

e-scientia, v.2, n.1, dezembro, 2009

Aspectos da relação mãe-filha-pai: influência na ingestão alimentar compulsiva e na recusa determinada

Effects of mother-daughter relationship on eating disorders etiology

Scheherazade Paes de Abreu ¹

Evaristo Nunes Magalhães ²

RESUMO

O conhecimento de questões multidisciplinares faz-se necessário no tratamento dos transtornos alimentares. Este artigo aborda os transtornos alimentares sob a ótica dos aspectos psicológicos e procura explicar sua etiologia pela relação primária entre a mãe e filho, e entre estes e o pai, apontando o poder onipotente e devastador da mãe, assim como o fracasso da função paterna. Conclui-se demonstrando a importância do conhecimento psicológico da dinâmica familiar para a compreensão e tratamento de tais transtornos.

Palavras-chave: Transtornos Alimentares. Anorexia. Bulimia. Obesidade. Imagem Corporal. Relação primária. Relação mãe e filha. Função paterna. Experiência do vazio. Nutrição.

ABSTRACT

The treatment of eating disorders requires multidisciplinary approach and knowledge. This study examines the eating disorders in light of psychological subjects, trying to locate their etiology in the primary bond between mother and son, and in the relationship between these and the father, showing the omnipotent and devastating power of the mother, as well as the failure of the father's role. The conclusion proves the relevance of the psychological knowledge of familiar dynamics in the assessment and treatment of eating disorders.

Keywords: Eating Disorders. Anorexia Nervosa. Bulimia Nervosa. Obesity. Body Image. Primary bond. Mother-daughter relationship. Father's role. Experience of emptiness. Nutrition.

¹ Graduanda do Curso de Nutrição do Uni-BH.

E-mail: paesabreu@yahoo.com.br

² Professor Orientador, Psicólogo, Mestre em Educação

E-mail: enunes@acad.unibh.br

1 Introdução

O tratamento dos transtornos alimentares demanda trabalho em equipe, pois os aspectos psicológicos preponderam na etiologia desses transtornos. A atuação eficaz do nutricionista nessa equipe ocorre quando o emprego das técnicas nutricionais é decidido com base em conhecimentos multidisciplinares. Tais conhecimentos podem ser também utilizados na prática clínica ordinária, possibilitando melhor compreensão e sensibilidade para entender a formação da dinâmica alimentar.

Os problemas de comportamento alimentar são divididos em dois grandes grupos: um primeiro compreende os distúrbios alimentares que ocorrem na infância, nos quais a questão alimentar não parece estar relacionada a uma preocupação com a imagem corporal, e um segundo grupo, que compreende os transtornos alimentares propriamente ditos, que aparecem predominantemente na adolescência, e evidenciam preocupação com a imagem corporal, pois a nova conformação corporal exige readaptação da dimensão psíquica (FERNANDES, 2006).

Os transtornos alimentares são quadros psiquiátricos com elevadas morbidade e mortalidade. Apresentam etiologia multifatorial, abrangendo fatores genéticos, sociais, culturais, biológicos, psicológicos e familiares que interagem de modo complexo, cada um deles podendo funcionar como mantenedor, desencadeador ou causador. Podem evoluir para a obesidade, como no caso do transtorno da compulsão alimentar periódica, ou para a inanição, como na anorexia nervosa. Têm prognóstico singular e caracteristicamente envolvem a família do indivíduo (MORGAN, *et al*, 2002).

Anorexia, bulimia e obesidade podem apresentar-se de formas brandas e incompletas, porém com risco de evoluir para a mesma morbidade. Outros transtornos sem especificação (hiperemese gravídica, perda de apetite ligada a fatores emocionais, hiperfagia após tensão psicológica) acarretam modificações importantes na conduta alimentar e podem prejudicar a saúde física, o estado nutricional e o estado psicológico (NUNES *et al*, 2008). Desse modo não se pode deixar de considerar as formas mais amenas e observar suas singularidades.

O presente estudo resulta de uma revisão das teorias sobre o aspecto psicológico dos transtornos alimentares. Buscou-se identificar as demonstrações teóricas de que parte significativa da etiologia dos transtornos alimentares deriva da relação da filha com os pais, e especialmente com a mãe.

1.1 Metodologia

Este estudo tomou como base a revisão da literatura sobre as origens psicológicas dos transtornos alimentares. A busca por referências fez-se nos sites especializados SCIELO, ScienceDirect/Elsevier, e Google Acadêmico, em abril de 2009. Utilizaram-se os termos de busca “*transtornos alimentares*” e também “*eating disorders*”. Selecionaram-se entre os resultados encontrados os artigos e capítulos de livros das áreas de nutrição e psicologia/psiquiatria que abordassem os fatores psicológicos presentes na etiologia dos transtornos alimentares, com ênfase dos fatores relacionados à relação mãe e filha.

