
CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO COM TRANSTORNOS ALIMENTARES: UMA ANÁLISE WINNICOTTIANA DA ANOREXIA NERVOSA E BULIMIA NERVOSA

CONSTITUTION OF THE SUBJECT WITH EATING DISORDERS: A WINNICOTTIAN ANALYSIS OF ANOREXIA NERVOSA E BULIMIA NERVOSA

Caio Henrique Almagro Carvalho*

Heloisa Aguetoni Cambuí**

Ian Bandeira de Oliveira***

RESUMO

O presente artigo se trata de um estudo teórico com foco nas contribuições psicanalíticas de Winnicott, cuja questão central se propõe em articular sobre o processo de desenvolvimento emocional que se dá em meio às relações familiares e a sintomatologia dos transtornos alimentares, em especial, a anorexia nervosa e bulimia nervosa. Segundo a teoria psicanalítica, a constituição subjetiva do indivíduo, ou seja, o alcance de uma unidade existencial psicossomática e o estabelecimento do contato social é facilitado pela presença de um ambiente suficientemente adequado, sensível e constante que seja capaz de atender as necessidades do lactente. Este ambiente se constitui, de acordo com Winnicott, pelas figuras parentais, em especial, a figura materna que provêm as condições essenciais para o estabelecimento da saúde mental. No tocante aos transtornos alimentares, pressupõe-se que as falhas nos cuidados parentais, especialmente, no que concerne ao ato alimentar podem predispor o indivíduo à vulnerabilidade emocional própria dos transtornos alimentares. Desse modo, as relações vinculares primárias por meio dos cuidados essenciais são consideradas fatores etiológicos que podem concorrer para a fragilidade da constituição psíquica, a dificuldade de delimitação das fronteiras do próprio corpo e da conquista de uma unidade existencial. Concebe-se a premência da realização de estudos sobre as relações familiares e as distorções no processo de desenvolvimento emocional em pacientes acometidos por transtornos alimentares, tendo em vista a oferta de assistência multiprofissional e intervenções psicológicas tanto aos pacientes quanto familiares.

127

Palavras-chave: Transtornos alimentares. Constituição subjetiva. Família. Desenvolvimento emocional. Psicanálise. Winnicott.

ABSTRACT

This article is a theoretical study focused on the psychoanalytic contributions of Winnicott, whose central issue is proposed to articulate the process of emotional development that takes

* Discente do curso de graduação em Psicologia da UniFil. caiocarvalho@edu.unifil.br

** Orientadora: Profa. Dra. de Psicologia da UniFil. heloisa.cambui@unifil.br

*** Discente do curso de graduação em Psicologia da UniFil. ian.bandeira@edu.unifil.br

place in the midst of family relationships and the symptomatology of eating disorders, especially anorexia nervosa and bulimia nervosa. According to psychoanalytic theory, the subjective constitution of the individual, that is, the achievement of an existential and psychosomatic unity and the establishment of social contact is facilitated by the presence of a sufficiently adequate, sensitive, and constant environment that is able to meet the infant's needs. This environment is constituted, according to Winnicott, by the parental figures, especially the mother figure, who provides the essential conditions for the establishment of mental health. Regarding eating disorders, it is assumed that failures in parental care, especially upon the act of eating, may predispose the individual to the emotional vulnerability of eating disorders. In this way, the primary vincular relations through the essential care are considered etiological factors that can contribute to the fragility of the psychic constitution, the difficulty of delimitation of the borders of the own body and the conquest of an existential unity. It is conceived the urgency of studies about family relations and the distortions in the process of emotional development in patients affected by eating disorders, having in mind the offer of multidisciplinary assistance and psychological interventions to both patients and families.

Keywords: Eating disorders. Subjective constitution. Family. Emotional development. Psychoanalysis. Winnicott.

1 INTRODUÇÃO

128

Os transtornos alimentares configuram-se, na atualidade, como um problema de saúde pública. A sintomatologia manifestada, em especial, na anorexia nervosa e bulimia nervosa resulta em diversos prejuízos e comprometimentos em diversas esferas que incluem a saúde física, emocional e social, cujo processo lento e gradativo pode culminar, além da perda de funções vitais, em mortes (AMARAL *et al.*, 2012). Os autores ressaltam que indivíduos com esses transtornos enfrentam uma série de perdas, rupturas e sofrimento e indicam a importância de se conhecer os riscos desses quadros tão emergentes na clínica psicológica da atualidade.

Os transtornos alimentares constituem-se por uma etiologia multifatorial, cujos aspectos individuais, hereditários, biológicos, familiares e sociais interatuam para a sua manifestação e manutenção (GALVÃO; PINHEIRO; SOMENZI, 2006; HERZOG; EDDY, 2010). Devido à complexidade etiopatogênica dos transtornos alimentares, este estudo privilegia, a partir do referencial teórico psicanalítico, a investigação das relações intrafamiliares, na medida em que os cuidados ofertados via alimentação pelas figuras parentais podem contribuir para a constituição subjetiva do sujeito. Não obstante, as variadas distorções nessas relações podem concorrer para modalidades de sofrimento psíquico centradas no corpo, como exteriorizadas nos transtornos alimentares.

