

Bulimia? Você precisa de quê!?¹

Bulimia? You need what!?

Michele Melo Reghelin²

"Bebida é água. Comida é pasto. Você tem sede de que? Você tem fome de que? A gente não quer só comida, a gente quer comida, diversão e arte. A gente não quer só comida, a gente quer saída para qualquer parte. A gente não quer só comida, a gente quer bebida, diversão, balé. A gente não quer só comida, a gente quer a vida como a vida quer. Bebida é água. Comida é pasto. Você tem sede de que? Você tem fome de que? A gente não quer só comer, a gente quer comer e quer fazer amor. A gente não quer só comer, a gente quer prazer pra aliviar a dor. A gente não quer só dinheiro, a gente quer dinheiro e felicidade. A gente não quer só dinheiro, a gente quer inteiro e não pela metade. Bebida é água. comida é pasto. Você tem sede de que? Você tem fome de que?"

(Comida - Composição: Arnaldo Antunes, Marcelo Fromer e Sérgio Brito)

Resumo: O presente trabalho objetiva analisar um caso de bulimia à luz da teoria psicanalítica. Busca entender como se configura tal patologia e qual o seu significado.

Summary: This essay aims to analyze a case of bulimia In the light of the Psychoanalytical Theory. It also intends to understand how this pathology works and its meaning as well.

Descritores: Bulimia, vazio e vínculo.

Keywords: Bulimia, emptiness and bond.

¹Porto Alegre, outubro de 2006.

²Psicóloga, Membro Efetivo do CIPT.

Conforme a literatura, os transtornos alimentares são reconhecidos há milênios embora tenham sido bem definidos pela nosologia médica há pouco mais de 30 anos. Muito resumidamente, lembramos que a bulimia caracteriza-se por *episódios recorrentes de compulsão por comida - a ingestão rápida de grandes quantidades de alimento - seguida de métodos compensatórios inadequados, como vômito ou laxantes*. Literalmente significa a fome bovina. A propósito do tema, vamos nos ocupar estritamente do aspecto psicanalítico e recomendamos outros textos para a revisão nosológica psiquiátrica. Pensamos que se trata de uma perturbação ligada ao vazio decorrente das falhas ocorridas na relação mãe-bebê, sendo que as inúmeras alterações – peso, perturbação da imagem corporal são sintomas de um evento catastrófico na fixação do psico-soma; trata-se de uma soma-psychose. Este trabalho objetiva, então, traçar como se originaria a bulimia e qual o papel que representa – como marca a subjetivação. Para isso, ilustraremos o tema com a apresentação de um caso clínico a partir do viés psicanalítico.

Para Alterman (2001), essa patologia surge da mudança de hábitos alimentares, de mudanças de papéis nas estruturas familiares e, principalmente do elo que mãe e filha possuem desde o nascimento, o modo como o bebê recebe o alimento que a mãe oferece, como aprende o amor e como se vinculam. Para Jeammes (*In Urribarri, 1999*), bulimia é uma patologia do *cruzamento*, onde aparece neurose, psicose, perversão e psicossomática. Para Herscovici (1997), caracteriza-se pela ingestão de alimentos geralmente calóricos de uma vez só, buscando, em seguida, anular seus efeitos devido à culpa e ao remorso. Esses empanturramentos são conhecidos por *binge*. Geralmente os pacientes iniciam esse ritual após uma dieta severa, onde ficaram com déficit nutricional. Entretanto, com o passar do tempo o ritual se amplia e se aciona como resposta ao estresse.

Os bulímicos denunciam-se pelas pistas que deixam: Desaparece comida e remédios; preocupam-se demais quando falam de peso e corpo, vão ao banheiro regularmente após as refeições, fazem exercícios exageradamente, alimentam-se *com produtos dietéticos e aumentam de peso*; em casos graves, a acidez do estômago, pelos vômitos freqüentes, coroe o esmalte dentário e o dorso da mão fica machucado pelo contato com os incisivos ao provocar vômito (sinal de Russel) – mais freqüentes na anorexia nervosa, uma prima do transtorno em discussão. Além disso, há uma instabilidade de humor, sentem-se angustiadas, necessitam da aprovação do outro. A vida social e a auto-estima dependem do peso atingido.

