicanálise e Interdisciplinaridade**

### **The Alimentary Disturbance and the Obesity in a Contemporary Perspective: Psychoanalysis and Interdisciplinary Discussion**

**Maria Isabel Perez Mattos<sup>1</sup>**

**Resumo:** Este trabalho é uma elaboração introdutória sobre temas importantes para a compreensão e tratamento dos Transtornos Alimentares e da Obesidade. Desenvolve-se ao longo desse artigo considerações sobre diagnóstico, epidemiologia, etiologia, compreensão psicodinâmica psicanalítica, tratamento psicoterápico individual, familiar e grupal, interdisciplinaridade e, por fim, aborda-se a presença de aspectos sócio-culturais na sua etiopatogenia.

**Abstract:** This work is an introduction to important subjects for the understanding and treatment of the Alimentary Disturbance and the Obesity. It's developed on this article considerations about diagnosis, epidemic levels, etiology, psychoanalytic understanding, individual psychotherapy, family psychotherapy and group psychotherapy, interdisciplinary discussion and, finally, approaches the presence of sociocultural aspects in its etiopathogeny .

**Palavras chave:** Equipe Interdisciplinar, Configurações Vinculares.

**Keywords:** Interdisciplinary, Tie Configurations.

---

<sup>1</sup> Psicóloga, Psicanalista, Membro Associado da SBP de PA, Filiada a Associação Psicanalítica Internacional, Mestre em Psicologia do Desenvolvimento pela UFRGS, Especialista em Infância e Adolescência, Docente, Supervisora e Coordenadora do Serviço de atendimento a Transtornos Alimentares e Obesidade do CIPT.

Os Transtornos Alimentares e a Obesidade são patologias contemporâneas que nos últimos 20 anos sofreram um importante aumento de incidência. Esses distúrbios são manifestações clínicas de Transtornos Narcísicos e de etiologia complexa na qual confluem a perspectiva psicossomática, os componentes aditivos e alta porcentagem de correlação com a depressão e Transtornos da Imagem Corporal.

O conhecimento acerca dos Transtornos Alimentares e da Obesidade tem evoluído significativamente, e algumas publicações recentes têm trazido perspectivas interessantes para sua compreensão e intervenção. Bem assim, psicoterapeutas, psicanalistas, pesquisadores, médicos, nutricionistas e antropólogos contribuem com viéses distintos, mas muitas vezes complementares.

### **Considerações acerca do diagnóstico e epidemiologia dos Transtornos Alimentares**

Os Transtornos Alimentares podem se manifestar de diversas formas, intensidades e gravidades, mas sempre relacionados à perda ou ganho de peso corporal e a dificuldades emocionais. Os sintomas variam desde uma preocupação excessiva com o peso e a forma corpórea - que leva as pessoas a se engajarem em dietas extremamente restritivas ou utilizarem métodos inapropriados para alcançarem o corpo idealizado - até situações de ingesta exagerada de alimentos que não visam apenas saciar a fome, mas atendem a uma série de estados emocionais ou situações estressantes.

Nos manuais de classificação diagnóstica internacional, DSM IV (Associação Psiquiátrica Americana, 1995) e CID 10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde) encontram-se descrições nosológicas semelhantes para os casos de Transtornos Alimentares **(TA)**. O DSM IV descreve as seguintes patologias:

#### **Anorexia Nervosa – AN**

Tipo restritivo: não se envolve regularmente em comportamento de comer compulsivo ou purgar (indução de vômito ou uso indevido de laxantes, diuréticos e enemas).

Tipo purgativo/ compulsivo: envolve-se regularmente em comportamento de comer compulsivamente ou purgação.

#### **Bulimia Nervosa – BN**

Tipo purgativo: envolve-se regularmente na auto-indução de vômitos ou no uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas.

Tipo sem purgação: usa outros comportamentos inadequados (jejuns, exercícios excessivos), mas não se envolve regularmente na auto-indução de vômitos ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas.

### **Transtornos Alimentares Não Específicos -TANE**

#### **Quadros parciais ou atípicos de AN e BN**

**Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica - TCAP** (em apêndice para estudos adicionais): área limite entre os transtornos alimentares e a obesidade.

**Outros:** perda de apetite, hiperfagia ou vômitos de origem psicogênica, ruminação e pica.

Na Anorexia Nervosa as características clínicas principais são: medo doentio de engordar, distorção da imagem corporal, manutenção de baixo peso corporal, comportamento voltado para perda de peso (restrição alimentar, exercícios, vômitos, uso de laxantes e de drogas), distúrbio endócrino (amenorréia em mulheres e perda de libido em homens). Esses pacientes realizam dietas extremamente restritivas e apresentam grave insatisfação com o corpo, rituais alimentares obsessivos, hiperatividade, evitação de refeições e interesse por dietas. Medem-se e se pesam com frequência, usam disfarces para métodos purgativos utilizados. No caso de agravamento do quadro desenvolvem sintomas físicos de estado de inanição, como alterações endócrinas e metabólicas, intolerância ao frio, bradicardia e arritmias, hipotensão, mudanças no volume cerebral, estufamento gástrico, constipação, distúrbios do sono e libido, perda de cabelos e lanugem, redução da memória e concentração. As alterações do humor mais frequentes são: apatia, labilidade, irritabilidade e depressão. Os pensamentos são estereotipados e a ideação depressiva.

Segundo o DSM IV e o CID 10, na Anorexia Nervosa, há recusa em manter o peso corporal igual ou maior ao mínimo normal adequado à idade e altura (geralmente mantido abaixo de 85% do esperado: IMC < ou = 17,5 kg/ m). A perda de peso em adolescentes pode inclusive implicar em parada do desenvolvimento (crescimento).

Segundo dados do PROATA (Claudino, A. e Zanella, M., 2005), 80% das anoréxicas, depois de quatro anos tratadas por equipe especializada deixam de apresentar sintomatologia alimentar importante, mas 50% seguem padecendo de quadros depressivos, fóbicos ou hipocondríacos.