1.2 Epidemiologia

Os critérios diagnósticos atuais, descritos no *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria* (DSM-IV-TR, 2000), consideram a anorexia nervosa e a bulimia nervosa como categorias diagnósticas. Além dessas categorias, uma terceira categoria compreende os transtornos alimentares não especificados (TANE), entre os quais se inclui o transtorno da compulsão alimentar periódica. Fernandes (2006) ressalva que há muitos casos que não preenchem quaisquer dos critérios de categorização, nos quais o diagnóstico deve ser baseado na observação e descrição cuidadosa do quadro clínico, considerando também a história de vida de cada paciente, evitando priorizar enquadramento formal nas categorias existentes.

A epidemiologia dos transtornos alimentares mostra-se incompleta e imprecisa, devido a diversos fatores, tais como: classificação incorreta, divergências metodológicas, baixa incidência, tendência do sujeito em ocultar a doença, variabilidade dos sintomas principais e pouca procura por profissionais qualificados (NUNES *et al*, 2008).

Algumas pesquisas demonstram que as taxas de incidência de anorexia nervosa e bulimia nervosa ao longo da vida estão em torno de 0,5 e 1% respectivamente. Há consenso de que a

bulimia é mais comum do que a anorexia. Há evidências significativas de que os transtornos alimentares são notoriamente mais prevalentes em mulheres (proporção 10:1); podem apresentar-se em vários extratos da sociedade e em grupos raciais diferentes (HSU, 1996 e FAIRBURN; BEGLIN, 1990, *apud* NUNES *et al*, 2008).

Os diagnósticos de anorexia desde 1950 aumentaram de forma mais significativa nas mulheres de 15 e 24 anos, enquanto as taxas para homens e mulheres acima de 24 anos permanecem baixas (HOEK; HOEKEN; KATZMAN, 2003, *apud* NUNES *et al*, 2008). Entretanto, estudos que mostrem aumento nesses números devem ser vistos com cautelas, de vez que esse aumento pode ser apenas aparente, decorrente da maior divulgação do assunto e do desenvolvimento do conhecimento científico (NUNES *et al*, 2008).

São necessários maiores estudos para examinar a prevalência de transtornos alimentares não-especificados. A obesidade aumenta e pode ser considerada uma epidemia de grandes proporções, de forma semelhante ao que ocorre com o aumento de sobrepeso (NUNES *et al*, 2008).

1.2 Aspectos Históricos

O termo anorexia deriva dos elementos gregos *an-* (idéia de deficiência ou ausência), e *orexis*, (apetite), literalmente significando sem desejo, sem apetite. A significação do termo não guarda relação literal com seus radicais formadores; segundo Fernandes (2006), a recusa em alimentar-se não é exatamente ausência de vontade de comer ou mesmo ausência de desejo, pois tal recusa esconde um desejo. Não se trata de ausência de apetite, mas da recusa consciente e determinada a alimentar-se, com o objetivo de perder peso (GIORDANI, 2006).

Os primeiros relatos de comportamento anoréxico datam da Idade Média, bem antes da identificação da patologia. A prática de jejuns e a preservação da castidade por motivação religiosa funcionavam como justificativa social para a perda de peso e para a descaracterização dos atributos corporais femininos, evitando que os comportamentos patológicos motivassem maiores preocupações (CORDÁS *et al*, 2002).

Em 1689, Morton fez o primeiro relato médico da anorexia. Outros relatos esparsos na literatura médica prosseguiram, sem maior atenção, até fins do século XIX, quando o termo anorexia foi primeiramente utilizado, em 1873, pelo psiquiatra francês Ernest-Charles Lasègue. Pela mesma época, também o médico inglês William Gull publicou trabalhos sobre o tema. Gull relatou a maior incidência da patologia entre mulheres jovens e identificou alguns sintomas da doença; Lasègue publicou um trabalho baseado em estudos com oito mulheres entre 18 e 32 anos, e enfatizou os aspectos emocionais da doença, tais como a insegurança pessoal, a negação da doença e a participação da família na perpetuação dos sintomas. (CORDÁS *et al*, 2002).

Charcot, em Londres, por volta de 1889, identificou o conceito de *idée fixe d'obésité* (idéia fixa de obesidade) como motivação central da anorexia. Charcot encontrou uma fita cor de rosa amarrada na cintura de uma paciente e identificou na jovem o medo de ficar tão gorda quanto a mãe. O prestígio de Charcot levou muitos clínicos a despertarem sua atenção para a constante busca da magreza pelos pacientes anoréxicos. (CORDÁS *et al*, 2002).

Por volta de 1895, Freud referiu-se à anorexia nervosa como uma forma de melancolia pré-puberal causada por conflitos sexuais reprimidos. Freud relacionou a aversão a alimentos da paciente anoréxica ao conceito psicanalítico de histeria, entendendo que a comida representava simbolicamente os impulsos sexuais, e os conflitos emocionais eram transformados em sintomas físicos (CORDÁS *et al*, 2002).