Se pensarmos nas esculturas e pinturas do Renascimento, o belo consistia em mulheres curvilíneas, que lembravam a sexualidade, onde o ventre era enaltecido, o que remete à idéia de maternidade. Porém, para

chegar até aí, é preciso percorrer um longo e árduo caminho que vai do auto-erotismo até sexualidade genital, construindo a identidade. Em contraste com a maturidade genital, a puberdade é um processo biológico, enquanto a adolescência é um fenômeno psicológico e social, diz Outeiral (1994). Adolescência vem do latim *ad* (a, para) e *olescer* (crescer) significando a condição para crescer. Também, deriva do latim *adolescere*, que significa *adoecer*. O autor menciona que as transformações corporais são vividas como ameaçadoras e invasoras no início da adolescência. Podem ser vividos de forma persecutória (onde o corpo é depositário de ansiedades confusionais e paranóides); maníacas (onde se nega a dor psíquica que ocorre durante esse movimento de transformação) ou fálica (onde ninguém pode falar sobre o que está acontecendo). Conforme Knobel (*In Aberastury, 1981*), o adolescente procura estabelecer sua identidade adulta apoiando-se nas primeiras relações objeto parentais internalizadas, verificando o ambiente e utilizando os elementos biofísicos que tendem à estabilidade da personalidade num plano genital, o que se consegue através de luto pela identidade infantil. Para Aberastury e outros (*In Aberastury, 1981*) durante o luto surgem defesas para negar a perda da infância. Quando o adolescente adquire sua identidade e aceita seu corpo, enfrenta o mundo com o seu sexo em todas as atividades. Assim, se separa da imagem dos pais para formar uma nova relação com eles.

“... tem que deixar de ser **através** dos pais para se chegar a ser ele mesmo” (p66).

Laura, vinte e quatro anos, procurou tratamento há um ano. Bonita, veste-se bem e está acima do peso adequado para sua idade e altura. É inteligente, culta, bastante afetiva, gosta de dar ordens, sendo às vezes rude, especialmente com a mãe. Possui amigas, freqüenta festas e lugares da moda. Geralmente, tenta ser agradável com as pessoas, mesmo quando estas são inconvenientes. Entrou para a faculdade, mas a abandonou por não gostar de estudar. Trabalha desde os quinze anos porque seus pais sempre a estimularam para isso; mora com a mãe e com o irmão mais novo e tem duas irmãs mais velhas. Os pais se separaram quando ela tinha quatorze anos devido ao fato de o pai ter se envolvido com uma mulher mais jovem, com a qual está casado e tem um bebê. Os pais da paciente oferecem-lhe uma boa situação financeira, estudos, oportunidades, interessam-se por ela e pelo seu futuro. Entretanto, eles parecem atribuir-lhe papéis que são deles. De acordo com Laura, o pai é bonito, elegante e bem sucedido profissionalmente. A mãe, por sua vez, é gorda, desorganizada, trabalhadeira e acredita que um dia o pai retornará ao lar. Menciona que os pais não tinham muito tempo para os filhos. Laura gosta de trabalhar, sair à noite com as amigas e namorar. Já teve alguns namorados e foi traída algumas vezes. Deseja ter o próprio negócio, morar sozinha e um dia casar e ter filhos, porém não consegue fazê-lo porque se sente gorda. Quando fica ansiosa ingere grande quantidade de alimento calórico até se “empanturrar”. Depois toma laxante, remédios e/ou vomita. O primeiro episódio de vômito aconteceu quando tinha 20 anos.

Refere que naquela época era magra e não se preocupava com dietas. Vomita sempre que se sente gorda e diz que são fases: fica seis meses sem vomitar, aí ocorre um episódio; deseja perder peso sem fazer esforço, não aceita praticar esportes e tem dificuldades para manter as dietas. Laura está engordando, sente-se feia e sua vida social vem diminuindo.

