

## **“O sintoma na bulimia: psicopatologia e clínica”**

*Mario Pablo Fuks*

A aproximação psicanalítica aos transtornos alimentares permite entrever o caráter peculiar e complexo das formações psicopatológicas variáveis que os integram.

O ataque bulímico é, dos comportamentos alimentares, o que apresenta mais claramente as características fenomenológicas próprias do sintoma: sua emergência abrupta, sua característica compulsividade, sua seqüência quase automática, sua ego-distonia. A questão que se coloca é se sua metapsicologia responde ao modelo do sintoma em psicanálise, ou em todo caso, a qual dos modelos de sintoma.

A bulimia ganhou autonomia clínica por volta dos anos 80. Anteriormente, era vista como um momento ou fase em que uma anorexia deixava de ser puramente restritiva, ou como um dos modos de chegar à obesidade.

Foi a partir dos estudos de Russell (1979) que a atenção se dirigiu a certos aspectos clínicos centrais na bulimia nervosa, que lhe conferem identidade própria, e que o autor apresenta como uma tríade: 1º) episódios de comer compulsivo acompanhados de uma intensíssima e penosa vivência de perda de controle; 2º) a utilização de procedimentos purgativos destinados a neutralizar seus efeitos (vômitos, laxantes, diuréticos, dietas); e 3º) uma preocupação excessiva, mórbida, com a imagem corporal e o peso.

A significação dos atos bulímicos é complexa. Tentaremos delinear alguns dos caminhos que foram explorados, dentro do campo psicanalítico, para sua compreensão.

Os autores que começaram a trabalhar sobre a bulimia como fase da anorexia aportaram diversos elementos de análise. Ocupei-me deles em um trabalho anterior, aqui apenas explicitando uma idéia central: na anorexia, ”a sujeição e fusão com o ideal ascético e auto-suficiente de magreza opera uma espécie de triunfo maníaco sobre o objeto. Mas, ao mesmo tempo, contrapõe às vivências de fragilidade narcísica um reforço da *representação unitária do eu* que impõe uma censura e um bloqueio às sensações e impulsos, assim como às formações de afeto e representação, suscitados a partir das fontes erógenas de estimulação” (Fuks, 2003, p 153-154).

Para Bernard Brusset<sup>1</sup>, a emergência de episódios bulímicos no curso de uma anorexia, tal como podem ser estudados no contexto de um processo transferencial, significa paradoxalmente um progresso, por corresponder à ruptura e reorganização de um funcionamento psíquico ordinário, fortemente dissociado, em que o pulsional parecia inexistente. O gozo bulímico faz existir, assim, um corpo libidinal numa experiência que é mais de dor que de prazer. Torna presente e evidente o pulsional, num corpo que havia sido declarado estranho a si (Brusset, 2003, p.167). As crises bulímicas representarão no percurso de uma anorexia, uma verdadeira solução de compromisso; por um lado, significam uma perda de controle onipotente dos impulsos e uma ida ao encontro do objeto. Por outro, significam a montagem de uma barreira defensiva cuja lógica de funcionamento tentaremos esclarecer ao longo da exposição.

### **A fenomenologia das crises**

Trata-se de episódios de ingestão compulsiva, desenfreada e desordenada, de uma enorme quantidade de alimentos. Acontece em solidão, se inicia freqüentemente com um estado estranho de excitação equivalente a uma aura - como nos ataques epilépticos e histéricos - na qual ainda se pode intentar alguma resistência, e é seguida de um avanço violento sobre a comida. O ataque conclui porque esta se esgota ou porque a repleção gástrica provoca dor. Ou seja, não são as sensações de fome ou saciedade as que balizam para o sujeito o acontecimento bulímico. Não existe fome nem saciedade, só existe esse inefável comer vorazmente. No final, pode produzir-se um desmaio. Ou vômitos. Ou uma queda no sono, da qual se acordará deprimido, envergonhado, culpado ou desesperado pela previsível repetição de um novo ciclo doentio. A repetição do ciclo ataque-purgação acaba se tornando o centro dos investimentos, tendo como consequência o esvaziamento e empobrecimento de suas relações.