A bulimia etimologicamente deriva do Grego: bou (boi) + limos (fome), fome de boi e está descrita na literatura em terminologia variada: boulimos, malacia, cynorexia, sitomania, hiperorexia, fames bovina, fames canina, appetitus caninus. O quadro clínico da bulimia nervosa se caracteriza por preocupação constante com o corpo e com a comida, engajamento em dietas, episódios de compulsão alimentar e uso de métodos purgativos que procuram esconder dos demais. O ciclo

bulimia/purgação gera sentimentos de vergonha, fracasso, culpa, depressão, irritabilidade e angústia. Há prejuízo de atividades ocupacionais e sociais e pode ocorrer busca de ajuda profissional por iniciativa própria mais freqüentemente que na anorexia, em que o grau de negação da doença costuma ser mais grave. A Bulimia produz sinais e sintomas físicos, como o aumento de parótidas, perda de obturações e esmalte dentário, o sinal de Russell (erosões e calos nas mãos), flutuações freqüentes e rápidas de peso, edemas, Irregularidades menstruais, dor e/ou sangramento da garganta, esôfago, estomago, diarréia e constipação, queixas de fraqueza, câimbras e distúrbios eletrolíticos. O paciente apresenta preocupação persistente com o comer e um desejo irresistível por comida. Grandes quantidades de alimento são consumidas em curtos períodos de tempo. Os comportamentos compensatórios para prevenção de ganho de peso (vômitos, purgantes, jejuns, exercícios físicos excessivos, anorexígenos, diuréticos e hormônios tireoidianos) geram importantes conseqüências orgânicas. O peso pode se encontrar no limiar abaixo do pré-mórbido, normal ou sobrepeso. (DSM IV e CID 10)

Torna-se importante distinguir a Anorexia da Bulimia, pois ambas podem confundir-se inicialmente. Na anorexia a perda de peso é mais grave e precoce e o comportamento se apresenta mais introversivo do que na bulimia. Há intensos traços obsessivos presentes e a negação da doença, na anorexia, pode levar à morte nos casos mais graves (cerca de 20%). Sexualmente, as anoréticas costumam ser inativas, intensos traços obsessivos estão presentes e amenorréia. Na bulimia em geral o peso é normal, o início mais tardio, o comportamento é extrovertido, egodistônico, o paciente refere sentir fome, é sexualmente ativo, impulsivo e a menstruação apresenta-se normal ou irregular.

No Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica - TCAP o indivíduo alimenta-se exagerada e afoitamente (com grande rapidez), com freqüência significativa (no mínimo duas vezes por semana, conforme DSM IV) e ele mesmo angustia-se com esse comportamento. Esse tipo de patologia, porém, distingue-se da bulimia por não incluir na sua sintomatologia métodos compensatórios extremos (purgas, jejuns, exercícios em excesso).

Já nos casos de Transtornos Alimentares Não Específicos - TANE, a freqüência dos episódios bulímicos pode ser inferior a duas vezes por semana, também não há amenorréia e peso acima do limite inferior para Anorexia. Portanto, não são preenchidos todos os critérios dos outros TA e os sintomas apresentam-se com menor intensidade.

É importante mencionar, também, a Síndrome do Comer Noturno, que implica em Hiperfagia Noturna, na qual em torno de 50% das calorias são ingeridas após as 19 horas. Os pacientes costumam apresentar anorexia matinal, insônia e preferência por carboidratos.

A Obesidade difere dos Transtornos Alimentares, não é considerada uma patologia psiquiátrica *per se*, por estar intensamente ligada a causas orgânicas. No entanto, encontra-se imbricada a fatores emocionais, especialmente de ordem psicossomática. A Obesidade costuma estar associada a transtornos do comer compulsivo (diagnosticados conforme critérios do DSM IV) em 30% dos casos e a outros transtornos psiquiátricos, como a depressão e a ansiedade, em 60% dos casos (Spitzer e col., 1992 IN: Mello Filho, 2000).

Há significativo prejuízo no funcionamento social e ocupacional do obeso, excessivas preocupações com a forma corporal e peso, intenso sofrimento psíquico e dificuldades de adaptação à dieta.

Também é importante discriminar a Obesidade do Sobrepeso. Segundo a Organização Mundial de Saúde, Sobrepeso equivale a excesso de peso corpóreo, enquanto a Obesidade equivale ao excesso de gordura no organismo e IMC > 30 kg. Existem também distintos graus de Obesidade conforme a gravidade do quadro, até a denominada obesidade mórbida. Rascovsky (1950) propõe que se considere dois tipos de Obesidade, a primária e a secundária. Na primária há a organização de intenso ego corporal, enquanto que a secundária é reativa, uma tentativa de restauração ante situação depressiva básica como forma de recuperação maníaca. A primeira implica em patologia psicossomática, enquanto a segunda pode estar mais próxima de uma estruturação neurótica.

Observa-se que obesos com TCAP associado iniciam dietas com idade mais precoce, mais oscilações de peso (dieta/comer descontrolado), maior consumo de calorias, bem como maior preocupação com o comer, a forma e o peso. Tais pacientes também apresentam maior prejuízo no funcionamento sócio-ocupacional do que aqueles que não sofrem de sintomas compulsivos mais evidentes.

Quanto às características demográficas a Anorexia e a Bulimia são absolutamente prevalentes no sexo feminino (95%), na faixa etária de 12 a 25 anos. Encontra-se presente em diferentes extratos sócio-econômicos, com alguns indicadores de predominância nas classes média e alta e em ocupações de risco: modelos, dançarinas, atrizes, ginastas, maratonistas, jockeys, patinadoras e profissionais da área da nutrição. Já o TCAP está presente na população mais velha (30-50 anos) e em distribuição mais equilibrada: 3 mulheres: 2 homens.

A presença de TA em crianças e pré-adolescentes é perceptível na clínica, mas ainda possui-se poucos dados estatísticos. Há indicadores de incidência de 9.2 casos de AN por 100.000 habitantes/ano, entre meninas na faixa etária de 10 a 14 anos. AN: 1 menino: 6 meninas. Aumento de incidência da BN na faixa de 10 a 19 anos. Obesidade em crianças de 7 a 10 anos: 15% e mais de 33% da população apresentam excesso de peso (pesquisa realizada em São Paulo. In: Viuniski, 2005).

Discute-se se há puramente aumento da Incidência dos TA, a níveis epidêmicos, ou se, além do aumento real, tem-se atualmente maior visibilidade.

## **A etiologia e a dimensão psíquica dos Transtornos Alimentares**

Há consenso entre os autores de que a etiologia dos TA é multifatorial, na qual atuam vulnerabilidades e fatores predisponentes: genéticos, biológicos, temperamento, personalidade, família, estressores (sociais, perdas, lutos), etapa do ciclo vital (adolescência), cultura e dietas.

A abordagem psicodinâmica refere-se a uma compreensão do psiquismo em seus processos dinâmicos. Está fundamentada nos princípios da teoria psicanalítica. Visa compreender e elaborar conflitos intrapsíquicos a serviço da reestruturação, reorganização e desenvolvimento da personalidade. O sintoma consiste em uma comunicação simbólica que oculta e ao mesmo tempo revela aspectos inconscientes sobre um conflito subjacente.