A origem do amor está ligada à necessidade de nutrição. O alimento representa o instrumento usado para acessar o amor e proteção, que nem sempre são sentimentos espontâneos. Dar alimento é a primeira experiência de troca, de vínculo, do ser humano. Freud (1896), na *experiência de satisfação no Projeto*, assinala que os enchimentos dos neurônios nucleares em *psy* objetiva a descarga pela via motora. Equiparando com o bebê, pensa-se que ele se expressa através das emoções, inervações musculares, etc. No entanto, para que seja atendido e obtenha satisfação, ele necessita da ajuda externa, da mãe, que lhe fornece o alimento; este que vem acompanhado de cheiro, toque, afeto. Assim, é possível pensar no tipo de comunicação que se estabelece entre a dupla. Este estado de necessidade implicará na representação dos restos mnêmicos. Freud, nas fases do desenvolvimento humano mostra que, ao nascer, o bebê e a mãe estabelecem uma fusão que chamamos de díade (relação a dois). Inicialmente, a mãe está indiscriminada do bebê; este pensa que ela é apenas uma extensão sua. A mãe o alimenta, cuida e proporciona diversas sensações que inauguram o campo sexual (a fase oral). Há um movimento de incorporação e identificação, apresentando uma relação de completude ilusória. Na mente da criança, a mãe ou é boa ou é ruim, e somente com a formação do objeto e constância do *self* é que é possível criar um objeto total (a fase anal). Essa separação deve ocorrer com a entrada de um terceiro na relação, alguém que exerça a função paterna (geralmente o pai) que apresentará a descoberta da castração (a fase pré-genital). O Complexo de Édipo é o precursor da consolidação das identificações. Num primeiro momento, a menina percebe a mãe como um ser passivo e castrado e tenta se identificar com o pai - Complexo de Édipo negativo. Num segundo momento, a menina reconhece o valor da mãe, suas qualidades e sua capacidade de seduzir, e por desejar um dia ser como ela e assim conquistar o pai busca identificar-se com a mãe - Complexo de Édipo positivo. O pai, por sua vez, mostrará que ele e a mãe fazem coisas do mundo adulto dos quais ela não pode participar. Então, a menina se dá conta que deve crescer, tornar-se mulher e conquistar outro homem para ela.

Para Miranda (2005), as falhas ocorridas no processo identificatório, - onde as fases do desenvolvimento ficaram sem representação e onde não foi possível pensar a dor - geram um vazio fazendo com que o aparelho psíquico torne-se incapaz de representar o afeto, resultando os transtornos alimentares e adições oriundas dos *actings*, dissociações, vazio de significações, concretude das emoções e impulsividade devido à falta de pensamento - mundo sem palavras, sem sustento e sem sentido - onde *self* e objeto estão fundidos, sem singularidade. A partir disso,

pensa-se que o *self* de Laura está fundido com os objetos parentais impedindo-a de construir uma identidade da qual possa apropriar-se e se tornar adulta. Parece que ficou parada na fase oral, pré-genital, agindo como um bebê voraz, ao mesmo tempo em que necessita agradar o outro - estar sob o olhar externo - e dessa forma, talvez, estar sempre buscando corresponder e satisfazer o desejo alheio. Identificada com a mãe que, conforme a paciente é *gordinha*, Laura trabalha muito, sai somente com as amigas, não tem namorado e espera o pai voltar para casa. Ela estabelece uma relação simbiótica com a mãe que ora a narcisiza através de elogios e ora a rechaça e rivaliza com ela através de comparações físicas e de comportamento. Quando tenta diferenciar-se da mãe, as duas ficam angustiadas, porque Laura poderá trilhar um caminho diferente da mãe, onde se realize mais como pessoa e como mulher. Entretanto, terá que abandonar sua condição infantil, dependente da mãe e seguir em frente, por vezes sozinha, descobrindo e enfrentando as prerrogativas do mundo adulto, além dessa mãe "ter que aprender a se virar sozinha" (sic). Só assim poderá crescer, desenvolver sua feminilidade que está escondida e, assim, ter um companheiro. Neste momento, inverte os papéis de mãe e filha, projetando na mãe suas próprias dificuldades.