### **Compreensão metapsicológica e formas clínicas**

---

<sup>1</sup> “A meu ver é a relação com a estrutura da anorexia mental que dá à bulimia sua especificidade mais bem assegurada” (Brusset, 2003, p. 151).

Se tomarmos como referência o modelo do sintoma neurótico desenvolvido por Freud a partir de 1894, tendo na memória, por exemplo, o sintoma “oral” do asco no famoso caso Dora (Freud, 1905), poderemos fazer-nos a seguinte pergunta: os episódios bulímicos podem ser compreendidos como produtos de uma situação conflitiva, a partir da qual se desencadeia um processo regressivo que atinge um ponto de fixação oral, ponto a partir do qual se reativa a oralidade primitiva dando lugar a sintomas cujo significado inconsciente é o de uma atividade autoerótica orgástica e cujo modelo seria o chupeteio ligado à gratificação alucinatória com prescindência do outro, do objeto externo?

A resposta seria: em muitos casos “sim”, em muitos outros, “não”. Para alguns autores, o que predomina são os “não”.

R. Zukerfeld (1996), psicanalista argentino que desenvolveu pesquisas em transtornos alimentares por mais de 20 anos, distingue três formas clínicas: 1) A bulimia sintomática; 2) a bulimia conflitiva, neurótica; e 3) a bulimia operatória. Tomaremos esta distinção como ponto de partida, selecionando os pontos que parecem mais importantes e acrescentado alguns aspectos pertinentes.

**Na bulimia conflitiva**, o modo de funcionamento psíquico é predominantemente neurótico. É freqüente em mulheres jovens, sendo o começo na adolescência. O relato dos sintomas revela capacidade associativa e riqueza metafórica. Coexistem mecanismos de defesa variados: obsessivos, fóbicos, histéricos. Entretanto, constata-se a presença freqüente de um componente depressivo que, para alguns autores, está ligado ao comprometimento corporal e associado a fantasias de um dano que se teme irreversível e irreparável, semelhante à angústia desencadeada pelo consumo prolongado de drogas, cigarro, etc. É uma depressão que pode adquirir uma tonalidade melancólica, com auto-recriminações, vivência de impotência e sentimentos de culpabilidade.

O relato das crises nos introduz freqüentemente numa atmosfera onírica, que permite trabalhá-las como sonhos, permitindo inferir desejos inconscientes descortinando-se numa dramatização de cena primária e seguindo a lógica de uma trama edipiana. Podem ser vistas, assim, como ataques histéricos que consistem numa posta em cena do corpo que permite decifrar sentidos.

Em geral, sentem-se muito pressionadas a responder a um ideal de beleza magra marcado pela cultura contemporânea, vendo-se, ou sentindo-se vistas, como portadoras de

um corpo que está distante desse ideal. O sobre-vestimento narcísico da imagem corporal global, centrado na silhueta e operante sobre as jovens desde a infância, conduz frequentemente ao estabelecimento de uma barreira rígida que isola as fontes erógenas parciais. O recalco defensivo acaba interferindo sobre o processamento dos estímulos, sensações, representações e fantasias necessários à elaboração de vivências de interioridade que integram o erotismo feminino. Dada a possibilidade de um desenvolvimento singular, livre de coerções neuróticas, a experiência corporal associada ao processo de sexuação integra uma multiplicidade de registros em que todo o corpo entra em jogo, diferente daquele do ‘corpo inteiro’ que caracteriza a identificação com o falo, própria da histeria<sup>2</sup>. São interessantes, nesse aspecto, as reflexões do escultor Henri Moore, recolhidas em uma exposição recente de suas obras na Pinacoteca de São Paulo, em relação à etapa em que começa a construir a figura do corpo humano, decomposta em dois ou mais fragmentos agrupados no espaço. Ele comenta a vivência de uma riqueza expressiva e criativa inéditas que foi conquistada no momento em que conseguiu liberar-se da coerção produzida pela exigência do espectador de ver o corpo humano figurado através de uma imagem unificada. Entendo-as como uma pista valiosa para pensar o lugar do fragmentário, das “parcialidades” pulsionais e objetais na experiência do corpo no campo libidinal.