A psicanálise pressupõe que as experiências vividas na infância relacionadas às falhas nas relações de cuidado, que perpassam a função alimentar, assumem uma posição privilegiada na vida psíquica do sujeito, sendo estas organizadoras e constitutivas do ser, de modo que podem repercutir para a constituição de modalidades de sofrimento psíquico próprias dos transtornos alimentares que evidenciam a fragilidade da coesão psicossomática, o *déficit* sobre a integração das experiências afetivo-sensoriais e as distorções sobre a imagem corporal (CAMBUÍ, 2020; BUCARETCHI, 2003; FRANÇA, 2011).

Orientado pela perspectiva psicanalítica winnicottiana, o presente estudo busca realizar uma breve exposição teórica sobre o desenvolvimento da constituição subjetiva do paciente acometido por transtornos alimentares, especificamente, a anorexia nervosa e bulimia nervosa, tendo como foco as relações familiares.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo teórico baseado na literatura psicanalítica de Winnicott e de autores que o privilegiam em suas produções científicas, por meio das quais pretende-se articular discussões entre o desenvolvimento emocional e a sintomatologia dos transtornos alimentares.

129

3 DISCUSSÕES

3.1 Constituição subjetiva: contribuições psicanalíticas winnicottianas

A constituição psíquica do indivíduo, segundo Winnicott (1963a/1983), se dá a partir da relação mãe-bebê e as possíveis distorções nessa relação de cuidado e a incidência de experiências excessivas e traumatizantes podem repercutir de forma negativa, levando o imaturo ser à condição de vulnerabilidade emocional e à predisposição de sofrimentos e adoecimentos psíquicos.

Entende-se que a partir dos cuidados constantes e afetivos dispensados pela figura materna ao bebê, a oferta das condições essenciais de proteção e de sustentação física e emocional, bem como a apresentação do mundo em pequenas doses possibilitam ao lactente a constituição do desenvolvimento emocional que incluem os processos de integração das

experiências sensoriais e emocionais, a formação de uma unidade existencial e psicossomática e, ainda, a possibilidade de estabelecer contato com a realidade (WINNICOTT, 1967a/2011).

Com base nos pressupostos de Winnicott, Cambuí, Neme e Abrão (2016) afirmam que o alcance do estabelecimento da saúde psíquica decorre da qualidade das primeiras e significativas relações inter-humanas. Logo, o bebê encontra-se, em seus primórdios, indiferenciado do meio e absolutamente dependente deste para que possa sobreviver física e emocionalmente. Dias (2003) afirma, a partir de uma leitura winnicottiana, que todo o ser humano possui uma tendência inata para o amadurecimento emocional, sendo assim, todo bebê possui forças que o levam em direção à constituição do seu *vir a ser* e para a continuidade de ser verdadeiramente si mesmo. Entretanto, somente essa tendência inata não é suficiente para a constituição do sujeito. Sendo necessária, portanto, a presença de um ambiente facilitador, constante, sensível e afetivo que Winnicott (1945/2000) denomina de suficientemente bom.

Segundo o psicanalista, nos primeiros meses de vida, o bebê é totalmente dependente de sua mãe, ou seja, precisa do outro para *vir a ser* e existir, de modo que ao ser atendido prontamente em suas necessidades possa ter experiências satisfatórias e integradoras que se constituem como a base para o seu desenvolvimento emocional saudável. Pressupõe-se que o ambiente facilitador é configurado pela presença da figura materna que, por sua vez, deve se encontrar amparada pela figura paterna, a família e a sociedade de modo geral.

Com o “cuidado que ele recebe de sua mãe” cada lactente é capaz de ter uma existência pessoal, e assim começar a construir o que pode ser chamado de *continuidade de ser*. Na base dessa *continuidade do ser* o potencial herdado se desenvolve gradualmente no indivíduo lactente. Se o cuidado materno não é suficientemente bom então o lactente não vem realmente a existir, uma vez que não há continuidade do ser; ao invés a personalidade começa a se construir baseada em reações a irritações ao meio (WINNICOTT, 1960b/1983, p. 53 grifos do autor).

A criança em seus anos iniciais precisa deste ambiente facilitador que compreende a presença constante de uma mãe suficientemente boa para que a constituição psíquica seja saudável e, assim, possa se sentir existente em um corpo, conseguir ter relações interpessoais significativas e existir autenticamente (WINNICOTT, 1967b/2011). Por outro lado, segundo os pressupostos winnicottianos, a existência de falhas na oferta dos cuidados iniciais pode concorrer para interrupções ou distorções no processo de desenvolvimento, levando a criança a se sentir ameaçada em sua existência e a mobilizar mecanismos defensivos de sobrevivência psíquica (WINNICOTT, 1963b/1983).