O sintoma alimentar, objeto de discussão deste trabalho, possui a característica de estereotipia, caráter repetitivo e empobrecedor da personalidade. O que está por trás desse sintoma complexo que pende ora para uma recusa quase total do alimento, ora para uma ingestão desmensurada? A psicoterapia cria um espaço potencial para a busca de significados que permitam ao paciente sair da fixidez determinada pelos sintomas.

Evidenciam-se paradoxos nos pacientes acometidos por Transtornos Alimentares, na alternância entre uma grande voracidade por relacionamentos em oposição à capacidade de isolamento e abandono dos mesmos. Apresentam dificuldades em encontrar uma distância suficientemente boa do outro. Os pacientes realizam viradas violentas em suas vidas: oscilam rapidamente de relações extremamente idealizadas à rupturas radicais. Reagem com hostilidade a decepções, frustrações e ansiedade em decorrência do medo de separação, mas também pelo medo da intrusão. Os pacientes reproduzem nos relacionamentos afetivos a mesma relação que mantém com os alimentos, caracterizada por afetos turbulentos.

Hilde Bruch (1986), psicanalista precursora da compreensão psicodinâmica dos TA, apontou como problemática central da anorexia as deficiências egóicas de personalidade, o Transtorno da Imagem Corporal, de percepção ou interpretação dos estímulos corporais, sentimentos de impotência e falta de autonomia.

Os campos de intersecção da compreensão dos TA, segundo Zurerfeld (1996) implicam o modelo psicossomático, o modelo aditivo e

o Transtorno da Imagem Corporal. Acrescenta-se a esses campos a compreensão das manifestações clínicas do narcisismo, das patologias do vazio, das patologias de borda e da depressão.

Meltzer e Williams (1990 In: Mattos, 2002) colocam que a origem do mais antigo senso de valor estético e de beleza encontra-se na idealização do corpo da mãe pelo bebê. O amor do bebê pela mãe e a introjeção do amor dela, expressa na idealização do corpo de seu bebê, o leva a identificar-se desenvolvendo uma auto-idealização. Freud (1914) nos fala de um momento inicial no desenvolvimento do bebê em que predomina o auto-erotismo, a experimentação de sensações do próprio corpo e, posteriormente a mãe como espelho inaugura o narcisismo. Mais tarde na elaboração da vivência do Édipo, o amor e a aceitação por parte do sexo oposto vêm configurar os sentimentos de auto-estima. Acrescenta-se a isto uma busca por um ideal de ego internalizado na interação com os pais e que acompanhará o indivíduo por toda a vida, influenciando padrões ideais estéticos e a auto-imagem. (Mattos, 2002).

Introduzindo uma perspectiva de desenvolvimento do narcisismo, lança-se um olhar para a criança que não se vê como separada do meio ambiente, da mãe, de quem a olha e de quem a cuida. Lacan (1936) denominou isso de "estádio do espelho": "A fase do espelho designa um momento na história do indivíduo que se inicia aos seis meses de idade e vai até os dezoito meses, na qual a criança forma uma representação de sua imagem corporal por identificação com a imagem do outro. Esse momento é concretizado de forma exemplar pela experiência que a criança tem ao perceber sua própria imagem em um espelho, experiência que é fundamental para o indivíduo e na qual Lacan identifica a matriz a partir da qual se formará um primeiro esboço do ego". Aí está a identificação primária que caracteriza o narcisismo primário, pré-Édipo e que formará uma imagem dada por outro. Édipo e narcisismo se misturam no desenvolvimento da vida psíquica do ser. A imagem do corpo é estruturante para a identidade do sujeito, que através dela realiza a sua identificação primordial, estabelecendo a representação do próprio corpo. Posteriormente, mesmo na vida adulta, não bastam às reservas narcísicas, busca-se a fantasia de antiga completude. O sujeito se olha ao espelho, ou espera o olhar de um alguém, uma palavra, uma situação que evoque o especular materno. Em casos de equilíbrio precário do narcisismo - em que o especular (a mãe para Winnicott, 1967) não foi capaz de devolver uma imagem percebida em sua alteridade, integrada e acima de tudo amada e desejada mesmo na 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. (In: Mattos, 2002).

Kaës (1997), considera que não podemos não estar no vínculo. É de um vínculo, de uma união que procedemos, e é do desejo de mais de um, de seus sonhos e de desejos irrealizados, que nos constituímos. O que nos vincula é tanto um apego corporal, sexual, como também um apego fantasmático, onírico. A imaturidade biológica ao nascer e o desamparo originário que a acompanha, instaura na psiquê a marca estrutural da falta e da dependência ao objeto. O que nos vincula está sob o efeito da experiência de satisfação e apego. Nos vinculamos para reencontrar ou inventar a experiência de prazer de intercâmbio onírico, de apoio mútuo, do envoltório comum, dos ideais compartilhados, para renovar o prazer do intercâmbio das fantasias e das idéias, dos pensamentos. Nos vinculamos para não nos separarmos. O vínculo é uma defesa contra a separação, manter a ilusão da unidade, da completude narcísica entre o Ego e o objeto, zona complementária. Vinculamo-nos para assegurar nossos sistemas de defesa num nível meta-individual: é por isso que as alianças inconscientes são inevitáveis para que nos vinculemos uns com os outros. Elas asseguram conjuntamente a repressão, a renegação ou o rechaço exigidos para manter os sujeitos no vínculo e para manter o próprio vínculo.

No vínculo mãe e filha, que padece de transtorno alimentar do tipo anorético, encontramos uma intrusão sedutora, um "olho indecente" da parte da mãe, que expressa a ausência de limites entre ela e a filha. Trata-se de uma relação de caráter narcisista/indiferenciado.

Certa vez, uma mãe, em análise vincular (da dupla mãe-filha), descrevia-me com detalhes o corpo da filha anorética nomeando suas partes, referia suas "coxas, bunda, braços", suas observações sobre quando os achava mais gordos e agora mais magros geravam uma incomoda sensação transferencial. Percebi, assim, um excesso de presença materna, que gerou a impossibilidade da filha construir uma representação psíquica própria. O corpo erógeno, a sexualidade, a intimidade não é propriedade privada da filha, é algo compartilhado com a mãe. Tratava-se de um equívoco da mãe: tentativa de dominar uma fragilidade narcísica através do domínio do corpo e das sensações.

O sintoma constrói uma espécie de neo-identidade (Mac Dougall In: Brusset, 2003), através da qual, a paciente vive seu virtuoso triunfo. A alimentação torna-se, ilusoriamente, a única variável controlável de suas vidas. Opção radical por arriscar a vida na tentativa de expressão do próprio desejo – não quer viver às custas do desejo do outro.