A dificuldade na elaboração desses aspectos se manifesta nestas pacientes, tanto na insatisfação desmedida referida a sua imagem corporal, quanto nas vivências de estranhamento que acompanham as crises. Derrotadas numa competição fálica que de cara as exclui, jogam suas esperanças em dietas investidas fetichisticamente como alavanca propiciatória de realizações amorosas, que frequentemente falham e cujo fracasso as empurra para uma nova série de episódios de ingestão compulsiva. O círculo vicioso bulímico as conduz a um certo empobrecimento psíquico, a uma preocupação monotemática e a auto-recriminações, mostrando as características de uma histeria melancolizada. Vemos aqui a presença dos dois fatores associados que, classicamente, desencadeiam na histeria esse processo: as frustrações amorosas e as situações que envolvem perdas no corpo (post-parto, cirurgias, etc).

---

<sup>2</sup> Ver “Histeria e erotismo feminino”, em ALONSO, S.L. e FUKS, M.F (2004)

A descrição dessa forma clínica me pareceu importante por oferecer um lugar bastante claro e pertinente para uma forma **histórica** da bulimia, que frequentemente deixa de ser reconhecida. O halo de “nova patologia” que envolve os transtornos alimentares, como se a histeria fosse coisa antiga, somado à ausência do conceito de neurose histérica nos manuais de diagnóstico psiquiátrico atuais e sua dispersão em conglomerados de sintomas fragmentários distribuídos pelos diversos apartados, contribuem ao desconhecimento apontado.

A forma clínica denominada por Zukerfeld **bulimia operatória** corresponde à bulimia nervosa *vera*, clássica. Aquela que descreve Laurence Igoin, autora de um livro já clássico sobre o tema, “A bulimia e seu infortúnio”, publicado em 1979. Também predomina em mulheres, só que os problemas com a alimentação começam já na infância, tratando-se de anorexia infantil ou obesidade. Diferentemente do quadro anterior, estes pacientes apresentam grandes dificuldades associativas, pouca fantasia, nenhuma referência ao prazer, e presença de um desprazer centrado quase exclusivamente nos sintomas, no descontrole impulsivo e em suas conseqüências. Existe nelas a típica busca insaciável de magreza, mas sem a presença de componentes erótico-amorosos que as possam aproximar do quadro anterior. Têm um manejo pobre e desafetado das situações emocionalmente significativas, que se manifestam numa fala pouco implicada subjetivamente (*alexitimia*) e um centramento do discurso sobre o atual e fático (associáveis com o conceito de *pensamento operatório* elaborado pela psicossomática francesa, de onde deriva o nome proposto pelo autor). As depressões são de tonalidade afetiva baixa, predominando a apatia, o cansaço, o vazio, a indiferença, o sem sentido. É fácil reconhecer nesses traços a descrição, hoje em dia familiar, referida a pacientes propensos a “fazer” doenças psicossomáticas

Uma terceira forma clínica é a **bulimia sintomática**, mencionada por Zukerfeld (1996) em primeiro lugar, e que coloco por último porque combina aspectos das outras duas. Aparece também em pacientes mulheres, com antecedentes variáveis de patologia somática, obesidade ou adições, apresentando principalmente problemas de adaptação diante de situações novas. “Sempre encontramos um episódio desencadeante de características traumáticas: uma perda ou transformação importante na vida, como a entrada na adolescência, casamento, mudanças, etc.” (p.117).

Mostram um funcionamento psíquico predominantemente neurótico, mas mal organizado, em que o corpo entra facilmente em jogo como *buffer*: “a fragilidade das barreiras mentais expõe o paciente a um transbordamento dramático das necessidades corporais, desencadeando *atos-sintomas*, descritos por Joyce McDougall, de características compulsivas e que correspondem ao ataque bulímico” (p. 118).