Bruch (1962) apresenta importante contribuição ao tema, por relacionar a anorexia a um conjunto específico de deficiências do ego e da personalidade (que perturbam a imagem corporal), à interpretação de estímulos corporais (tais como o reconhecimento da fome), e por descrever uma “sensação paralisante que invade todo o pensamento”. Bruch também relaciona anorexia e obesidade, identificando que as mães tanto de anoréxicas quanto de obesas responderam pela alimentação e por toda a demanda afetiva da criança, impossibilitando-a de perceber suas necessidades físicas reais, tais como fome, cansaço, sono etc. A autora enfatiza os problemas de percepção e de representação do corpo nas jovens anoréxicas, mostrando como as necessidades corporais são mal percebidas, mal reconhecidas e mal integradas. Para o obeso, por sua vez, o excesso de peso significa uma proteção, uma fonte de força.

Os sintomas da bulimia nervosa começaram a ser identificados e descritos nos anos 50. Russell (1979), sugeriu que o quadro de bulimia nervosa seria uma forma de evolução da anorexia nervosa, caracterizada por um impulso irresistível de comer excessivamente, concomitante com um medo mórbido de engordar e com práticas destinadas a evitar o ganho de peso, principalmente a indução de vômitos e o abuso de laxativos. Ao autor, o prognóstico pareceu ainda mais desfavorável do que o da anorexia nervosa, em razão da maior resistência das pacientes a tratamento, da seriedade das consequências físicas e do considerável risco de suicídio.

2 O começo de tudo

No começo da vida, tudo o que o bebê precisa é de uma mãe capaz de mantê-lo na ilusão de serem ambos uma só pessoa, para pouco a pouco se diferenciarem em mãe e filho. É a mãe que escuta e interpreta os sinais do corpo do bebê; quando o bebê chora, em sinal de desprazer, é a mãe que atende a esse apelo apaziguando as sensações corporais desagradáveis. (BORGES, 2005).

Desse modo, a alimentação pode ser o primeiro organizador da vida psíquica; a amamentação proporciona ao bebê prazer, conforto e proteção, além de saciar sua fome, estabelecendo um elo entre o alimento e os sentimentos. (BUCARETCHI, 2003).

A mãe pode ser capaz de transformar esse corpo de sensações em um corpo falado. O indivíduo vai-se constituindo no olhar e nos cuidados maternos. O bebê constrói sua imagem e sua identidade a partir da forma pela qual sua mãe interpreta suas sensações corporais, caracterizando assim a dependência física de um indivíduo em relação ao outro – dependência que permitirá ao bebê habitar o seu próprio corpo e futuramente possibilitará sua própria construção psíquica. Nesse trabalho de escuta e interpretação do bebê pela mãe dá-se o investimento libidinal, que, segundo Freud, é a chave de acesso ao prazer. (BUCARETCHI, 2003).

Para Freud (1976), é a percepção da falta do objeto perdido que desenvolverá na criança o seu psiquismo; o objeto perdido dá origem ao desejo; nesse processo, a criança espera pela satisfação, mas se depara com a angústia da perda e da falta, e entende que o objeto foi perdido. Lacan (*apud* FERNANDES, 2006) prossegue nesse conceito, demonstrando que essa experiência de perda provocará na criança uma fissura entre a necessidade e a demanda: a necessidade pode ser satisfeita, mas a demanda, que é de amor, nunca mais poderá ser totalmente atendida. Mas, se em seu desenvolvimento a criança sente essa perda como insuportável, ficará alienada e presa à mãe.

Na ausência ou inadequação do investimento materno, o corpo fica sem acesso à chave do prazer, originando uma necessidade não atendida e comprometendo a percepção da imagem corporal. Se a mãe falha em seu papel, por excesso ou por falta, surgem deficiências no processo psíquico de construção do corpo: o corpo poderá se ausentar enquanto corpo próprio. (DOLTO, 2004).

Essa falha se dá, por exemplo, quando a mãe interpreta os apelos do bebê conforme suas próprias necessidades, e o bebê se desenvolve impotente e na dependência desse objeto primário. Se a mãe não libera a criança de sua presença e paralelamente a criança não tolera sua ausência, ambas entrarão em processo de fusão e de completude ilusória, gerando confusão de identidades, de sentimentos, de desejos e percepção corporal. O bebê vive o distanciamento do objeto como um perigo psíquico, e a mãe considera esse distanciamento insuportável (BUCARETCHI, 2003).

No plano alimentar, essa falha pode ser exemplificada pelas situações em que a criança não consegue experimentar a sensação de fome - pois tal sensação é frustrada pela mãe que desconsidera as manifestações de saciedade ou antecipa as reais manifestações de fome, e as substitui pelas idéias maternas de quais *deveriam* ser as manifestações esperáveis do bebê. A criança passa a associar a alimentação ao seu relacionamento com a mãe, tratando as decisões sobre alimento como responsabilidade materna, dissociadas das suas próprias necessidades, desejos e sensações físicas. Um outro exemplo se dá quando a mãe ao agasalhar o bebê o faz conforme suas próprias percepções de frio e calor, desconsiderando as sensações do bebê. A mãe que percebe o bebê como um sujeito dissociado de si própria compreende que este tem suas próprias sensações (LAWRENCE, 1991).