Via de regra, a Bulimia inicialmente é aceita, até mesmo escolhida e procurada, todavia, essa conduta quando passa a ser repetida, se torna fonte de angústia e causa de alienação. Na clínica, a bulimia aparece como a busca por um gozo impossível, um tormento, um sofrimento, uma doença. O paciente sofre de uma adição ao comer (Mac Dougall In: Brusset, 2003). A pessoa torna-se incapaz de fornecer a si

mesmo alívio as próprias angústias, de poder conter seus afetos. Se supusermos que o primeiro objeto - a mãe - nunca foi reconhecido como separado de si. Ela não passa a existir enquanto um objeto interno, capaz de representar uma função materna adequada. A relação com a mãe é manchada por desilusões precoces, traumáticas por demais para serem absorvidas pelo insciciente psiquismo da criança. Pode se dar precocemente com um desmame brutal - onde o objeto bom é perdido logo após ser encontrado ou ser resultado de diversas situações, como o nascimento de um irmão, depressão materna (A "mãe-morta" de Green, 1988) 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 levam a mãe a alternar períodos de sobreinvestimento ansioso e retraimento. Este movimento pode ser observado nas pacientes mais tarde nas oscilações de humor e nas crises bulímicas. Esta falta de sustentação prejudica o estabelecimento de um sentido de si mesmo, ocasionando um vazio interno e um sentimento de não existência. A criança continua dependente de seus objetos externos, em um apego constrangedor e uma proximidade alienante. Desta forma o eu não se estabelece de forma coesa e os recursos internos para lidar com os afetos não se desenvolvem. Na bulimia observa-se um problema de identidade com uma automutilação dirigida aos aspectos estéticos do esquema corporal.

A doença surge como uma tentativa de recuperação do sentimento de continuidade de si mesmo. Uma busca por partes do eu obriga o sujeito a realizar atos que o despojam de si mesmo. Na puberdade a tarefa de se independizar, conquistar a autonomia, e restabelecer os laços afetivos constitui-se em um *a posteriori* traumático. Neste momento o precário equilíbrio entre as aspirações em relação aos objetos e o narcisismo, não mais pode ser mantido. Surge então a bulimia para denunciar esse fracasso. O fracasso da elaboração mental pela fragilidade no aparelho de "pensar os pensamentos" (Bion, 1957), favorece a resposta pelo agir que oferece uma possibilidade de controle sobre o objeto e inverte esta situação de passividade em papel ativo. A crise bulímica se desenvolve de uma só vez, sem interrupção, o que revela o caráter intolerável de qualquer descontinuidade que remeta a paciente a si mesma e à sua solidão. Desta forma afasta a questão da separação e da diferença - a "unidade" é reencontrada e a falta negada. No entanto, a crise precede a desilusão pós-crise. Nesse momento, o fracasso da função maturativa se manifesta com toda a sua força. A paciente volta ao início, mas com os agravantes da aversão a si mesma e da vergonha. Estes afetos, mais uma vez têm a função de mascarar a ferida original do desamparo. O preenchimento frenético procura ocultar a vivência da falta, do vazio, da dor psíquica, do transtorno de

identidade, indo até à dor física, ao sono ou ao restabelecimento do vazio corporal pelo vômito.

O vômito representa mais uma recusa de internalização das angústias originais. Após o vômito ela está pronta para preencher o vazio assim criado. Caracterizando uma busca incessante de contato. A incapacidade de pensar faz com que o ato tome o lugar da rememoração. A busca pelo vazio corporal como substituto concreto do vazio afetivo, por redução dos afetos à sensação, tem por efeito habitual aumentá-lo. O fracasso da elaboração mental favorece a resposta pela atuação, que oferece uma possibilidade de domínio sobre o objeto necessário (ou seus substitutos) e reverte a situação de passividade em papel ativo, recriando as condições de uma identidade reencontrada. Uma paciente referiu:

"Percebi que não sou ninguém, penso que vou parar de fazer, mas não consigo".

"Fui direto pro crime. Era como se estivesse possuída, me senti como um animal".

"Comi como uma louca ontem à noite. Foi-se, de uma vez só, um pote de sorvete que deveria durar uma semana. Tem que ser assim, eu não consigo comer só folhinhas de alface sem tempero" (indicando sua ambivalência).

## **O Tratamento Psicoterápico dos Transtornos Alimentares**

O tratamento se dá através de uma atitude empática que forneça um holding adequado por parte do psicoterapeuta. O analista deve manter-se atento ao ciclo na relação terapêutica: o paciente incorpora vorazmente e exige cura mágica, depois vomita o terapeuta ficando melancólico. Em períodos iniciais do acolhimento de pacientes com TA é muito importante se avaliar os riscos da situação e, em alguns casos usar intervenções mais diretivas (comportamentais) e fazer encaminhamentos torna-se necessário, além da inclusão de membros da família do paciente para em um segundo momento possibilitar a construção de uma história do sintoma. A busca por um sentido para o sintoma bulímico é um caminho lento. Assim como a ampliação da capacidade de reconhecimento dos estados afetivos. O desenvolvimento da capacidade de responder a momentos de angústia com soluções menos atuadas e a eliminação do ciclo compulsão/purgação são constantemente buscadas. O estabelecimento de um padrão alimentar adequado se dá como resultado dos progressos psicoterapêuticos e por vezes também pela adequada intervenção da nutricionista.

A bulímica sofre de baixa tolerância à frustração o que dificulta o processo analítico, assim como a negação psicótico-perversa da doença

por parte da anorética. A desmedida alimentar é e não é reconhecida pelos pacientes. 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.

A psicoterapia individual e familiar são os tratamentos eletivos para casos de Anorexia. O atendimento em psicoterapia grupal não é recomendável.

É importante visar a recuperação do peso em função dos riscos que esse sintoma pode ocasionar. Como primeira fase do trabalho pode-se destacar a escuta analítica, o estabelecimento do vínculo, a promoção da consciência sobre a enfermidade e auxiliar a paciente a se colocar como co-responsável por seu tratamento. A comunicação da paciente nesta primeira fase é concreta e comportamental. O psicoterapeuta deve ser cauteloso em não responder em linguagem simbólica muito elaborada, mantendo uma postura ativa, mas não intrusiva. Em uma segunda fase, deve auxiliar e acompanhar o paciente na elaboração psíquica de conflitos referentes à expressão de desejos, sexualidade e autonomia. Torna-se possível, assim, buscar alternativas às condutas atuadas e patológicas.

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 contratransferências – impotência, hostilidade, sensação de invasão – é importante quando acompanhada de atitude continente. A tirania do ideal de magreza, de perfeição, de um corpo sem falhas deve ser exaustivamente abordada.