Segundo Blos (1996), o *primeiro processo* de individuação se completa no final do terceiro ano de vida, com a obtenção da constância do objeto e do *self*. O *segundo processo* de individuação acontece durante a adolescência. O desligamento dos objetos internalizados abre caminho para a descoberta de objetos externos. Antes, o ego parental era uma extensão arcaica do ego da criança que ajudava no controle da ansiedade e regulação da auto-estima. Com o desligamento das dependências infantis na adolescência, observamos a fragilidade do ego devido à intensificação dos impulsos. Fica claro que sem um desligamento bem sucedido dos objetos infantis internalizados, a descoberta de novos objetos amados torna-se impedida. Sendo assim, esse desligamento acompanha o amadurecimento do ego. A individuação então, implica em assumir responsabilidades - não projetá-las nos outros. Na adolescência, a regressão do ego e do impulso constitui componente obrigatório do desenvolvimento normal. O desligamento dos objetos infantis exige a descategorização, antes que a libido possa novamente buscar gratificação. Na adolescência, a libido objetual é tirada de objetos externos e internos e convertida em libido narcisista e desviada para o *self*. A inundação do *self* com libido narcisista tem o efeito de auto-engrandecimento e super valorização do corpo e mente.

A bulímica fica numa posição narcísica primária, onde se sente fusionada com a mãe (Kohut, 1984). A idealização da imago parental decorre do narcisismo original da criança. No decorrer do tempo, muda o aparelho cognitivo da criança, muda-se a imagem do genitor. Durante esse período, ocorrem gratificações e frustrações que, a princípio, são reconhecidos como externas ao *self* e, gradativamente, são percebidas

como objeto total. As qualidades idealizadas são amadas e, caso o psiquismo tenha sido privado de qualificação instintiva, transformará a imago objetual em objeto introjetado. Um desapontamento grave com o objeto edípico idealizado no começo da latência

"Pode desfazer uma idealização precocemente estabelecida no superego; pode recatexizar a imago do objeto idealizado e assim, conduzir a uma renovada insistência na busca de um objeto externo de perfeição" (p42).

Que é o caso de Laura. O ideal seria desidealizar gradativamente e internalizar tais catexias, dando continuidade ao que antes o objeto preenchia. Se isso não acontece, não se adquire a estrutura interna necessária, com todas as aquisições, ficando o psiquismo fixado à imago objetual arcaica, fazendo que sempre dependa de certos objetos - estes que não são reconhecidos pelos seus valores, mas sim por substituírem as funções que não foram estabelecidas na infância - *o que seria uma forma intensa de fome objetual.*

Assim, Alterman (2001) menciona que uma mãe que transmite uma mensagem ambivalente de ódio e amor para sua filha é uma mãe imatura com seus conflitos infantis. A mãe é sempre um modelo para a filha, mas nesta situação, a mãe também a inveja e rivaliza com ela, subordinando-a às suas próprias necessidades infantis e narcísicas. A conduta da bulímica, então, é auto-agressiva, pois se origina a partir da culpa que a adolescente sente por ser tão jovem, objeto de inveja por parte da mãe que gostaria de ser assim também. Dessa forma a mãe condena a filha a uma simbiose com ela.

Laura não foi investida narcisicamente o suficiente pela mãe; conforme conta, seus pais eram exigentes e não tinham tempo para cuidar dos filhos, apesar de lhes darem educação, apoio e gostarem deles. Aos quatorze anos, quando seus pais se separaram, ela não conseguiu demonstrar seus sentimentos de tristeza e raiva por medo de perder, definitivamente, o amor dos pais. Não conseguiu manifestar sua tristeza e raiva, pois temia perder o amor do pai que, por tempos, ficou afastado dos filhos. Laura guarda tais sentimentos e raras vezes consegue lembrar-se de como foi a separação dos pais porque é muito doloroso. Decepcionou-se muito com o pai por ter enganado e traído a mãe com uma moça bem mais jovem - confirmando a fantasia infantil do incesto. A partir daí envolveu-se com rapazes que a traíram e, com o correr do tempo, desenvolveu a bulimia e engordou muito, ficando identificada com a mãe: *gordinha*, infeliz, sem namorado e a espera do pai - apesar de negar isso. A paciente age sempre de forma a satisfazer o desejo dos outros e não o seu próprio, o que lhe gera um imenso vazio, parecendo preencher-se através de grande quantidade de alimento.