A incidência recorrente de experiências intoleráveis e excessivas relacionadas às falhas no cuidado que se dá, precocemente, na relação vincular primária entre as figuras parentais e o bebê, pode levar este primitivo indivíduo a sentir angústias inimagináveis e a interromper o *vir a ser* e a sua continuidade de ser, reagindo frente a este ambiente privador, resultando em modalidades de sofrimento e adoecimento psíquico (CAMBUÍ; NEME; ABRÃO, 2016).

No tocante às formas de sofrimentos e de adoecimentos psíquicos, evidencia-se na atualidade as suas manifestações máximas nos transtornos alimentares, cujos altos índices de suicídio, além de morbidade e de prejuízos para as várias dimensões da vida denotam a confluência das falhas ambientais durante o processo inicial de desenvolvimento emocional, acrescido dos demais fatores etiológicos. Diante disso, questiona-se como se dá o processo de desenvolvimento subjetiva de pacientes acometidos por transtornos alimentares?

3.2 Transtornos Alimentares

Os transtornos alimentares são constituídos por uma pluralidade de fatores que incluem os aspectos individuais, biológicos, hereditários, contextuais e traumáticos, bem como familiares e socioculturais (HERZOG; EDDY, 2010). Carvalho et al. (2009) afirmam que tanto a anorexia nervosa quanto a bulimia nervosa existem desde a idade média, porém se agravaram com o decorrer do tempo, em virtude, principalmente, da exigência do ideal de corpo magro e perfeito imposto pela cultura, a sociedade e a mídia.

De acordo com o DSM-5 (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014), os transtornos alimentares se caracterizam por perturbações significativas na alimentação ou nos comportamentos relacionados com a mesma. Estas alterações incidem sobre a imagem corporal e no padrão alimentar associado à privação do alimento, ao consumo exagerado como, também, a presença de comportamentos inadequados para eliminação do mesmo.

Segundo Appolinário e Claudino (2000), as manifestações dos transtornos alimentares podem ocorrer desde a infância e persistir também na adolescência. De acordo com o DSM-5 (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014), existem vários tipos de transtornos alimentares, como a pica e o transtorno de ruminação, ambos manifestados precocemente na infância e que não possuem associação com uma preocupação excessiva com o corpo e com o peso. Já os transtornos alimentares privilegiados neste estudo, possuem uma

manifestação um pouco mais tardia, normalmente, durante a adolescência e início da vida adulta devido às múltiplas exigências pessoais, sociais e familiares, entretanto, pode-se vir a se manifestar desde a infância e abarcam tanto a anorexia nervosa quanto a bulimia nervosa.

A anorexia nervosa se trata de um transtorno mental que se configura pelo um medo intenso em ganhar peso, acompanhado de uma restrição alimentar rigorosa e que ressoa no modo como o corpo e sua forma são vivenciados pela pessoa (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014). Corresponde a uma modalidade de sofrimento e padecimento psíquico que envolve distorções relacionadas à imagem corporal e ao emprego de técnicas que tentam garantir o controle da ingestão de alimentos e a perda de peso.

Ainda, de acordo com o DSM-5 (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014), essa sintomatologia é apoiada por uma série de outras características, a saber: humor deprimido, diminuição da libido, insônia, isolamento social, irritabilidade, entre outros. O manual ainda indica a prevalência de angústias relacionadas ao ato de se alimentar, traços obsessivos-compulsivos e o excesso de atividades físicas extenuantes.

Lucas (2015) afirma que o paciente que apresenta a anorexia nervosa faz uso de dietas autoimpostas extremamente restritivas, posto que estas podem gerar alterações e comprometimentos fisiológicos no indivíduo, como distúrbios cardiovasculares, gastrointestinais e metabólicos que tendem a manter a anorexia nervosa.

Já a bulimia nervosa, mesmo apresentando algumas semelhanças com a anorexia nervosa, constitui-se como um outro transtorno alimentar. De acordo com o DSM-5 (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014), a bulimia nervosa consiste em episódios recorrentes de compulsão alimentar seguidos por comportamentos compensatórios com a finalidade de eliminação do alimento que foi ingerido. Estes comportamentos podem consistir na indução de vômitos, uso de laxantes e diuréticos, como também a realização de exercícios físicos em excesso.

Os principais critérios diagnósticos da bulimia nervosa são episódios de compulsão alimentar, preocupação excessiva com a imagem corporal e distorções do peso e forma corporal (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014). Além disso, observa-se a presença de episódios de compensação inapropriados após a compulsão com a finalidade da perda de peso e sensação de falta de controle sobre a ingestão.