O tratamento psicoterápico da Bulimia e do TCAP possibilita a construção de uma história do sintoma que visa ampliar a capacidade de reconhecimento dos estados afetivos e o desenvolvimento da capacidade de responder a momentos de angústia com soluções menos atuadas. Holding e interpretação por parte do psicoterapeuta andam sempre juntos. A análise da transferência narcisista – paciente incorpora vorazmente, exige cura mágica e depois vomita o analista e fica melancólico – demanda atenção constante.

## **O tratamento familiar e os Transtornos Alimentares**

William Gull e Charles Lasègue, ainda em 1875 (IN: Losinno, 2001), prescreviam como forma de tratamento a parentectomia, tendo o entendimento de que a permanência em família comprometia o resultado do tratamento. As famílias passaram a ser tratadas em conjunto em casos de transtorno alimentar após 1950.

O modelo Estruturalista da década de 70 (Minuchin e col., 1995) destaca-se como proposta de atendimento familiar nos casos de AN. O

sintoma alimentar foi considerado o reflexo de um sistema disfuncional da família. A técnica propunha uma reorganização do sistema familiar. As características observadas eram a indiscriminação das relações familiares, fronteiras difusas intergeracionais e a tendência para evitar conflitos. A equipe de Minuchin, Rosman e Baker (1978) promoveram uma pesquisa no campo da terapia familiar em TA. Os resultados foram os seguintes:

53 casos de AN com terapia estrutural de família,  
Tratamento: hospitalização seguida de terapia familiar em base ambulatorial,  
43 grande melhora,  
2 melhoras,  
3 não houve alteração,  
2 pioraram,  
3 saíram do estudo,  
80% foi o índice de melhora.

A contemporânea psicanálise das configurações vinculares (Berenstein,1990), que compreende as questões familiares sob um paradigma distinta da abordagem sistêmica tem dado uma contribuição fundamental para a intervenção nas estruturas familiares dos pacientes acometidos de Transtorno Alimentar. A psicanálise vincular trabalha com a concepção de estrutura familiar inconsciente. Propõe a existência de três espaços psíquicos: intra, inter e transobjetivo (fenômenos sócio-culturais), postulando um sistema de tripla inscrição e registro simultâneo de um mesmo fenômeno. Inscrever-se-iam assim, simultaneamente, um objeto interno, um vínculo e um lugar. Isso implicaria uma ampliação metapsicológica, porquanto distinta do sistema de múltiplas inscrições simultâneas do sistema de transcrição descrito por Freud na carta 52 - as novas inscrições sempre se ligariam às inscrições originárias (Krakov, 2001).

Berenstein (1990), afirma que o vínculo entre os egos é inconsciente e de uma ordem que está na origem do sujeito humano. Na relação objetal, a representação é uma construção que só é factível a partir do vazio deixado pelo outro. É uma maneira de voltar a representar mentalmente o que foi vivido, sem que o outro tenha tanto a ver com tal construção. A ausência cria nova forma, suscitada precisamente pela dor pela ausência do outro, enquanto a representação do vínculo é uma modelização que se faz de tal cena. Nas representações vinculares temos um psiquismo que se situa entre um ego e outro, obrigando a pensar na indissolúvel ligação com outros, e a abandonar a idéia de um aparelho exclusivamente singular, individual. Este enfoque propõe a existência de um psiquismo constituído por diferentes zonas-espacos-mundos a partir dos quais o sujeito se constrói através de dois mecanismos básicos: a identificação e a atribuição. A

atribuição consta de dois movimentos: um ativo - em que o sujeito atribui à sociedade em seu conjunto, ou a um grupo, à família ou ao casal, determinadas características e valores - e um movimento passivo, por meio do qual recebe as características que lhe são dadas. Esses dois movimentos são conflitivos entre pertencer a uma estrutura e a coexistente capacidade de escolher a maneira de ocupar um lugar na estrutura. Em todo este processo, são determinantes os valores ético-ideológicos. Tem-se sujeitos da estrutura familiar e de casal, como sujeitos da estrutura social.

A psicanálise vincular considera o vínculo uma construção conjunta gerada por um intercâmbio efetivo entre os membros que o compõem, constituindo um novo âmbito de produção de sentido. A noção de sujeito do vínculo envolve ao mesmo tempo estar sujeitado pelo vínculo e constituído por este. Difere do conceito de objeto, que em Freud o objeto da pulsão é o mais variável, tem caráter contingente. Ao contrário para a teorização vincular o outro é indispensável, já que o sujeito e o outro se definem mutuamente (Krakov, 2001).

Existe concordância na literatura, especialmente nos casos de Anorexia na adolescência, da relevância de se realizar intervenção familiar a fim de propiciar melhor prognóstico, pois o fator familiar está imbricado na formação do sintoma. Pode-se afirmar que a estrutura familiar é predisponente, precipitante e mantenedora da doença. Objetiva-se com essa intervenção a conscientização da dinâmica presente, a elaboração da história familiar, mudanças nos padrões de relacionamento e comunicação, a descristalização de papéis, a criação de um espaço para expressão de idéias e sentimentos, o desenvolvimento de um sistema familiar mais funcional, a busca de novos significados e padrões vinculares mais evoluídos.

### **Psicoterapia Grupal de pacientes com Transtorno Alimentar e Obesidade**

Diferentes modalidades grupais são utilizadas em casos de transtorno alimentar e obesidade: auto-ajuda e psicoterápicos (grupo operativo reflexivo com base psicanalítica, psicodrama, cognitivo comportamental, interdisciplinar-psicoeducacional ou temático).

O grupo de referencial psicanalítico supõe que em todo o grupo coexistem forças que tendem à sua coesão e desintegração. Bion (1970), descreve dois planos de funcionamento: o da intencionalidade (grupo de trabalho) e outro de atuação de fatores inconscientes (grupo de supostos básicos). Há em um grupo a presença permanente da dualidade pulsional (erótica, agressiva ou narcísica) e de ansiedades e mecanismos de defesa. A dinâmica estrutural grupal evidencia conflitos entre id, ego e superego. O desempenho de papéis é estereotipado

respondendo a cada configuração vincular específica. O grupo tem ressonância em seus membros, o que pode torná-lo de grande eficácia terapêutica.

Em caso de grupo psico-educacional as sessões são dirigidas, focais e orientadas por temas pré-selecionados para cada sessão. Na primeira fase: fornece informações sobre a sintomatologia e aspectos associados ao Transtorno Alimentar. Na segunda fase: elege-se focos de atenção do coordenador do grupo. Esta modalidade pode ser interdisciplinar e tem como objetivo orientar, promover reflexão e melhora do comportamento alimentar e ainda, preparar para um processo de psicoterapia profunda (individual ou grupal).