Sendo habitualmente loquazes e colaborativos, com boa capacidade associativa e de produção de sonhos e fantasias, tendem, contudo, durante os ciclos compulsivos, a adquirir uma certa rigidez e desenvolver atitudes de tipo operatório. Fecham-se em pensamentos circulares ao redor do sintoma e ficam extremamente demandantes na situação de análise, pedindo insistentemente conselhos quanto ao que fazer ou como fazer.

O conceito de ato-sintoma explica, segundo Joyce MacDougall, o ataque bulímico, mas também as adições tabágica, alcoólica, medicamentosa, etc., assim como certos desvios sexuais e condutas caracteropáticas. Deriva de uma carência na elaboração psíquica e uma falha na simbolização, as quais são compensadas por um agir compulsivo que procura reduzir a intensidade de uma dor psíquica associada à conjuntura subjetiva que se está atravessando. Tenta-se evitar o pensamento, a reflexão e a angústia em momentos em que estes podem se fazer presentes, ao final da jornada de trabalho, no fim de semana, ou outros momentos de pausa ou de passagem. Mas não é só isso. “Todo ato-sintoma ocupa o lugar de um sonho nunca sonhado, de um drama em potencial, onde os personagens desempenham o papel de objetos parciais ou até são disfarçados em objetos-coisas, numa tentativa de imputar aos objetos substitutivos externos a função de um objeto simbólico que está ausente ou danificado no mundo psíquico (os alimentos ou a droga que servem como resposta a depressão; o fetiche e as condutas que levam inexoravelmente ao fracasso como resposta à angústia de castração). Deste modo, a exteriorização em um “agir” esconde uma história relacional e passional cujos intuitos, ainda que sua leitura nos seja acessível, estão petrificados num ato alienante”(McDougall, 1987, p. 134).

Coincidentemente, Gerard Pommier descreve várias situações da análise de pacientes com episódios de bulimia, em que justamente a produção e o relato de um sonho precedeu, e acabou sinalizando, o final do ciclo compulsivo, permitindo sua análise identificar alguns dos fatores que tinham incidido no momento do início. Na interpretação do autor, verificase um transtorno na transmissão simbólica por parte do pai, de significantes de suporte e

referência das identificações. A regressão oral é a resultante de uma ruptura na triangulação simbólica, de um adernar no campo da onipotência materna. A identificação com o pai transforma-se aqui em uma incorporação compensatória real de uma função simbólica falida, em um álibi imaginário que pretende capturar os atributos do pai através da comida totêmica.

O que revela esta última forma clínica - sendo algo em que insistem muitos autores - é que a crise bulímica é, no fundo, uma crise do sujeito, que pode ter diferentes origens, na qual a voracidade que se põe em jogo não é outra coisa que uma urgência introjetiva, uma necessidade ávida que o sujeito tem de recompor suas coordenadas, e que acaba sendo suplantada por uma atividade de incorporação. Em um trabalho anterior sobre o as neuroses narcísicas (Fuks, 2003b), considerei as idéias de Abraham e Torok, para os quais a presença da atividade incorporativa testemunha a dificuldade de se realizar o registro psíquico da perda, correlativo ao trabalho do luto concebido como um processo de introjeção. Temos relacionado essa dificuldade com o predomínio de um regime de funcionamento psíquico baseado na recusa (*verleugnung*). “A fantasia de incorporação aparece em circunstâncias em que uma perda, se fosse ratificada, imporia uma recomposição psíquica profunda”.

“A ‘cura’ mágica por incorporação dispensa do trabalho doloroso da recomposição. Absorver o que vem a faltar sob a forma de alimento, imaginário ou real, quando se está enlutado, é *recusar o luto* e suas conseqüências, é recusar introduzir em si mesmo a parte de si mesmo depositada no que está perdido; é recusar saber o verdadeiro sentido da perda, aquele que faria com que, sabendo, fôssemos outro; em síntese, é recusar sua introjeção. A fantasia de incorporação denuncia uma lacuna no psiquismo, uma falta no lugar preciso em que uma introjeção devia ter ocorrido.” [grifado pelos autores] (ABRAHAM e TOROK, 1995, P 245).”