Winnicott (1993) menciona que o investimento libidinal permite que o bebê estabeleça ligação entre o alimento e a mãe, e dessa forma conflitos vivenciados em relação a figura materna podem ser expressos através de comportamento alimentar. Conforme o bebê cresce passa a identificar a mãe como provedora de alimento e ao continuar preso a tal identificação, passará a expressar no ato alimentar suas dificuldades de relação com a figura materna.

Euclides (2000) ao mencionar o comportamento alimentar da criança relaciona o equilíbrio a sensibilidade e a receptividade da mãe, em perceber, entender e respeitar as necessidades, particularidades e o ritmo próprio da criança e respeitar esta enquanto sujeito desejante.

As mães de obesos respondem com alimento a qualquer demanda, não compreendendo seu apelo, assim sendo, não é possível ao sujeito discriminar a sensação de fome de outros desconfortos, o alimento é fornecido, mas não foi desejado, confundindo os sentidos. (KELNER, 2004).

Cooley *et al* (2008) examinaram diversos aspectos da relação mãe-filha em 91 pares de universitárias e suas mães, e identificaram que as filhas que se sentiam pressionadas ou criticadas por suas mães acerca de alimentação e de aspectos corporais se mostraram muito mais propensas a transtornos alimentares e insatisfação com o próprio corpo. Identificou-se ainda que a forma pela qual a mãe internaliza as mensagens da mídia e da sociedade sobre a imagem corporal e o próprio peso influenciaram significativamente os comportamentos alimentares da filha.

Pike e Rodin (1991) examinaram as atitudes e comportamento de 77 mães e identificaram que mães de filhas com anomalias alimentares se declararam mais insatisfeitas com a dinâmica de seu relacionamento familiar, bem como, identificaram que as mães cujas filhas sofriam de transtornos alimentares eram elas próprias mais acometidas por transtornos alimentares do que as mães cujas filhas não apresentavam tais transtornos. Por fim, identificaram que mães de filhas com distúrbios alimentares consideravam suas filhas menos atraentes do que as filhas julgavam a si próprias.

3 A experiência do vazio

Winnicott (1978) equipara o aprendizado ao ato de alimentar-se, porque ambas as experiências só têm como acontecer a partir de um vazio:

“Na prática a dificuldade reside no fato de que o paciente teme o caráter assustador do vazio, e ele organizará para se defender, um vazio controlado, por exemplo, não comendo ou não aprendendo; ou ainda ele se preencherá sem dó por uma glotonice compulsiva e sentida como louca. Quando o paciente pode ir até o próprio vazio e suportar esse estado, graças à dependência do ego auxiliar do analista, absorver pode então aparecer, de repente, como uma função que dá prazer; é nesse momento que comer pode começar a ser outra coisa além de uma função dissociada (ou proveniente da clivagem) enquanto parte da personalidade; da mesma maneira, alguns pacientes, até lá impossibilitados de aprender, podem começar a aprender com prazer.”

A experimentação do vazio depende da *“capacidade da mãe de introduzir intervalos de tempo entre a necessidade de seu bebê e sua resposta. Pode-se pensar que sua sensibilidade em ajustar esses intervalos às condições do bebê de suportá-los possibilita a construção, secreta e tranquila, do espaço para a solidão e para o pensamento”* (FERNANDES, 2006).

A mãe que atende a todas as necessidades, fala, pensa e decide pela menina, não consegue instituir espaço para o vazio, invade a filha de cuidados, os quais substituem o afeto. Devido à intrusão excessiva da mãe, não há a experiência do vazio e formação do pensamento. Mãe que não permite a vivência da ausência e elaboração do pensar, mantém a filha como objeto exclusivo do seu desejo (FERNANDES, 2006).

Segundo Winnicott (1978), a mãe suficientemente boa permite ao bebê perceber a existência de uma realidade externa, fazendo uma espécie de separação entre o próprio eu e o *self* do bebê, capacitando o sujeito para lidar com futuras desilusões. Aprender é como comer,

acontece a partir da experiência do vazio; se a mãe ao falhar, e não permitir a experiência do vazio, este será terrivelmente temido – e ao mesmo tempo desejado.

4 A mãe de extremos: excesso ou falta

Bruch (1973) foi a primeira autora a estudar as famílias de pacientes anoréxicas, e nelas encontrar um relacionamento perturbado entre a mãe e a filha. As mães são “boas demais”, cuidadosas, corretas e de fato muito preocupadas com o bem-estar de seus filhos. São mães que se adiantam às necessidades dos filhos, mas, cuidam deles principalmente de acordo com suas próprias necessidades, desejos e expectativas. São bebês que jamais aprenderam a atender às exigências do seu próprio corpo, e provavelmente serão pessoas convictas de não possuir capacidade para tal. O corpo é separado do *self*, é uma propriedade dos pais.