Existem passos para a formação de um grupo: seleção realizada através de entrevista individual levando-se em conta aspectos clínicos, nutricionais e psicológicos. Estes dados são fundamentais não só como avaliação dos pré-requisitos para ingresso no grupo, como também para o seu correto encaminhamento e posterior avaliação dos resultados (Bion, 1970; Rivière, 1988; Zimerman e Osório, 1997; Zimerman 2000).

Pesquisas demonstram que pacientes obesos tratados em grupo perdem mais peso que os tratados individualmente (London e Schreider, 1966 IN: Barros, 1994). Isto se dá pela possibilidade de se trabalhar os conflitos e fantasias que impedem o emagrecimento desejado dentro de um campo em que atuam as forças internas grupais.

O grupo propicia o compartilhar de experiências comuns e auxilia no processo de emagrecimento dos pacientes obesos através da aquisição de atitudes internas que possibilitem mudanças nos hábitos e condutas. Para tanto, busca-se a criação de um grupo que funcione como um holding, dando suporte, e possibilitando um espaço de troca de vivência e conscientização de conflitos e sentimentos que impedem o emagrecimento e induzem à obesidade. Desta forma espera-se alcançar também o desenvolvimento da capacidade para pensar os próprios pensamentos.

Em caso de Anorexia não há indicação para atendimento em grupo, pois a intensidade da competição gera acirramento do sintoma. Operam forças destrutivas grupais intensas e a necessidade de uma relação dual é premente. Trata-se de pacientes muito regredidas, narcisistas.

Pacientes com Bulimia e TCAP têm potencial para atendimento em grupo. O grupo possibilita o estabelecimento dos processos de identificação, mas há riscos pela gravidade dos aspectos afetivos que emergem (predominância do processo primário, ocorrência de abuso sexual na infância, ou a presença de relações abusivas e conteúdos invejosos) e que podem desintegrar o grupo.

## **A interdisciplinaridade e os Transtornos Alimentares**

A multidisciplinaridade não exige que os profissionais arrolados num tratamento tenham a mesma concepção teórica, filosófica a respeito do paciente e da doença, é suficiente que cada um consiga desempenhar bem a sua função. Eles requisitam a participação do outro, todavia cada um faz a sua parte individualmente. Diferentemente da interdisciplinaridade que exige que os profissionais estejam interconectados pela mesma visão para alcançar maior eficácia diagnóstica e terapêutica (Vasconcelos, 1997). Torna-se desejável em uma equipe a busca constante pelo ideal da interdisciplinaridade.

O encontro entre diferentes áreas do conhecimento no atendimento e compreensão dos transtornos alimentares é, sem dúvida, promissor. Para que tal ampliação e interlocução entre os saberes se realizem com o cuidado e a profundidade desejados, destaca-se a importância da compreensão do contemporâneo referencial epistemológico da complexidade. Para Morin (1996), a epistemologia tradicional e positivista separa o objeto do seu meio, separa o físico do biológico, separa o biológico do humano, separa as categorias, as disciplinas, etc. Esta visão reduz o complexo ao simples e não permite perceber a unidade na diversidade, nem a diversidade na unidade. A característica da epistemologia contemporânea do conhecimento exige o estudo da dimensão cognitiva e do ato subjetivo; portanto, o estudo do ser que vai conhecer também está implicado nesta compreensão.

A equipe de atendimento aos Transtornos Alimentares costuma ser formada por psicólogo ou psicanalista, psiquiatra, nutricionista, clínico geral, terapeuta familiar, gastro-pediatra, endocrinologista, acompanhante terapêutico, educador físico, terapeuta ocupacional e enfermeiro (em caso de hospitalização). As equipes de atendimento podem ter configurações diversas, em alguns casos não é necessário que todos os tipos de atendimento sejam oferecidos.

Encontram-se melhores resultados em pesquisas em caso de atendimento interdisciplinar dos TA, que muitas vezes são difíceis e considerados desafios terapêuticos. O atendimento em equipe oferece vantagens e dificuldades. O holding ao ser oferecido por uma equipe coesa opera como uma rede de sustentação para o paciente e os múltiplos aspectos transferênciais e contratransferênciais são distribuídos entre os membros que possuem condições de manter uma escuta e atitude adequada quando os papéis podem ser bem discriminados. Há demandas e recusas de tratamento, gerando sentimentos de impotência e frustração. Um aspecto importante a ser avaliado é o momento adequado para inserir um profissional ou uma

nova atividade no tratamento, isso deve ser cuidadosamente avaliado caso a caso.

O mecanismo psicológico da dissociação costuma operar nos pacientes com TA na sua relação com a equipe. No vínculo transferencial com o psicólogo, médico e nutricionista são projetados aspectos da personalidade do paciente e de suas modalidades vinculares (oriundas de vivências familiares). A contratransferência pode em determinados momentos “responder” as projeções do paciente, podendo gerar atuações e indução à dissociação. A integração em reuniões de equipe, são muito importantes para explicitar o tipo de transferência que o paciente está realizando e a contratransferência despertada.

O manejo que costuma ser recomendado implica que cada membro estimule o paciente a conversar com o profissional quando há queixas - muitas vezes distorções em função da resistência ao tratamento. Por exemplo, o paciente pode queixar-se da dieta para o clínico ou psicólogo, a orientação deve ser para que converse com o nutricionista. Noutra situação, o paciente queixa-se dizendo que não precisa de terapia, nesse caso deve-se remetê-lo ao terapeuta, também estimulando que o paciente discuta isto com o mesmo. Se o paciente queixa-se para o psicólogo de que não precisa tomar a medicação prescrita pelo psiquiatra, devemos então também ser firmes e coesos.

Pacientes com TA costumam apresentar forte resistência ao tratamento porque a retirada do sintoma (bulimia, anorexia) pode angustiá-los por ser essa a sua via de escape e a forma como eles conseguiram estruturar-se psiquicamente. O índice de abandono do tratamento e recaída é alto nos casos de TA. Trata-se de um desafio na busca da solução do problema do paciente, buscando a valorização da saúde, novas formas de se relacionar com o alimento, o aprendizado de alternativas de expressão e a resolução de complexos problemas psicológicos relacionados aos sintomas.

No caso da obesidade o tratamento é um processo lento que requer uma intervenção interdisciplinar. Isto ocorre por ser uma doença crônica com possibilidade de recidiva, demandando alterações no estilo de vida que apenas poderão tornar-se duradouras se acompanhadas de mudanças no pensar e sentir do paciente obeso. Segundo Barros (1995, IN: Mello Filho, 2000) a abordagem interdisciplinar da obesidade é considerada necessária devido à complexidade das alterações encontradas, sendo utilizado o tratamento psicoterápico grupal e/ou individual, e podendo ser necessário o uso de medicação.