As formas mais graves e crônicas são objeto de uma abordagem metapsicológica, por parte dos autores considerados, que estabelece diferenças significativas com o processo patogenético postulado conforme o modelo da neurose. Elas se tornam mais patentes e explícitas quando se considera o papel dos desejos orais e sua regressão às fases auto-eróticas.

Na concepção de J. Mc Dougall, citada por Zukerfeld, como também na de B. Brusset e P. Jeammet, que articulam a compreensão dos sintomas que estamos considerando com a psicopatologia dos transtornos psicossomáticos e principalmente das adicções, reencontra-se o modelo freudiano das neuroses atuais, cujos sintomas sem história de conflitos nem representações inconscientes recalcadas se diferenciam nitidamente dos sintomas psiconeuróticos: o comportamento alimentar atuado ou o ato-sintoma alimentar vem a ocupar o lugar da elaboração psíquica, driblando-a e substituindo-a, através de um mecanismo de desvio e descarga em curto-circuito, transformando-se no modo predominante de resolver as tensões e as crises que desestabilizam o sujeito. O agir surge **em vez de**, no lugar do que seria o trabalho psíquico de representação. O comer compulsivo, assim como a expulsão da comida, são atuações que teriam como efeito evitar o pensamento, a reflexão e a angústia em pessoas cuja fragilidade narcísica não o suporta.

Nesta perspectiva, a regressão - maciça - tende a desembocar não no auto-erotismo, mas no comportamento-descarga. As zonas erógenas não conseguem deter o caminho regressivo e reorganizar o processo elaborativo. O que prima não é expressão regressiva da genitalidade, mas sim o recurso a uma função fisiológica e ao caráter operatório de sua estimulação repetitiva, cada vez mais mecânico e pobre em expressão pulsional, podendo vir a transformar-se numa via final comum e indiferenciada para o escoamento das tensões, conduzindo a um colapso da tópica psíquica e a um eclipse geral do sentido.

Isso é o específico da **bulimia nervosa**, diz Jeammet (2003): “Não se trata, nessa perspectiva da expressão oral regressiva, de um conteúdo fálico edipiano, com vestimenta oral ou anal, como em um quadro histérico regressivo, mas do resultado do fracasso das zonas erógenas em seu papel de ligação libidinal e de organização de um auto-erotismo que associa intimamente ligação objetal, construção das fronteiras do ego e autonomia narcísica incluindo o objeto em seu funcionamento.”(p 119).

Há assim uma volta a um funcionamento correspondente a etapas infantis correspondentes a um auto-erotismo mal configurado que conduz, como efeito próprio do comportamento em sua repetição adictiva, uma evacuação em proveito de uma pura funcionalidade mortífera. As sensações cada vez mais violentas substituem a relação objetal e seu traço libidinal.

O fracasso do auto-erotismo em sua função de ligar a excitação pulsional pode estar associado a uma insuficiência de investimento erógeno por parte da mãe, dando lugar a um auto-erotismo negativo, des-objetalizante, centrado na sensação e no factual. Tem efeitos psíquicos: a função antipensamento e anti-introjetiva do recurso ao comportamento. Lembremos que a função de pensamento se origina na possibilidade de representação do objeto de satisfação, como postergação da ação.

### **A aposta terapêutica**

Contudo, o sentido poderá ser reconstruído, e é em torno dessa aposta que se desenvolve o trabalho psicanalítico com estes pacientes. É a presença de um outro implicado na situação, crescentemente significativo, o que vem a possibilitar a alteração desta economia solipsista de descarga e destituição subjetiva conseguinte, que transformou o paciente, em proporção variável conforme o momento, em um solitário sem testemunha tomado por uma loucura privada. A entrada de um terceiro, interpondo uma mediação dentro do circuito da descarga, favorece a abertura a uma rede de deslocamentos e dá suporte a um trabalho de diferenciação qualitativa.