Lucas (2015) afirma que após o episódio de compulsão alimentar, os pacientes apresentam um sentimento intenso de culpa, vergonha e medo de engordar, o que os levam a

repetição de comportamentos compensatórios. Para esta autora, assim como na anorexia nervosa, a bulimia nervosa pode se iniciar através da realização de dietas restritivas e, posteriormente, desenvolver compulsão pelo alimento, alternando entre alimentações restritivas e compulsivas. De acordo com a referida autora, “os pacientes são inundados com pensamentos obsessivos sobre o modo como irão se alimentar, e depois de um quadro compulsivo, relatam sentimento de culpa e vergonha pela fome que se apoderou neles” (LUCAS, 2015, p. 14).

Appolinário e Claudino (2000) discorrem também sobre como os pacientes com bulimia nervosa se sentem e enfatizam que tanto a compulsão alimentar quanto os comportamentos compensatórios ocorrem, geralmente, de modo sigiloso, justamente em razão das sensações de prazer e alívio decorrentes da voracidade alimentar, bem como dos sentimentos de culpa e vergonha derivados das condutas compensatórias.

Além dos critérios diagnósticos, é imprescindível compreender que esses transtornos configuram uma questão emergente de saúde pública. Além da hospitalização, tem-se uma taxa de suicídio de 12 por 100.000 na anorexia nervosa, com uma taxa bruta de mortalidade de cerca de 5% por década, enquanto a bulimia nervosa apresenta, aproximadamente, uma taxa de mortalidade de 2%. O DSM-5 ainda propõe que há um risco maior de mortalidade na bulimia nervosa, que apresenta os maiores índices de suicídio (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014).

De acordo com Cambuí (2020), tanto os casos de TAs quanto os seus subtipos têm evoluído desde a segunda metade do século XX, o que pode explicar o aumento das taxas de mortalidade e morbidade. Sendo assim, este material exposto revela a importância do fomento de discussões acerca dessas categorias diagnósticas, conduzindo este estudo a buscar referenciais acerca do desenvolvimento dos sujeitos que manifestam esses transtornos.

3.3 A constituição do sujeito com anorexia e bulimia nervosa

No tocante aos transtornos alimentares, deve-se considerar os diversos fatores que concorrem para a sua predisposição, precipitação e manutenção. Em especial, verifica-se, na literatura científica especializada na área, a ênfase atribuída aos fatores familiares, uma vez que a apresentação do alimento e os significados atribuídos a este, bem como as relações alimentares se dão, primeiramente, no ambiente familiar (CERNIGLIA, 2017, FIELDING-

SINGH, 2017; SIQUEIRA; DOS SANTOS; LEONIDAS, 2020; VALDANHA-ORNELAS; SANTOS, 2017).

Segundo Moura *et al.* (2015), a dinâmica e o funcionamento familiar exercem significativa influência no desenvolvimento do transtorno alimentar, visto que o ato alimentar corresponde à troca de afeto, sendo uma via de comunicação e de interação entre os pais e o(a) filho(a). Segundo as contribuições psicanalíticas, o alimento está intrinsecamente vinculado aos cuidados parentais, pois por meio destes se dá a relação alimentar, sendo este um investimento afetivo (FRANÇA, 2010; MIRANDA, 2010; RIBEIRO, 2016).

O ato da alimentação é o primeiro organizador da vida psíquica do ser humano, por meio do qual se instala a relação mãe-bebê, sendo estes fundantes do início do processo de constituição subjetiva (CAMBUÍ, 2020; FERNANDES, 2016). Desse modo, o desenvolvimento dos transtornos alimentares relaciona-se às disfunções da relação mais precoce da criança, em que ocorre o primeiro elo construído entre a mãe e seu bebê mediado pelo alimento que, conseqüentemente, pode resultar em desarranjos no processo do desenvolvimento saudável.

134

Para Winnicott (1964/1999), a alimentação constitui umas das maneiras, dentre as mais importantes, de a mãe conhecer e se relacionar com o seu bebê. O autor assinala que, para uma alimentação bem sucedida, o vínculo entre ambos deve se desenvolver de modo satisfatório, de acordo com as necessidades do lactente. O psicanalista também considera que a alimentação prazerosa ocorre conforme o desejo do bebê, que se inicia e cessa conforme a sua necessidade e não orientada por técnicas e hábitos normativos que controlem a ingestão do alimento.

[...] as possíveis falhas e discontinuidades no processo de cuidados parentais relacionados à alimentação e ao investimento afetivo implicam uma dimensão de dominação e apropriação do espaço interno do bebê, de modo que podem originar possíveis condições para o surgimento de perturbações na percepção das sensações corporais, como também dificuldades na percepção do mundo interno e das necessidades afetivas e, ainda, distorções na imagem corporal, sendo estas perturbações características dos pacientes com transtornos alimentares (CAMBUÍ, 2020, p. 50).

Campos (2012) realizou uma pesquisa com filhas que possuem transtornos alimentares e suas mães e constatou que essas apresentam uma dificuldade em lidar com seus próprios sentimentos e isto repercute diretamente na forma como cuidaram de seus bebês, apresentando bloqueio em exercer os cuidados necessários. Partindo desse pressuposto, entende-se que a

anorexia nervosa é marcada pelo controle da ingestão do alimento, sendo que este possui uma representação simbólica associada aos significados atribuídos ao alimento e à relação com as figuras parentais (MOURA; SANTOS; RIBEIRO, 2015).