"A repetição do ato cava o buraco que se esforça por cobrir"
(Brusset In Urribarri, 1999, p.96).

Conforme Zimermann (1998), o aparelho psíquico deve conter a tensão psíquica, postergar satisfação e antecipar a previsão de que o objeto saciador aparecerá (mãe). Pensar consiste em estabelecer correlações, vinculações, confrontamentos e integração de idéias, além de discriminar o verdadeiro do falso, transformar sentidos e significações, raciocinar, julgar, conceituar, ponderar, abstrair, formar símbolos, decidir. Assumir a dor mental é a única forma de o sujeito reintegrar os seus aspectos que estavam dissociados e projetados dentro de outras pessoas, e de suportar as inevitáveis frustrações pelas perdas, privações ou faltas, e assim substituir os vazios resultantes das perdas por uma formação de símbolos. Para ele, isso é que inaugura a condição de ser "*pensador*", e cita Renato Trachtenberg que diz que "*pensador é aquele que pensa a dor*" (sic).

Em vários momentos Laura trouxe que pensar doía e era cansativo e, para evitar a dor, sempre trazia outros assuntos que não o sofrimento dela, negando o vazio que sentia para se acalmar. A realidade, para esta paciente, é cruel e é sentida como um ataque a ela. Sendo assim, ela tenta constantemente negar o problema que tem. Desde que iniciou o tratamento, faz uma dissociação onde só conta uma parte do problema, omitindo seus episódios de vômito. Quando me aproximo e tento mostrar o sofrimento existente, fica resistente, chegando atrasada e faltando. É muito difícil para ela enxergar a realidade e tolerar suas frustrações, pois é como um bebê: Voraz, que necessita tudo o que lhe dê somente prazer. Toda raiva que sente guarda dentro de si - dirige contra o ego - necessitando colocar para fora - esvaziar-se - através do vômito. Não consegue dividir o medo e a preocupação que sente: "como poderia contar para alguém sem saber o que fazer antes?" (sic).

O objetivo do tratamento consiste em diminuir a dissociação e reconectar a idéia à emoção através da palavra. Essas pessoas tentam se livrar do vazio e da solidão que sentem. O analista e o tratamento são tratados como alimento: Consumidos vorazmente antes de haver um significado para o sujeito (Brusset 2001). Por isso, o analista deve proporcionar espaço onde a subjetividade do sujeito tome forma através da palavra. Quando isso acontecer, significa que o paciente foi capaz de se deparar com a dor e a realidade na qual está inserido, podendo agora pensar sobre. A partir daí cria-se um novo campo para resignificar o que, até então, está oculto. Não precisa mais haver economia de energia psíquica.

A fantasia de incorporação lembra Torok (1995); tem o efeito de linguagem rudimentar. Dar alimento como resposta não acalma a fome real da introjeção, apenas engana. Essa atitude se produz na posição maníaca na qual o ego se ilude com a idéia de que comendo dá-se uma introjeção imediata, pois anuncia ao seu inconsciente que come, mas a "*palavra é vazia*". A fantasia de incorporação pode significar um desejo de introjeção impossível, ou que a introjeção aconteceu ou que há um

deslocamento da introjeção. A fome a saciar equivaleria a um desejo oculto, ainda não introjetado.

"A voracidade é uma ânsia impetuosa e insaciável, que excede aquilo que o sujeito necessita e o que o objeto é capaz e está disposto a dar. A nível inconsciente, a voracidade visa, primariamente, escavar completamente, sugar até deixar seco e devorar o seio; ou seja, seu objetivo é a introjeção destrutiva..." (Klein, 1991, p212).