Ao longo da terapia psicanalítica, no dizer de Laurence Igoïn, o ato se "psiquiza". Na forma em que emerge, em seu relato e na ligação com novas facetas que o paciente vai apresentando.

"Psiquizar" significa aqui introduzir possibilidades de representação, significação e sentido, transparecendo através de diversas trans-formações do inconsciente: sonhos, sintomas conversivos, atuações. O regime de recusa não implica uma vigência absoluta da abolição simbólica e das operações compensatórias totalmente cindidas das regiões sujeitas a processamento psíquico elaborativo, que começam a sair à luz, ultrapassando a barricada comportamental erigida contra os desejos inconscientes e seus derivados. Existe uma franja de fenômenos adjacentes ao ato compulsivo: o halo de representações e afetos que precedem, acompanham ou seguem a crise bulímica, tudo aquilo que poderia ser considerado como borda figurável, como representação limítrofe em torno da "lacuna psíquica" provocada pelo ataque bulímico traumático, começa a ser utilizado para o

trabalho de simbolização.<sup>3</sup> É o caso de uma paciente que sonhou com uma privada da qual transbordavam fezes, e que ela associou, não sem certo humor, ao lugar em que forçava os vômitos depois dos ataques bulímicos. Mas a privada do sonho representava, também, o próprio corpo. Um movimento progressivo, em vez de regressivo e desorganizador, havia constituído o corpo como uma espécie de fronteira assumindo uma função imaginária inconsciente de corpo-*toilet*, em que o objeto podia ser feito sumir, em forma fecalizada. Tanto a possibilidade de figuração evidenciada pela produção do sonho, como o exercício do humor presente durante o relato e as associações, eram indicadores do desenvolvimento do processo introjetivo e o começo de uma nova etapa da análise.

A abertura do espaço psíquico de elaboração se vê favorecida pelas mudanças que se operam, não sem dificuldade, sobre os sentimentos de culpa. “O interesse que lhe é destinado fora de qualquer julgamento constitui um desmentido às projeções superegóicas que antecipam a reprovação moral e a aversão do outro. Além da desculpabilização, é uma grande gratificação narcísica descobrir que esse ato insensato está carregado de sentido e que este, ou melhor, estes, podem ser compreendidos” (Brusset, 2003, p. 168).

Em tudo isso, a relação de palavra tem um lugar fundamental, mas sujeito a vicissitudes associadas à vigência da recusa. Já nos referimos à fala desafetada, automatizada, anulada em sua potência de significação, não implicada emocionalmente, que apresentam esses pacientes. Por momentos, é como se sua fala não ecoasse neles mesmos, faltando o suporte subjetivo da enunciação. (Ver Berenstein, p. 81). Lembram, nesse aspecto, a fala cindida do esquizóide que requer intervenções em linguagem dramática, e até melodramática. Em outros momentos, parecem querer dizer tudo, em uma verborragia pouco discriminada, tornando difícil uma comunicação empática.

Entretanto, o fluxo da interlocução e a entrada do sentido retroagem sobre o ato de palavra. Num dos exemplos que me impressionaram particularmente, uma paciente cuja fala era calcada nessas características recebe uma interpretação bastante incisiva do terapeuta apontando-lhe que, pelo conteúdo de seu relato, estava sentindo que seu pai dava mais importância a sua irmã do que a ela, apesar de a primeira ser uma “bunda mole”. A

---

<sup>3</sup> Utilizo aqui, intencionalmente, conceitos que eram os de Freud nas cartas a Fliess sobre o traumatismo sexual precoce em tempos da teoria da sedução. O modelo traumático manteve sua vigência na elaboração freudiana, associado ao embate pulsional proveniente do interior.

paciente tenta continuar a fala na mesma tessitura, mas se interrompe em seguida, muda de expressão e comunica um formigamento na boca, bastante desconfortável que não consegue passar por alto e continuar falando tranqüilamente. Evidentemente, sua fala tinha sido *afetada* no sentido pleno da palavra, e o fenômeno suscita a idéia de uma conversão instantânea.