Tenha a relação da mãe com o bebê sido marcada tanto pelo excesso quanto pela falta de cuidados, o que parece ocorrer é uma incapacidade da mãe em investir no bebê, de considerá-lo um ser separado dela, e isso dificulta a formação de um espaço próprio. O bebê, que já se encontra em posição de passividade e fragilidade em relação a essa mãe, passa a ser totalmente invadido pela realidade psíquica dela (GASPAR, 2005).

Fernandes (2006) se refere às mães de extremos: certas mães sentem seu bebê como um corpo estranho a elas mesmas, ao passo que outras não querem abrir mão da unidade mãe-bebê. Em ambos os casos a criança tem dificuldades em adquirir sua identidade separada, que lhe dê posse sobre seu próprio corpo, suas emoções e sua capacidade de pensar, desse modo provocando efeitos destrutivos que dificultam o processo de apropriação de si mesmo.

5 A mãe intrusiva e devastadora

A criança percebe a mãe como um ser completo e poderoso. A mãe que aparece como onipotente, aos poucos deve parecer limitada e castrada. Enquanto a criança espera pelo objeto de satisfação e com isso tolera a frustração, a mãe se distancia e alterna presença e ausência. Entretanto, essa percepção da mãe lhe atribui um poder tão grande que pode gerar

invasões devastadoras, que estão além do amor. Tal dependência marcante do objeto gera uma angústia de perda, abandono e de separação devastadora (BUCARETCHI, 2003).

A castração envolve ambas as figuras parentais, inicialmente dá-se pela mãe e em seguida pela castração paterna; a ineficiência da mesma sujeita o indivíduo a devoração materna; experiências fundamentais de ruptura e de falta, tais como ausência materna, desmame, separação ao nascimento darão possibilidade ao sujeito a elaborar sua subjetividade que será articulada pelo espaço vazio deixado pela perda do objeto primordial (KELNER, 2004).

Nos relatos de anorexia, percebe-se nas filhas um desejo invasivo da mãe, em relações nas quais o desejo materno é imposto e toma conta do corpo e do desejo da filha. É uma luta de amor e ódio, na qual mãe e filha estão aprisionadas e fundidas. O corpo da anoréxica torna-se um reduto de negação da mãe, o que origina uma angústia de morte. O dilema ocorre entre querer e não querer se separar da mãe, diferenciar-se; querer pode significar a morte da mãe; não querer pode significar a própria morte. A solução é não desejar - sem desejo, sem ausência, não há nada (FERNANDES, 2006).

A anoréxica vive uma sensação de vazio caracterizada pela ameaça de perda, e de transbordamento caracterizada pela ameaça de invasão. Tanto a ameaça de invasão quanto a de perda causam angústia; a presença da mãe é desejada, mas ao mesmo tempo é insuportável e angustiante, pois a fusão pressupõe o desaparecimento de si própria. A anoréxica não sente seu corpo como exclusivamente seu, e tenta demarcar um corpo próprio; não consegue se perceber sem a mãe, mas ao mesmo tempo deseja separar-se dela (GASPAR, 2005).

6 A função paterna

Para Lacan (1966a,b), é função paterna intervir na relação primária entre mãe e filho, porém, para que o pai seja reconhecido é necessário que ele ocupe lugar de destaque no desejo da mãe. É o pai que irá equilibrar essa relação, tirando a criança do espaço materno onipotente. Além do interesse da criança na figura paterna, é necessário que a mãe também o aceite.

O processo de separação mental entre a mãe e o bebê deve existir desde o início: embora o bebê perceba dessa forma, o processo de fusão temporária não significa que a mãe e o bebê se tornem um. A função da mãe pressupõe a capacidade de permitir a fusão do bebê, mas não de

perder a própria capacidade de discriminação entre sua personalidade e a do bebê, e aos poucos introduzir a figura paterna ao direcionar seu olhar ao pai. A mãe que se percebe separada de seu bebê, unida a ele apenas pela sua função de mãe e não fusionada, solicita a presença do pai ou de terceiros para que possam completar as demandas da criança em sua ausência (BORGES, 2005).

A função paterna está relacionada às vivências das questões do complexo de Édipo; a presença da figura paterna possibilita a ressignificação da relação da mãe e do bebê, mostrando o lugar da criança na família. A presença do pai, ou terceiro, vem nomear a falta, indicando que o que falta à mãe não é a criança, e que esta última não é o único objeto do desejo e investimento materno. Isso coloca um limite na relação primária e permite a formação de duas interioridades distintas. Um terceiro pode ser evocado à medida em que a mãe demonstra que tem outras demandas, dando ao bebê a noção de que ela não é aquela que provê tudo (INFANTE, 1998).

É pela identificação paterna que a menina deixa essa forma de relação devastadora com a mãe, realizando a passagem de menina para mulher. Sua saída edípica é mais complexa do que a do menino; o menino se desvia do seu primeiro objeto de amor provido de um sentimento de triunfo, ao perceber que a mãe é desprovida do órgão que ele possui. De sua parte, a menina se volta para o pai, sem desistir da mãe – seu primeiro objeto de amor. Quando a menina percebe a ausência de falo na mãe, ela se afasta ao perceber que algo falta a ambas; aproxima-se do pai, sem triunfo, em resignação e derrota; Freud demonstra que a ligação primária da menina com a mãe termina em ódio (GASPAR, 2005).