Santana e Hoppe (2015) propõem, a partir de estudo acerca de adolescentes do sexo feminino com anorexia nervosa, que os transtornos alimentares remontam aos primeiros cuidados maternos e ressaltam que a compreensão do panorama familiar é indispensável para o entendimento do transtorno, visto que os sintomas se relacionam à interdição dos desejos e do prazer relacionados ao alimento e a distorção da autoimagem, posto que estes se alicerçam em períodos remotos do desenvolvimento infantil.

Ressalta-se, de acordo com a literatura científica na área, que a sintomatologia dos transtornos alimentares é de ordem múltipla e os significados atribuídos ao alimento são, igualmente, diversos e aludem, principalmente, às configurações familiares e a história pessoal do indivíduo, que exteriorizam a falha constituição subjetiva.

Os estudos indicam a presença de uma dinâmica familiar particular dos pacientes com anorexia nervosa, cuja relação entre mãe e filha(o) configura-se como indiferenciada e fusionada, sendo organizada em torno da antecipação do desejo e das necessidades do paciente, da apropriação do espaço interno deste e do controle imposto pela figura materna, o que caracteriza uma díade “sufocante” e que não permite à criança experimentar o vazio ou a falta da mãe (BRUCH, 1978; SANTANA; HOPPE, 2015).

Pressupõe-se, alinhado às contribuições de Winnicott, que os cuidados maternos são excessivos e não atende às demandas do indivíduo que se encontra em constituição, excedendo, portanto, a capacidade de processamento destas experiências que se delineiam de forma intrusiva, levando-o às condutas de restrição do alimento que denotam às tentativas de oposição e de evitação do *cuidado-mãe* (CAMBUÍ, 2020; FERNANDES, 2012).

Nota-se, ainda, a permanência do paciente no estado de dependência absoluta em que, de acordo com Winnicott (1999), *ela (a mãe) é o bebê, e o bebê é ela*, não havendo lugar para um terceiro, encontrando-se fusionadas, o que resulta na suspensão do processo de desenvolvimento emocional e nas repercussões sobre a conquista dos processos de integração em uma unidade existencial e psicossomática.

No que se refere à figura paterna, Costa (2014) relata que há escassez de estudos acerca da investigação orientada, especificamente, à figura do pai e a função paterna nos quadros de transtornos alimentares. De modo, geral, alguns autores evidenciam denominadores em

comum, como a manutenção de um vínculo frágil entre pai e filha, marcado pela omissão, distanciamento afetivo e falha na comunicação (BOTTA; DUMLAO, 2002; BOUCHEREAU; CORCOS, 2008; CAMBUÍ, 2020; CHRISTOPHER, 2013; DIDERICKSEN, 2018; SANTOS; COSTA-DALPINO, 2019). Não obstante, Sopezki (2007) destaca que alguns estudos relataram o excesso de autoritarismo e superproteção da figura paterna.

Santana e Hoppe (2015) destacam que o pai se revela inoperante na história de vida das meninas anoréxicas, em que o corte ou a intervenção necessária na díade mãe-bebê foi nula. As autoras consideram que a onipotência da mãe é uma das premissas que sustentam o fracasso da função paterna, à medida que esta é encoberta e afastada pela figura da mãe onipotente e dominadora. É por intermédio desta falha que a criança continua a perceber a mãe como uma extensão de si mesma, exigindo dependência e necessidade dos cuidados maternos mesmo nas fases posteriores de sua vida.

Corroborando com essa lógica, Bruch (1973) afirma que a anorexia nervosa assume uma forma de controle para o paciente, fazendo com que o mesmo utilize do transtorno como forma de demonstrar sua eficiência, competência e identidade. Santana e Hoppe (2015) expõem que, na tentativa de ter o controle de si, essas meninas transferem para a preocupação com peso e imagem corporal, assim como para o ato de alimentar suas angústias e conflitos psicológicos.

O paciente com anorexia nervosa estaria, portanto, submetido à irrepresentatividade das experiências traumáticas de invasão materna e para sobreviver psiquicamente são mobilizados recursos defensivos arcaicos, instaurando o falso *self*, na tentativa de preservar a porção psíquica nuclear e sagrada de si mesma, denominada por verdadeiro *self* (WINNICOTT, 1960a/1983).

Porém, por terem construído um falso *self*, estas meninas não suportaram se perceber longe das mães. Desta forma, diante de total ineficiência, é através do controle do corpo que a menina tenta estabelecer o comando de sua vida e marcar a fronteira entre ela e a mãe (SANTANA; HOPPE, 2015, p. 25).

Assim como na anorexia nervosa, a constituição da bulimia nervosa também está relacionada às relações vinculares primárias que se dão em torno do ato alimentar. Segundo Miranda (2005), os pacientes bulímicos incluem os ataques centrados na distorção da própria imagem corporal, pois suas relações objetais foram tão violentas que ao entrarem em contato com as partes más do *self*, não foi possível processar outra resposta frente à experiência traumática.