A paciente introjeta os aspectos bons e maus da mãe e se identifica com eles. Nega a realidade triste e cruel que vem enfrentando sozinha ao longo dos anos. Cinde a realidade e projeta nos outros aspectos seus, os quais teme assumir. É onipotente, acha que não precisa da ajuda dos outros e que, sem ela, o trabalho não funciona e a mãe não vive. Intelectualiza, desmente e faz formações reativas. Laura busca somente situações que lhe proporcionem prazer, nem que para isso precise anular sua verdadeira identidade ao moldar-se ao desejo do outro. Parece uma moça perdida no mundo dos sonhos perfeitos, sendo assim intolerável a realidade e impossível de realizar desejos ocultos. Isso impede sua espontaneidade, criatividade e crescimento como adulta e como mulher. Laura não sabe qual é sua verdadeira identidade: quem é, o que deseja... Ela não tem identidade e espera que algo externo lhe conceda isso. Ex. *"quando eu tiver a minha empresa serei (sic)"*. Só sabemos do que gostamos quando temos uma identidade, e para ela, nada tem sabor. Ex. *"Viajarei para o exterior, mas não vejo graça nisso. Grande coisa!" (sic)* Demonstra que muitas vezes é uma pessoa vazia dando a idéia de ser um falso *self*.

Quando a paciente se vê angustiada com seus problemas como, por exemplo, não ter namorado e se achar feia, não consegue pensar, nomear as suas ansiedades, projetando no próprio corpo tais emoções. Então revoltada, ingere uma grande quantidade de alimento, *"me empanturro, devoro o que vem pela frente"* (sic). Após esse ato impulsivo e desenfreado, sente um remorso muito grande e vai até o banheiro, onde provoca o vômito com o dedo na boca. Dessa forma, sente-se aliviada. Seu superego é rígido, o que a impede de sentir raiva e ou ciúmes, fazendo com que dirija tais impulsos ao próprio ego através da excessiva ingestão alimentar. Dessa forma, sente-se muito envergonhada e culpada. O ego ideal (narcísico, pré-edípico) é mais difícil alcançar: *"... quero ser perfeita"* (sic). Uma completude inatingível.

O vômito é uma saída entre a apetência e o desejo de emagrecer e conservar o vazio do corpo; é um sintoma, uma defesa e também a realização de um fantasma, conforme Brusset (2001). Os episódios bulímicos consistem num rito de expiação e purificação o que nos remete a pensar que fantasmas estariam aí escondidos. Ademais, o vômito consiste na expulsão do objeto bom incorporado (que se tornou mau) eis que não satisfaz a pulsão ou porque a destruiu, tornando insuportável

tolerar o desprazer. Em *Totem e Tabu*, Freud (1913) refere que o clã celebra a morte do animal totêmico através de uma refeição onde o comem cru. Conscientemente, cada membro acha que realiza um ato proibido e após o seu término, o luto torna-se obrigatório devido ao medo que sentem de sofrerem uma desforra, de serem vingados, o que faz pensar num rito de expiação que se equipara ao vômito da bulímica.

A bulimia se caracteriza pela apetência objetal, (Jeammet *In* Urribarri, 1999). Busca um objeto a consumir ou para apoiar-se e o encontro com esse objeto se agrava, pois gera uma excitação interna quando se dá pela rejeição e ou indiferença - o narcisismo se sustenta pelos objetos externos. No processo de diferenciação ficaram frágeis os limites e as internalizações. A fragilidade narcísica da bulímica se encontra nas relações, no modo como se vê e na natureza de sua regressão. Para o autor, pode-se dizer que a bulimia é a perversão das pulsões de autoconservação porque ela impede a satisfação completa na medida em que o bulímico consegue perceber que há algo errado consigo mesmo (egodistonia) e dessa forma torna possível a sublimação. Porém, a falta de sublimação gera esse ato repetitivo de "loucura", o sintoma. O autor ainda lembra que para Freud falta sempre algo para que a descarga e a satisfação sejam completas, o que faz pensarmos numa regressão a fase oral pré-genital, onde não há gozo.