Devido à sua situação de fusão com a mãe, a menina anoréxica não enxerga o pai, bem como, a mãe não tolera a intromissão deste na relação com a filha. A mãe cala e desqualifica o pai, fere seu poder fálico sobre a filha. Assim, a anorexia se caracteriza pela falência da função paterna. Sem a interdição em sua relação primária com a mãe, a anoréxica não sente a falta do falo paterno, e dessa forma recusa algo fundamental que é a falta em si - a ela nada falta (GASPAR, 2005). Para Borges (2005), em caso de mães com maiores dificuldades de individualização e separação, faz-se necessária a função paterna mais vigorosa e marcante para fazer a separação; pais que se mantêm passivos e coniventes com a fusão prolongada falham em sua função de interdição.

7 Resposta defensiva à invasão materna

Bruch (1973) verificou que o comportamento exemplar, obediente e o desempenho escolar são manobras defensivas contra os profundos sentimentos de incapacidade, impotência e baixa auto-estima da anoréxica. Buscar a magreza de forma implacável irá desfazer esses sentimentos de ineficiência em relação ao controle do próprio corpo e ao mesmo tempo romper superficialmente o vínculo com a mãe.

A adolescência é o momento no qual se faz necessário abandonar a infância para ingressar na vida adulta. A menina anoréxica encontra dificuldades nesse processo por não saber lidar com questões relacionadas à sua identidade: transformações do corpo, separação dos pais, relacionamentos e autonomia, os excessivos cuidados maternos não permitiram o desenvolvimento de habilidades para controlar suas próprias necessidades. Tais dificuldades provocam melancolia, e a rejeição ao alimento, dos cuidados e da feminilidade surge como uma alternativa de sobreviver, como uma constante tentativa de separação do outro. Procura pela demanda de amor, não entende seus sentimentos e não consegue definir seus desejos. Na anorexia, assim como na bulimia, as meninas navegam entre a impossibilidade de desejar e a intolerância em aceitar os limites; não se podem deparar com a falta (BUCARETCHI, 2003).

A adolescência é também a fase na qual ocorre um aumento da demanda pulsional e a elaboração do luto dos objetos primários. Freud explica as pulsões como energia interna que nos impulsiona ou motiva nas atividades do dia-a-dia e refere-se à pulsão de morte, na qual há a busca do estado zero de energia, da volta ao inanimado. A anoréxica é movida pela pulsão de morte, e embora vá em direção à morte, muitas não desejam morrer, e a pulsão de morte não busca só a morte (SANTOS *et al*, 2007).

Segundo Dolto (2004), a anorexia é uma perturbação da relação entre a menina e sua mãe, entre a menina e o alimento, entre a menina e seu pai, entre sua feminilidade e os meninos, entre ela e seu espelho. Mas é a ela mesma no espelho, em seu próprio olhar, que ela quer agradar, apagando todos os contornos arredondados, até mesmo os mais discretos e mais femininos. Dessa forma, o corpo anoréxico se ergue como uma negação à intrusão materna. É

uma recusa da morte, do tempo e do outro - mãe. Ataca ao outro e a si mesma pela negação ao alimento.

A anorexia pode ser considerada como uma resposta ao excesso pulsional sofrido passivamente e à incapacidade do sujeito de simbolizar tal excesso pulsional. Dessa forma as anoréxicas exteriorizam seus conflitos no próprio corpo (GASPAR, 2005).

A anoréxica busca singularidade através do não comer, uma busca fixada em um corpo infantil, em uma recusa a se tornar mulher, entretanto nem sempre há recusa da feminilidade, pois, para tal recusa é necessário que a feminilidade seja primeiro alcançada. Entretanto, uma parada no desenvolvimento pode mesmo inviabilizar a travessia de menina a mulher. Se há recusa da feminilidade, é uma recusa à feminilidade da mãe, para que dela se possa diferenciar (FERNANDES, 2006).

Pela anorexia, a menina tenta se impor uma falta – uma forma rudimentar de desejo, um domínio sobre a mãe, uma demonstração de que não depende dela. Com sua atitude, aproxima-se da morte real: usará a anorexia como pedido de ajuda para tornar-se um ser desejante, ou como um estado para alcançar a onipotente plenitude infantil perdida para sempre (BUCARETCHI, 2003).

Os bulímicos e obesos tentam preencher com alimento o seu vazio interior. O ato de consumir alimentos solitariamente é o caminho para se evitar o aparecimento do vazio, e o preenchimento gera culpa que é aliviada pelo ato de vomitar. Muitos, ao invés de alimentos, vomitam palavras. O excesso de gordura pode significar excesso de mãe e a imobilidade uma falta de pai. É pelos atos de inclusão e exclusão que o bulímico tenta realizar a separação do outro – mãe (KELNER, 2004).