Para Costa (2014), as falhas nos cuidados parentais que permeiam a função alimentar durante o desenvolvimento emocional de pacientes com bulimia nervosa ocorrem durante a dependência absoluta e estas predisõem o indivíduo à vulnerabilidade emocional, predispondo-o à modalidade de adoecimento próprio da bulimia nervosa.

Evidencia-se, na bulimia nervosa, a presença de um cuidado destituído de afeto que é substituído de forma precária por alimentos que passam a exercer a função auto calmante. Perante a falta do *objeto de amor mãe*, a criança é tomada por angústias de vazio da ordem do *não-ser* e para o aplacamento da dor psíquica, busca-se de forma ávida e compulsiva por alimentos gratificadores e de apaziguamento (CAMBUÍ, 2020). Este vazio interno é decorrente, portanto, da relação mãe-bebê, no qual a figura materna exerce um cuidado insuficiente ou pouco afetivo, não sendo, assim, capaz de atender as necessidades físicas e afetivas do ser em constituição, ocasionando a falta do objeto.

Jones, Leung e Harris (2006) assinalam sobre a relação mãe-bebê e pai-bebê na constituição da bulimia nervosa. Segundo esses autores, a mãe do paciente bulímico tende a exercer uma posição de rejeição, falta de cuidado, enquanto que o pai, além da rejeição, também é superprotetor. Os autores afirmam que esta rejeição paterna pode gerar o medo de perdas futuras e visto que esses indivíduos sofrem com a falta do objeto e o vazio que transborda o psiquismo, a compulsão alimentar torna-se uma alternativa precária de acesso à ausência do *objeto-cuidador*.

Sob este aspecto, Turner, Rose e Cooper (2005) explicam que a associação do insuficiente cuidado parental e a superproteção executada pelo pai é encontrada em mulheres diagnosticadas com bulimia nervosa. Para estes autores, experiências precoces traumáticas ou negativas podem levar à criação de esquemas desadaptativos que possuem vinculação com sentimentos intensos e resistentes provenientes de mudanças.

Observa-se, portanto, segundo as contribuições psicanalíticas winnicottianas, que na constituição subjetiva do paciente com anorexia nervosa, a díade mãe-bebê é sufocante, impossibilitando a criança de vivenciar a falta, o que a leva a interditar a ingestão do *alimento-mãe*. Já no caso da bulimia nervosa, as relações são destituídas de afeto e o cuidado é considerado insuficiente, concorrendo para a constituição de espaços internos de vazio.

Ressalta-se a necessidade da realização de estudos que possam investigar de forma aprofundada os fatores etiológicos dos transtornos alimentares centrados no dinamismo e funcionamento familiar, a fim de identificar as características familiares, os modos de relação

alimentar, os significados familiares e pessoais atribuídos ao alimento e os cuidados dispensados durante o processo de desenvolvimento infantil para entender a constituição subjetiva de indivíduos com transtorno alimentar.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observa-se, com base na literatura científica específica na área, a incidência cada vez mais precoce dos transtornos alimentares na atualidade. Isso conduziu o presente trabalho a compreender os quadros de anorexia nervosa e bulimia nervosa enquanto um problema emergente de saúde pública, ao passo que a ocorrência de tais modalidades de sofrimento e padecimento psíquico acarretam uma série de prejuízos que comprometem os indivíduos a nível biopsicossocial.

Os transtornos alimentares apresentam um caráter multifatorial que abarcam fatores biológicos, socioculturais, hereditários, individuais e, privilegiado neste estudo, a dinâmica familiar. Em suas contribuições, Winnicott ressalta sobre como o ambiente facilitador contribui para a constituição subjetiva do indivíduo, sendo a figura materna essencial, na medida em que a partir das condições suficientemente boas, em que a criança é atendida de maneira sadia e saudável em suas necessidades oportuniza o processo do seu *vir a ser*.

No entanto, a ocorrência recorrente e incisiva de falhas nos cuidados essenciais quando a criança se encontra imatura e frágil emocionalmente, impacta o processo de desenvolvimento, mobilizando mecanismos de defesa e desencadeando o adoecimento psíquico. Essas falhas originadas nos primórdios do desenvolvimento infantil acontecem durante o período de dependência absoluta, mais especificamente, quando a constituição do ego corporal se encontra, ainda, em seu início, ou seja, quando a delimitação das fronteiras entre o corpo da criança e da mãe está no começo de sua instauração.