Essa ânsia pela satisfação imediata, diz Schevach (*In* Urribarri, 1999) nos remete ao processo primário onde, na busca do prazer, prevalece o afeto sobre a representação, devido à precariedade simbólica, esquecendo-se o pensar e atuando, dificultando as negociações entre as instâncias psíquicas (id, ego e superego) e impedindo as formações de compromisso. Assim, falha a repressão secundária gerando os sintomas. Como diz Freud (1996) a pessoa histérica retém afeto com o qual não lidou e quando são provocadas aumentam a tal ponto do indivíduo não conseguir tolerar, convergindo para o corpo. Então é preciso conectar esse afeto com seu significado, e assim, dar um sentido que a faça manter dentro de si o que é dela diminuindo a projeção.

Considerações finais

Quando nascemos, ansiamos pelo leite materno, mas após algumas mamadas, não é mais essa a fome que buscamos saciar. O toque, o cheiro, o calor que estão implícitos aí tomam formas simbólicas, as quais buscaremos por toda a vida nos relacionamentos que vivenciarmos. Daí por diante, passamos por algumas fases do desenvolvimento até chegarmos à fase adulta, onde nossa identidade estará consolidada. A bulimia gira em torno da identidade do indivíduo, esta que é formada na adolescência. E para isso é necessário formar um bom vínculo com os objetos parentais, que lhes servirão de modelo no futuro.

Para Cordas (2005) a idéia de ser magro está associada com a idéia de ser competente, ter autocontrole e sentir-se superior, o que muitas vezes leva a crença de que é tudo ou nada, confirmando o sentimento de ser incapaz de tolerar a frustração. Os bulímicos, como Laura, possuem uma dissociação entre ego real e ego ideal gerando uma negação do conflito existente. Tenta ser perfeita em tudo que faz, carregando dentro de si a mensagem de que o *eu* precisa corresponder as expectativas do *outro* para ser amada. O fato dela apresentar o sintoma de vômito, ou seja, expelir concretamente suas emoções que não conseguem ser colocadas em palavras, aponta, por incrível que pareça, para algo saudável dela, na medida em que percebe que há algo 'estranho' acontecendo consigo.

E assim é Laura. Uma menina em busca do seu verdadeiro eu, apresentando baixa tolerância à frustração e dificuldades para adiar a gratificação imediata. Nega as perdas que teve e vai num crescente desenfrear de voracidade, engolindo o que vem pela frente, sem pensar sem sentir. Encontra-se na fase pré-genital, onde tem fixações na fase oral, no momento tentando sair da posição narcísica - na qual depende do objeto - e ingressando na posição edípica - onde se depara com a castração e com a falta. Apresenta dificuldades para expressar sentimentos de raiva e mostrar desejos que sejam diferentes dos demais, pois teme desapontar outras pessoas. É voraz, impulsiva e sedutora. No que tange ao trabalho, é muito responsável, dedicada e controlada; uma excelente profissional. Entretanto, investe muito mais libido no mundo externo do que em si mesma, o que demonstra sua baixa auto-estima. Sua mãe não conseguiu narcisizá-la o suficiente para que ela se sentisse amada e desejada e, conseqüentemente, conseguisse libertar-se do pai e ir na busca do seu espaço no mundo. Penso na figura de mãe e de mulher que está representada na mente do pai, este por sua vez, passa à filha uma imagem depreciativa da mulher que ele não mais desejou, o que aponta que Laura é usada para conter as identificações projetivas da mãe, o que seria então tema para outro trabalho...

Portanto, Miranda (2005) compara a psicanálise com a geologia dizendo que lidamos

"Com vidas mentais ossificadas, onde as mudanças climáticas variam por vezes na mesma sessão, ou ainda, na mesma fala, passando da era glacial, com pontas de *iceberg* por todo lado, até áreas áridas e abafadas, quando não caímos em terrenos pantanosos, cheios de areia movediças, impossibilitados de caminhar (p3)".