8 Conclusão

Entender o ato alimentar e suas implicações nutricionais demanda a compreensão de questões fundamentais da relação primária entre a mãe e o filho. A mãe é a primeira fornecedora de comida e essa alimentação traz consigo diversos outros elementos organizadores da estrutura psíquica e física do ser humano. O estudo da dinâmica do relacionamento no primeiro núcleo familiar é essencial à compreensão da importância das questões psicológicas no atendimento

nutricional, demonstrando que os aspectos alimentares estão além do corpo biológico, das relações sociais e do enfoque exclusivamente dietético.

9 Referências

1. ABREU, Cristiano Nabuco de; e CANGELLI FILHO, Raphael. **Anorexia nervosa e bulimia nervosa: abordagem cognitivo-construtivista de psicoterapia.** *Rev. psiquiatr. clín.* 2004, vol. 31, n.4, pp. 177-183
2. ALVES, Emilaura; VASCONCELOS, Francisco de Assis Guedes de; CALVO, Maria Cristina Marino e NEVES, Janaina das. **Prevalência de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino do Município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.** *Cad. Saúde Pública* 2008, v. 24, n. 3, pp. 503-512.
3. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and statistical manual of mental disorder: text review DSM-IV-TR.** Washington, DC:2000.
4. AZEVEDO, Alexandre Pinto de; SANTOS, Cimâni Cristina dos e FONSECA, Dulcineia Cardoso da. **Transtorno da compulsão alimentar periódica.** *Rev. psiquiatr. clín.* 2004, vol. 31, n.4, pp. 170-172.
5. BETANCOURT M. L., RODRÍGUEZ, Guarín M., GEMPELER. Rueda J. **Interacción madre-hijo, patrones de apego y su papel en los trastornos del comportamiento alimentario.** *Universitas Médica*, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colômbia. 2007; 48 (3):24-51.
6. BORGES, Maria Luiza S. F., **Função materna e função paterna, suas vivências na atualidade.** Dissertação de Mestrado. *Biblioteca Digital da Universidade Federal de Uberlândia*, 2005. Disponível em http://www.bdttd.ufu.br/tde_arquivos/21/TDE-2005-12-21T145321Z-63/Publico/MBorgesDISSPRT.pdf. Acessado em 26/06/2009.
7. BROUSSE, Marie-Helène. **Uma dificuldade na análise das mulheres;** in *Ornicar?, 1: de Jacques Lacan a Lewis Carroll; org. por MILLER, Jacques-Alain.* Rio de Janeiro: J. Zahar, 2004, pp. 57-67.
8. BRUCH, H. **Eating disorders, obesity, anorexia nervosa, and the person within.** New York: Basic Books, 1973.
9. BRUCH, H. **The golden cage: the enigma of anorexia nervosa.** Cambridge, MA: Harvard University Press, 1978.
10. BRUCH, Hilde. **Perceptual and Conceptual Disturbances in Anorexia Nervosa.** *Psychosomatic Medicine*, 1962, vol. 24, n. 2, pp. 187-194.
11. BUCARETCHI, Henriette. **Anorexia e bulimia nervosa: uma visão multidisciplinar.** Casa do Psicólogo, 2003.
12. COBELO, Alicia Weisz; SAIKALI, Maria Olímpia e SCHOMER, Ester Zatytko. **A abordagem familiar no tratamento da anorexia e bulimia nervosa.** *Rev. psiquiatr. clín.* 2004, vol. 31, n.4, pp. 184-187
13. COOLEY E, TORAY T, WANG MC, VALDEZ NN. **Maternal effects on daughters' eating pathology and body image.** *Eating Behaviors*, Ed. Elsevier: 2008; 9, pp. 52-61.
14. CORDAS, Táki Athanássios e CLAUDINO, Angélica de Medeiros. **Transtornos alimentares: fundamentos históricos.** *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2002, vol. 24, supl. 3, pp. 03-06.
15. CORDÁS, Táki Athanássios. **Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico.** *Rev. Psiq. Clín.* 2004, vol. 31, n.4, pp. 154-157.
16. CORDÁS, Táki Athanássios; SAIKALI, Carolina Jabur; SOUBHIA, Camila Saliba; SCALFARO, Bianca Messina. **Imagem corporal nos transtornos alimentares.** *Rev. psiquiatr. clín.* 2004, vol. 31, n.4, pp. 164-166