Em relação aos papéis atribuídos aos membros da equipe, em linhas gerais, pode-se considerar que cabe ao psiquiatra diagnosticar TA e co-morbidades, avaliar riscos, estabelecer aliança terapêutica, monitorar o estado mental e medicar sintomas; enquanto o psicólogo e o psicanalista devem oferecer escuta para identificação de conflitos

inconscientes, desejos, sensações corporais, explicitar a dinâmica subjacente aos sintomas, proporcionar elaboração simbólica, desenvolver o pensar no lugar do atuar, relacionar o padrão alimentar ao padrão vincular e oferecer holding. O terapeuta familiar proporciona um espaço para identificar e elaborar o lugar de cada membro e o lugar do TA na família, as expectativas, a estrutura familiar inconsciente e os elementos transgeracionais presentes na história do sintoma. A orientação nutricional busca traçar metas, desmistificar crenças erradas, apontar desencadeantes do ciclo bulímico, apontar soluções alternativas, fazer "negociações". Diz-se do papel da nutricionista nestes casos que o mais importante é o adequado manejo do sofrimento psíquico, das recaídas e da rigidez superegógica dos pacientes. Ao clínico cabe solicitar exames, acompanhar a evolução clínica e tratar doenças, como por exemplo, a osteopenia e osteoporose (nos casos de anorexia). Há, segundo o PROATA (Claudino, 2005), uma nova modalidade de acompanhamento dos casos mais graves para evitar a internação. Um profissional assistente social, arte-terapeuta ou estudante de psicologia pode passar de 10 a 40 h por semana em contato informal com paciente, objetivando controlar situações de risco, legitimar atitudes positivas em relação a hábitos alimentares e outros aspectos da vida. Isso também favorece a retomada da vida social. Há, por vezes, nesses casos mais graves, em especial na anorexia, a necessidade de internação hospitalar que pode ser em enfermaria clínica de Hospital Geral, enfermaria psiquiátrica de Hospital Geral ou até mesmo em Hospital-dia. No entanto, o atendimento ambulatorial é sempre o setting de escolha ao se detectarem a condição do paciente de se responsabilizar, a existência de suporte familiar, a ausência de comorbidades que justifiquem internação e a possibilidade de atendimento interdisciplinar.

Existem atualmente alguns instrumentos recomendados para a avaliação de Transtornos Alimentares que costumam ser utilizados para o diagnóstico psiquiátrico, por equipes interdisciplinares e, também por psicólogos que se identifiquem com estes instrumentos que objetivam complementar a avaliação, sistematizar informações e quantificar dados para pesquisas. Os instrumentos investigam psicopatologias específicas, Transtorno de Imagem Corporal, psicopatologia geral (BDI, HAM-D/A, BIS), co-morbidades (SCID-I/P, CIDI, MINI-PLUS) e qualidade de vida.

Há diferentes categorias de instrumentos e métodos para avaliar TA: Entrevistas clínicas (estruturadas ou semi-estruturadas): EDE, SCID-I/P. MINI - PLUS, CIDI. Entrevista psicanalítica embasada em conhecimentos específicos sobre TA. Questionários auto-aplicáveis: EDE-Q, EAT, BITE, BES, QEWP-R, BSQ, EDI, BULIT, BDS. De auto-monitoração: diários alimentares.

A escolha do método e a opção por utilizar ou não determinado instrumento, depende da identidade e da formação dos profissionais, da equipe e da necessidade do paciente.

A Terapia Cognitiva Comportamental - TCC (Nunes, 1999) é uma intervenção bastante estudada atualmente em transtornos alimentares, provavelmente por ser embasada em manuais bastante estruturados, o que torna sua reprodução, aplicação e aferição mais fácil que outras técnicas. É uma intervenção: breve, semi-estruturada, centrada no presente e no futuro, orientada para metas, que visa identificar e modificar pensamentos e comportamentos disfuncionais que favorecem a manutenção dos transtornos (TA). O modelo cognitivo enfatiza especialmente a influência negativa dos pensamentos distorcidos e das avaliações cognitivas irrealistas dos fatos sobre os sentimentos e comportamentos. Os elementos da TCC para TA são: o auto-monitoramento (através de diários alimentares), a educação sobre o modelo cognitivo de manutenção do TA, a necessidade de mudanças comportamentais e cognitivas, a prescrição de um padrão regular de alimentação, o estabelecimento de um padrão regular de pesagem e o desenvolvimento de estratégias de auto-controle. São utilizadas técnicas de resolução de problemas, reestruturação cognitiva para modificar conceitos sobre alimentação, peso e forma corporal, métodos de exposição gradativa para aceitação do peso e forma corporal e treinamento de prevenção de recaídas. Em algumas equipes coexistem profissionais que trabalham com orientação cognitivo-comportamental e psicoterapeutas de orientação psicodinâmica, no entanto, sendo profissionais orientados por paradigmas diferentes, há que se ter muito cuidado na eleição da abordagem indicada e no processo de integração terapêutica. Por vezes, os nutricionistas utilizam essas estratégias cognitivas para o manejo de pacientes com transtorno alimentar, o que pode ser interessante para os objetivos nutricionais, especialmente nos casos de pacientes mais graves.

### **A Anorexia e a Bulimia são produto dos padrões estéticos das três últimas décadas?**

Os aspectos socioculturais dos transtornos alimentares têm sido amplamente estudados e já foram objeto de inúmeros trabalhos médicos, antropológicos, sociológicos e históricos. E, inclusive, têm sido considerados como fator etiológico dos Transtornos Alimentares.

Vivemos em uma época em que o corpo está em moda. Diz-se hoje que os ideais estéticos em moda projetados pela mídia substituem os antigos ícones religiosos (In: Mattos, 2002). O valor cultural da magreza como sinal de auto-controle e sucesso e a ilusão de corpo

infinitamente maleável criam ambientes favorecedores para os transtornos alimentares. Elementos como a globalização tem precipitado esta doença além das fronteiras ocidentais. A sensação de controle, potência, autonomia e sucesso geram reforço social valioso devido à baixa auto-estima de populações vulneráveis.