E salienta assim o cuidado que o analista deve ter para não cair nas fendas glaciais, onde poderá haver o rompimento ou a perda de apetite pelo trabalho. Ora, Laura vem à sessão satisfeita - posição maníaca - ora vem triste - depressiva. O objetivo do tratamento é dar-lhe a ferramenta para que possa descobrir quem é, o que realmente deseja e, assim, poder

explorar seu corpo. Para isso, é preciso ajudá-la a pensar, ainda que isso seja dolorido. Ela precisa adquirir a capacidade simbólica dos seus sentimentos para poder parar de atuar através da ingestão de alimentos e posterior esvaziamento. É preciso que sinta-se mulher, capaz de arcar com suas responsabilidades, capaz de demonstrar sentimentos, capaz de sentir sua própria sexualidade e assim poder complementar-se com o outro.

Referências bibliográficas

ABERASTURY, Arminda e outros. Adolescência e psicopatia. In: Adolescência normal: um enfoque psicanalítico. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.

ABRAHAM, Nicolas. Torok, Maria. A doença do luto e fantasia do cadáver saboroso. In: Torok, Maria. A casca e o núcleo. São Paulo: Editora Escuta, 1995.

Alimentos Saudáveis, alimentos perigosos: guia prático para uma alimentação rica e saudável. Rio de Janeiro: *Reader's Digest*, 2006.

ALTERMAN, Marta. Anorexia y bulimia: um problema de identidade. *Actualidad Psicológica*. Transtornos Alimentarios. Jul.2001. p. 28-32

BRUSSET, Bernard. bulimia: introdução geral. In: URRIBARRI, Rodolfo. Anorexia e bulimia. São Paulo: Escuta, 1999.

BRUSSET, Bernard e outros. De la bulimia a los vómitos adictivos. *Actualidad Psicológica*. Transtornos Alimentarios. Jul.2001. p. 2-6

BLOS, Peter. Transição adolescente: questões desenvolvimentais. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

CORDA Táki Athanássios. AZEVEDO, Alexandre Pinto de. Contra os estigmas da balança. In: Viver mente e cérebro. São Paulo, set.2005. p.56-61

FREUD, S. Casos Clínicos (5) Srta. Elisabeth Von R. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Ed. *Standard* Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996. vol.II

_____. Projeto para uma psicologia científica. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996. Vol.I

_____. Totem e Tabu. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Ed. Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996. vol.XIII

HERSCOVICI, Cecile Raush. A escravidão das dietas: um guia para reconhecer e enfrentar os transtornos alimentares. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

JEAMMET, Philippe. bulimia: introdução geral . In: URRIBARRI, Rodolfo. Anorexia e bulimia. São Paulo: Escuta, 1999.

JOSEPH, Beth. A inveja na vida cotidiana. In: Equilíbrio psíquico e mudança psíquica. Rio de Janeiro: Imago, 1992.

KNOBEL, Maurício. A síndrome da adolescência normal. Adolescência e psicopatia. In: Adolescência normal: um enfoque psicanalítico. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981

Kohut, Heinz. Self e Narcisismo. Rio de Janeiro: Zahar Editores S.A. 1984.

LEAL, Glaucia. Você tem fome de quê? Viver mente e cérebro. São Paulo, set.2005. p. 42-47.

MIRANDA, Marina Ramalho. Distúrbios da Alimentação: anorexia, bulimia e compulsões: histórias de segredos e paixões. São Paulo, nov.2005. Apresentado no XX Congresso Brasileiro de Psicanálise.

OUTEIRAL, José Ottoni. Adolescer: estudos sobre adolescência. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994.

SCHEVACH, Judith V. Goldschmidt de. Idéias de Bernard Brusset em "Psicoptologia e metpsicologia da dependência bulímica". In: URRIBARRI, Rodolfo. Anorexia e bulimia. São Paulo: Escuta, 1999.

ZIMERMANN, David E. Nossos pacientes sabem pensar. Ribeirão Preto, set.1998. Trabalho apresentado no II encontro do grupo de estudos de psicanálise de Ribeirão Preto.