17. DOLTO, Françoise. **A Imagem Inconsciente do Corpo**. 2.^a ed. São Paulo: Perspectiva, 2004.
18. DOLTO, Françoise e NASIO, Juan David. **A Criança do Espelho**. São Paulo: Jorge Zahar, 2008.
19. EUCLYDES, Marilene Pinheiro. **Nutrição do Lactente: base científica para uma alimentação adequada**. 2.^a ed. Viçosa - Minas Gerais: UFV, 2000.
20. FASSINO, Secondo, AMIANTO, [Federico e](#) ABBATE-DAGA, Giovanni. **The dynamic relationship of parental personality traits with the personality and psychopathology traits of anorectic and bulimic daughters**. *Comprehensive Psychiatry*. Ed. Saunders / Elsevier: Vol. 50, Ex. 3, Mai-Jun 2009, pp. 232-239.
21. FERNANDES, Maria Helena. **Transtornos Alimentares: anorexia e bulimia**. 2.^a ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.
22. FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.
23. GASPAR, Fabiana Lustosa. **A violência do outro na anorexia: uma problemática de fronteiras**. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, Ano VIII, n.º 4, dez/2005, pp 629-643.
24. GIORDANI, Rubia Carla Formighieri. **A auto-imagem corporal na anorexia nervosa: uma abordagem sociológica**. *Psicologia Social*, Porto Alegre, v. 18, n. 2, Ago 2006.
25. GONCALVES, Tatiane Dutra; BARBOSA, Mariana Prado; ROSA, Luiz Carlos Laureano da e RODRIGUES, Alexandra Magna. **Comportamento anoréxico e percepção corporal em universitários**. *J. bras. psiquiatr.* 2008, vol. 57, n.3, pp. 166-170 .
26. INFANTE, Domingos P. **Anorexia mental. Relato da internação**. *Pulsional Revista de Psicanálise*, São Paulo, ano XI, n. 106, 1998.
27. KELNER, Gilda. **Transtornos alimentares: um enfoque psicanalítico**. *Estud. psicanal.*, Ago 2004, n.º 27, pp. 33-44.
28. KIMBREL, Nathan A., COBB, Amanda R., MITCHELL, John T., HUNDT, Natalie E., NELSON-GRAY, Rosemary O. **Sensitivity to punishment and low maternal care account for the link between bulimic and social anxiety symptomology**. *Eating Behaviors*, Ed. Elsevier: . Vol. 9, n.º 2, Abr 2008, pp 210-217.
29. LACAN, Jacques. **La direction de la cures e les principes de son pouvoir (1958)**. In *Écrits*. Paris: Seuil, 1966a
30. LACAN, Jacques. **Le stade du miroir comme formateur de la fonction du je (1949)**. In *Écrits*. Paris: Seuil, 1966b
31. LATTERZA, Andréa Romero; DUNKER, Karin Louise Lenz; SCAGLIUSI, Fernanda Baeza e KEMEN, Elisa. **Tratamento nutricional dos transtornos alimentares**. *Rev. psiquiatr. clín.* 2004, vol.31, n.4, pp. 173-176.
32. LAWRENCE, M. **A experiência anoréxica**. São Paulo: Summus, 1991.
33. LEMOS, Inez. **Bulimia e anorexia: patologias da falta e do excesso**. *Mental*, nov. 2005, vol.3, no.5, p.81-89. ISSN 1679-4427.
34. MORGAN, Christina M; VECCHIATTI, Ilka Ramalho; NEGRAO, André Brooking. **Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais**. *Rev. Bras. Psiquiatria*, São Paulo, 2002.
35. NUNES, Maria Angélica; APPOLINARIO, José Carlos; GALVÃO, Ana Luiza; COUTINHO, Walmir. **Transtornos Alimentares e Obesidade**. 2.^a ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
36. PERRY, Judith A., SILVERA, David H., NEILANDS, Torsten B., ROSENVINGE, Jan H., HANSSEN, Tina. **A study of the relationship between parental bonding, self-**

- concept and eating disturbances in Norwegian and American college populations**, *Eating Behaviors*, vol. 9, n. 1, janeiro/2008, pp. 13-24
37. PHILIPPI, Sônia Tucunduva; ALVARENGA, Marle. **Transtornos Alimentares: uma visão nutricional**. 1ª ed. São Paulo: Manole, 2004.
38. PIKE, Kathleen e RODIN, Judith. **Mothers, Daughters, and Disordered Eating**. *Journal of Abnormal Psychology*, 1991, Vol. 100, n.º 2, pp. 198-204.
39. PINZON, Vanessa et al. **Peculiaridades do tratamento da anorexia e da bulimia nervosa na adolescência: a experiência do PROTAD**. *Rev. psiquiatr. clín.* 2004, vol. 31, n.4, pp. 167-169.
40. RUSSELL, Gerald. **Bulimia Nervosa: na ominous variant of anorexia nervosa**. *Psychol Méd* 1979.
41. SANTOS, C. L. dos; HUMBERG, L. V. **Quero comer não, mãe: considerações sobre anorexia nervosa**. *ConScientirae Saúde*, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 173-178, 2007.
42. VASQUES, Fátima; MARTINS, Fernanda Celeste e AZEVEDO, Alexandre Pinto de. **Aspectos psiquiátricos do tratamento da obesidade**. *Rev. psiquiatr. clín.* 2004, vol. 31, n.4, pp. 195-198.
43. WINNICOTT, D.W. **Textos selecionados: da pediatria à psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.
44. WINNICOTT, D.W. **Textos selecionados: da pediatria à psicanálise**. 4º ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993.