No caso dos transtornos alimentares, tratam-se de falhas que estão, de acordo com o pensamento winnicottiano, diretamente relacionadas à forma pela qual o alimento foi apresentado ao bebê em meio às relações afetivas vinculares. Desse modo, pressupõe-se que é no insucesso desse ato, ou seja, a partir da inconstância nas relações de cuidado, do excesso ou da ausência dessas, que o sujeito passa a tentar assumir o controle de seu corpo e se instalam as dificuldades com os alimentos, manifestando, assim, diversos sintomas como as distorções da

imagem corporal, a problemática na ingestão dos alimentos, por meio da interdição ou da voracidade deste e das condutas inapropriadas.

A preocupação, em relação aos transtornos alimentares, se relaciona por estes se configurarem como um sofrimento máximo que culmina em danos físicos, emocionais e sociais e, inclusive, elevada mortalidade, principalmente, devido aos atos suicidas. De acordo com as contribuições psicanalíticas winnicottianas, tanto a anorexia nervosa quanto a bulimia nervosa apresentam uma sintomatologia característica que denota diferentes dinamismos e funcionamentos específicos das relações familiares que incluem falhas nos cuidados que concorreram para distorções no processo do desenvolvimento subjetivo, bem como para a vulnerabilidade emocional, levando à configuração dos transtornos alimentares.

A anorexia nervosa apresenta como sintoma principal a restrição excessiva de alimentos e a preocupação extrema com o ganho de peso que se vincula à tentativa de evitação e interdição da relação de cuidado excessiva e sufocante. Por outro lado, a bulimia nervosa consiste em episódios de compulsão alimentar, seguido de algum comportamento compensatório inadequado que se relaciona à busca ávida pelo objeto-perdido-mãe.

139

É diante da complexidade e intensidade desses quadros que os autores ressaltam a importância de lançar olhares para ambos os transtornos. Não somente o estudo de tais diagnósticos se faz necessário, mas considerá-los como uma questão de saúde tão atual na clínica médica e psicológica, tendo em vista a prevenção e a intervenção destes transtornos. A psicanálise, portanto, se revela enquanto uma modalidade psicoterapêutica e de compreensão sensível e profunda acerca desses fenômenos, proporcionando um entendimento que ultrapassa os fatores biológicos e sociais e visa contribuir para a saúde das relações familiares, sendo estas fundantes da subjetividade humana e para o tratamento dos pacientes acometidos por este sofrimento psíquico.

REFERÊNCIAS

ABREU, C. N.; FILHO, R. C. Anorexia nervosa e bulimia nervosa – abordagem cognitivo-construtivista de psicoterapia. **Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 177, 2004.

AMARAL, A. C. S.; ARATANGY, E.; CONTI, M. A.; KOTAIT, M. S.; SALZANO, F.; TEIXEIRA, P. C. Anorexia e bulimia – corpo perfeito versus morte. **Mundo saúde**, São Paulo, v. 36, n.1, p. 65-70, 2012.

APPOLINÁRIO, J. C.; CLAUDINO, A. M.; CORDÁS, T. A. Transtornos Alimentares. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 1, 2000.

ARAÚJO, C. A. S. **Uma abordagem teórica e clínica do ambiente a partir de Winnicott**. 2007. Tese (Doutorado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **DSM-5 – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.

BOTTA, R. A.; DUMLAO, R. How do conflict and communication patterns between fathers and daughters contribute to or offset eating disorders? **Health communication**, [S.l.], v. 14, n. 2, p.199-219, 2002.

BOUCHEREAU, D.; CORCOS, M. The role of fathers in eating disorders. **Revue du Praticien**, [S.l.], v. 58, n. 2, p. 150, 2008.

BUCARETCHI, H. A. Anorexia e bulimia nervosa: a constituição psíquica. *In*: BUCARETCHI, H. A. **Anorexia e bulimia nervosa: uma visão multidisciplinar**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 27-42.

CAMBUÍ, H. A.; NEME, C. M. B.; ABRÃO, J. L. F. A constituição subjetiva e saúde mental: Contribuições Winnicottianas. **Ágora**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 131, 2016.

140

CAMBUÍ, H. A. **A relação de cuidado e seus significados para adolescente com transtorno alimentar e seus pais: um estudo de caso à luz da psicanálise winnicottiana**. 2020. 433 f. Tese (Doutorado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) - Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Faculdade de Ciências, Bauru, 2020.

CAMPOS, L. K. S. *et al.* Psychological characteristics of mothers of patients with anorexia nervosa: implications for treatment and prognosis. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 13, 2012.

CARVALHO, R. S.; AMARAL, A. C. S.; FERREIRA, M. E. C. Transtornos alimentares e imagem corporal na adolescência: uma análise da produção científica em psicologia. **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 200, 2009.

CERNIGLIA, L. *et al.* Family profiles in eating disorders: family functioning and psychopathology. **Psychology Research and Behavior Management**, [S.l.], v.10, p. 305-312, 2017.

CHRISTOPHER, J. G. *et al.* A review of the father-child relationship in the development and maintenance of adolescent anorexia and bulimia nervosa, **Issues in Comprehensive Pediatric Nursing**, [S.l.], v. 36, n. 1-2, p. 48-69, 2013.