Muitas vezes, frente a um relato do paciente que parece passar por alto a significação violenta de certas mensagens vindas dos pais, é na reação do analista que as palavras ganham estado afetivo. É uma espécie de momento catártico que sua subjetividade empresta para superar a recusa do paciente. Falando da impossibilidade de ligação psíquica das representações traumáticas em alguns pacientes, sujeitos a compulsões repetitivas, ainda que não especificamente transtornos alimentares, B. Penot afirma: “Tudo irá se passar, na prática, como se estes pacientes deixassem a algum “outro” a tarefa de pensar por eles o impensável, e articular o incompatível. Porém, isso exige, da parte deste outro, um considerável dispêndio psíquico através de uma vivência freqüentemente penosa”.

Por último, mas não sendo por isso de menor importância, atitudes pertencentes à série bulímica, na forma de um impulso ao vômito ou de uma busca incorporativa (remédios, sonda gástrica, etc.) se fazem presentes, não raramente, no contexto das sessões regulares ou em situações emergenciais, compelindo ou suscitando a intervenção do terapeuta. São situações difíceis, cuja significação não é apreensível de forma imediata, nas quais este se vê embarcado sem poder prever se o desfecho será uma passagem ao ato sem apropriação possível de sentido, ou uma saída elaborativa. Nos casos mais favoráveis, um atuar desse tipo, em transferência, é o ponto de partida para um avanço na elucidação da conjuntura subjetiva que desencadeou o sintoma assim e na rememoração das situações da história que nele se repetem. A análise dessas situações clínicas no contexto das supervisões e a discussão conjunta realizada pela equipe, no marco de projetos institucionais especializados, ajuda a enriquecer a perspectiva sobre cada experiência clínica singular e uma fonte de inquietações e desafios propulsora dos desenvolvimentos na teorização psicopatológica.

## **BIBLIOGRAFIA**

- ABRAHAM, N. & TOROK, M.(1987) "Luto ou Melancolia, Introjetar-Incorporar". In *A casca e o núcleo*. São Paulo: Escuta, 1995.
- ALONSO, S.L. e FUKS, M.F. *Histeria*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- BERENSTEIN, A. *Vida sexual y repetición*. Madrid : Síntesis, 2002.
- BRUSSET, B. "Psicopatologia e metapsicologia da adicção bulímica". In: Brusset,B ; Couvreur, C ; Fine, A. *A bulimia* . São Paulo: Escuta, 2003.
- FREUD, S (1905) Fragmento de análise de um caso de histeria. In: Sigmund *Freud Obras Completas*. Amorrortu editores, 1993, v. 7.
- FUKS, M. P (2003a ). "O mínimo é o máximo: uma aproximação da anorexia". In:*Psicossoma III:interfaces da psicossomática* / Volich, R.M.; Ferraz, F.C; Ranña, W. (orgs.). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
- (2003b) "Nos domínios das neuroses narcísicas e suas proximidades", in *Desafios para a psicanálise contemporânea* / Barbero Fuks, L., Ferraz, F.C. (orgs.) – São Paulo: Escuta, 2003.
- IGOIN, L. *La bulimia y su infortunio*. Madrid: Akal, 1986.
- JEAMMET, P. "Desregulações narcísicas e objetivos na bulimia". In: Brusset,B ; Couvreur, C ; Fine, A. *A bulimia* . São Paulo: Escuta, 2003.
- McDOUGALL, J. *Em defesa de uma certa anormalidade*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.
- PENOT, B: *Figuras da recusa.*, Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- POMMIER, G. "Uma nota a propósito de anorexia/bulimia" in *A clínica lacaniana*
- RUSSELL, G. F.M. Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med* , 9:429-48, 1979.
- ZUKERFELD, R *Acto bulímico, cuerpo y tercera tópica*. Buenos Aires: Paidós, 1996.

**Mario Pablo Fuks**

**Rua Marquês de Itu 837, 6º andar cj 62, São Paulo - CEP 01223-001**

**Tel: 3259-0922**

**e-mail : mfuks@uol.com.br**