Esta compreensão veio a ser corroborada por vários estudos epidemiológicos demonstrando um aumento na incidência destes transtornos concomitante à evolução do padrão de beleza feminino em direção a um corpo cada vez mais magro. (Hsu, 1996)

No entanto, a primeira descrição médica da Anorexia data do final do séc. XVII, por Richard Morton que descreveu os sintomas de uma adolescente de 18 anos e de um jovem de 16 anos. O padecimento era causado por tristezas e preocupações ansiosas. Desde esta descrição seguem outras contribuições inclusive por parte de Charcot. Curiosamente, encontram-se também, relatos históricos e biográficos como o de Santa Rosa de Lima, no período em que vigoravam ideais religiosos que evidenciavam a prática do jejum como favorecedora da anorexia, esta também vinculada a situações familiares bastante graves. (Losinno, 2001).

Observa-se, ainda, outro fenômeno interessante de ser analisado, o auto-sacrifício a que se submete o corpo para corresponder aos ideais estéticos de cada época, corseletes no século XIX, anorexia no século XX e XXI. Os indivíduos sentem-se como que seduzidos e, em maior ou menor grau, submetidos aos ditames de padrões, em determinada época ditados pela moral da Igreja, atualmente pela mídia e pelas griffes. Em troca de sacrifícios, o indivíduo espera receber a admiração do sexo oposto e da sociedade. Busca-se, também, uma apropriação da imagem idealizada do personagem projetado, e isto costuma ser mais intenso na adolescência, quando a necessidade de buscar signos identificatórios é maior. A problemática identitária se consolida quando o indivíduo não consegue "ser" plenamente, quando não consegue diferenciar a imagem do sujeito ou quando corpo e alma se dissociam, e deixam de se integrar num corpo autêntico (Mattos, 2002).

Os transtornos alimentares podem ser considerados um excelente campo para o estudo da interação dos aspectos sócio-culturais (transsubjetivos) com os demais fatores. Nesse contexto vigora uma estética sem ética, na qual há uma perversão do ideal em sujeitos que sofrem de distorções na formação do ideal de ego.

## **Considerações finais**

Depreende-se do que foi exposto que os Transtornos Alimentares e a Obesidade podem ser compreendidos como patologias híbridas, atravessadas pelo somático e pelo psíquico. Sendo, portanto, recomendável na maioria dos casos uma abordagem interdisciplinar especializada e um enfoque multidimensional.

A psicanálise contemporânea tem trazido contribuições fundamentais sobre o sujeito acometido desses distúrbios e sobre as configurações vinculares implicadas na produção desses sintomas.

O papel ocupado pelos aspectos trans subjetivos na etiopatogenia dos Transtornos Alimentares tem sido motivo de discussões amplas e complexas. Uma abordagem sócio-cultural busca valorizar a ligação entre a "cultura do corpo" e os Transtornos Alimentares. Somos, sem dúvida, todos sujeitos da estrutura social. É, portanto, interessante que as investigações continuem no sentido de se conhecer melhor os possíveis significados sócio-culturais expressos através dos sintomas, assim como a identificação mais precisa da forma pela qual se dá essa ligação.

A imbricação somatopsíquica nestes casos também é um campo fértil para pesquisas e desenvolvimentos psicanalíticos. Certamente este trabalho não esgota nenhum dos aspectos discutidos, mas visa convidar o leitor a mergulhar neste complexo campo de estudo.

## **Referências Bibliográficas**

- ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4 Ed. DSM-IV. New York (NY): Guilford Press, 1995.
- BERENSTEIN, I. (1990). Psicoanalizar una familia. Ed. Paidós. Buenos Aires.
- BARROS, Carlos. Alcoolismo, Obesidade, Consulta Psiquiátrica. POA: Movimento, 1994.
- BION, W. Experiências com grupos. Rio de Janeiro: Imago, 1970
- BION, W. R. (1957) Estudos Psicanalíticos revisados. RJ: Imago, 1988.
- BRUCH, H. Anorexia nervosa: The therapeutic task. In: Brownell, KD & FOREYT, JP, editors. Handbook of Eating Disorders. New York: Basic Books, 1986.
- BRUSSET, B., COUVREUR, C. E FINE, A. Org. A Bulimia. São Paulo: Escuta, 2003.
- CLAUDINO, A. E ZANELLA, M. Transtornos Alimentares e obesidade. São Paulo: Manole, 2005
- GREEN, A. Narcisismo de vida: narcisismo de morte. São Paulo: Escuta, 1988.

- FREUD, S. (1914). Sobre o narcisismo: uma introdução. In: Obras completas. Imago: Rio de Janeiro, 1972.
- HSU, L.K. - Epidemiology of the eating disorders. *Psychiatr. Clin. North. Am.*, 19: 681-700, 1996.
- KAËS, R. O grupo e o sujeito do grupo. Elementos para uma teoria psicanalítica do grupo, São Paulo, Casa do Psicólogo, 1997.
- LACAN, J. (1936) O estágio do espelho como formador da função do eu. In: Escritos. Zahar: RJ, 1998.
- LOSINNO, R. Anorexia nervosa - uma perspectiva histórica. In: Revista Actualidad Psicológica. Trastornos Alimentarios. Buenos Aires, 2001.
- MATTOS, Maria Isabel Perez. Considerações atuais em estética e rejuvenescimento facial e suas implicações sociais e psicológicas. In: HEXSEL, Doris Maria; ALMEIDA, Ada. (Org.). Uso cosmético da toxina botulínica. POA, 2002.
- MINUCHIN, S.; ROSMAN, B. L.; BAKER, L. Psychosomatic families: anorexia nervosa in context. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1978.
- MELLO FILHO, J. Grupo e Corpo. POA: Art. Méd., 2000.
- MORIN, E. Ciência com Consciência. Editora Bertrand Brasil, 1996.
- NUNES, A. e col. Transtornos Alimentares e Obesidade. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.
- RASCOVSKY, A., RASCOVSKY, M. E SCHOSSBERG, T. Estructura Psíquica Básica del Obeso, Apresentado ao XVI Congresso Internacional de Psicanálise, que se realizou em Zurique, em 1949.
- RIVIÈRE, P. O processo grupal 39 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1988.
- VASCONCELOS, M. Serviço social e interdisciplinariedade: a exemplo da saúde mental. Revista serviço social e sociedade. São Paulo, 1997.
- VIUNISKI, N. Obesidade Infantil. RJ: EPUB, 2005.
- WINNICOTT, D. (1967) O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil In: O Brincar e a Realidade. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- \_\_\_\_\_ (1969) A experiência Mãe-Bebê de Mutualidade. In: Explorações Psicanalíticas. Artes Médicas. Porto Alegre, 1994.
- ZIMERMAN, David. Fundamentos Básicos das Grupoterapias. POA: Artmed, 2000.
- ZIMERMAN, D. E OSÓRIO, L. C. Como trabalhamos com grupos. POA: Art. Méd., 1997.
- ZUKERFELD, R. Acto, Bulimico, corpo y tercera tópica. BA: Paidós, 1996.