CLAUDINO, A. M.; BORGES, M. B. F. Critérios diagnósticos para os Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. **Revista Brasileira de Psiquiatria**,

São Paulo, v. 24, n. 3, p. 7, 2002.

COSTA, L. R. S. **Relação pai-filha no contexto dos transtornos alimentares: uma perspectiva winnicottiana.** 2014. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

DIAS, E. O. **A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott.** Rio de Janeiro: Imago, 2003.

DIDERICKSEN, K. W. *et al.* Mother-father-adolescent triadic concordance and discordance on home environment factors and adolescent disordered eating behaviors. **Families, Systems, & Health**, [S.l.], v. 36, n. 3, p. 338-346, 2018.

FIELDING-SINGH, P. Dining with dad: Fathers' influences on family food practices. **Appetite**, [S.l.], v. 117, p. 98-108, 2017.

FRANÇA, N. R. A. F. Transtornos alimentares: uma visão psicanalítica. In: BRUNO, C. A. N. B. (Org.). **Distúrbios alimentares: uma contribuição da psicanálise.** Rio de Janeiro: Imago, 2010. p. 245-253.

GALVÃO, A. L.; PINHEIRO, A. P.; SOMENZI, L. **Etiologia dos transtornos alimentares.** In: NUNES, M. A. (Org.). Transtornos alimentares e obesidade. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 59- 71.

141

HERZOG, D. B.; EDDY, K.T. Diagnóstico, epidemiologia e curso clínicos dos transtornos da alimentação. In: YAGER, J.; POWERS, O. S. (Orgs.). **Manual clínico de transtornos da alimentação.** Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 19-50.

JONES, C.; LEUNG, N.; HARRIS, G. Father-daughter relationship and eating psychopathology: The mediating role of core beliefs. **British Journal of Clinical Psychology**, Letchworth Herts, v. 45, n. 3, p. 319, 2006.

LUCAS, M. S. J. **Uma visão psicanalítica sobre pacientes com transtornos alimentares.** 2015. Tese (Doutorado em Psicologia) - PUC Campinas, Campinas, 2015.

MAUTNER, A. V. *et al.* **Em busca do feminino: ensaios psicanalíticos.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1993.

MIRANDA, M. R. Distúrbios da alimentação- anorexia, bulimia e compulsões: histórias de segredos e paixões. **Revista Brasileira de Psicanálise**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 27-34, 2005.

MOURA, F. E. G. A.; SANTOS, M. A.; RIBEIRO, R. P. P. A constituição da relação mãe-filha e o desenvolvimento dos transtornos alimentares. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 32, n. 2, p. 233-247, 2015.

SANTANA, M. R. M.; HOPPE, M. M. W. A relação materno-filial na anorexia nervosa: um estudo psicanalítico. **Diaphora** [S.l.], v. 2 n. 1, p. 17, 2013.

SANTOS, M. A.; COSTA-DALPINO, L. R. S. Relação Pai-Filha e Transtornos Alimentares: Revisando a Produção Científica. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 35, n. spe, e35nspe3, 2019.

SIQUEIRA, A. B. R.; DOS SANTOS, M. A.; LEONIDAS, C. Confluências das relações familiares e transtornos alimentares: revisão integrativa da literatura. **Psicologia clínica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 123-149, abr. 2020.

SOPEZKI, D. S. **Relacionamento primário com a figura materna e autoestima em mulheres com transtornos alimentares**. 2007. 58 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

TURNER, H. M.; ROSE, K. S.; COOPER, M. Parental bonding and eating disorder symptoms in adolescents: The meditating role of core beliefs. **Eat Behav**, [S.l.], v. 6, n. 2, p. 113, 2005.

VALDANHA-ORNELAS, E. D.; SANTOS, M. A. Transtorno alimentar e transmissão psíquica transgeracional em um adolescente do sexo masculino. **Psicologia, ciência e profissão**, v.37, n. 1, p 176-191, 2017.

WINNICOTT, D. W. A preocupação materna primária. In: WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago. 2000. p 218-232.

142

WINNICOTT, D. W. (1960a). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro “self”. In: WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Porto Alegre: Artmed, 1983. p. 128-139.

WINNICOTT, D. W. (1960b). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In: WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Porto Alegre: Artmed, 1983. p. 38-54.

WINNICOTT, D. W. (1963b) Distúrbios psiquiátricos e processos de maturação infantil. In: WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Porto Alegre: Artmed, 1983. p. 207-217.

WINNICOTT, D. W. (1964). O recém-nascido e sua mãe. In: WINNICOTT, D. W. **Os bebês e suas mães**. 2. ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 1999. p. 29-42.

WINNICOTT, D. W. (1967a). O conceito de indivíduo saudável. In: WINNICOTT, D. W. **Tudo começa em casa**. 5. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011. p. 3-22.

WINNICOTT, D. W. (1967b). O conceito de indivíduo saudável. In: WINNICOTT, D. W. **Tudo começa em casa**. 5. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011. p. 3-22.