



## **SOFRIMENTO PSÍQUICO EM MULHERES COM COMPULSÃO ALIMENTAR**

Fabiane Troes

Caxias do Sul, 2020.

UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL  
ÁREA DO CONHECIMENTO DE HUMANIDADES  
CURSO DE PSICOLOGIA

**SOFRIMENTO PSÍQUICO EM MULHERES COM COMPULSÃO ALIMENTAR**

Trabalho apresentado como requisito parcial para  
Conclusão de Curso de Graduação de Psicologia, sob  
orientação da Profa. Dra. Tânia Maria Cemin.

Fabiane Troes

Caxias do Sul, 2020.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço à Deus, pelo dom da vida, por ter me iluminado e permitido com que eu chegasse até aqui e vivesse este momento. Pela força dada para prosseguir quando tudo parecia tão difícil, pela proteção na estrada entre tantas idas e vindas de uma cidade para a outra, e por todas as bênçãos que tive ao longo da trajetória acadêmica e pessoal.

De maneira conjunta, aos meus pais, por terem me concebido a vida, pela educação e por todos os ensinamentos dados. Amo vocês e serei eternamente grata pelos valores ensinados.

Ao meu pai, em especial, por toda a ajuda recebida, pelos incentivos, pelo cuidado, pela compreensão da minha ausência, por ser meu maior exemplo de ser humano, trabalhador, pessoa honesta e responsável. Um pai incrível e protetor. Sem ele nada disso teria sido possível, obrigada.

A minha querida mãe (in memoriam), que é minha maior inspiração de vida. Minha eterna gratidão, por tudo que me foi ensinado, por ter sido amor, carinho e rigidez quando necessário. Pela fé transmitida, humildade e resiliência. Por ter me ensinado, mesmo sem intenção, a ter empatia pelo próximo e a valorizar os pequenos momentos, desde muito cedo. Obrigada por ser minha maior referência.

Ao meu irmão, por toda a ajuda concebida para que eu pudesse me dedicar mais a este trabalho, foi valioso ter tido mais tempo. Sou grata pela compreensão, amizade e apoio recebidos.

A minha avó paterna (in memoriam), que acompanhou grande parte da minha trajetória, pelas lindas lembranças deixadas, pelas tantas histórias contadas mais de uma vez, que me ensinavam o legado da paciência, pelos vários ensinamentos e por ter cuidado tanto de mim, obrigada.

Ao meu namorado, por tornar a minha vida mais bonita desde a sua chegada, por ser sinônimo de força, amparo e compreensão. Por compartilhar de um mesmo sonho, me incentivar, respeitar e ser paciente. Sou grata por me amar, e me ensinar sobre o amor todos os dias.

A todos familiares, amigos, pessoas próximas e colegas de curso, que de alguma forma contribuíram com a minha jornada, foram carinho e compreensão, por terem permanecido ao meu lado e me ensinado algo, vocês são especiais.

Aos professores do curso, pelas valiosas contribuições e ensinamentos, de forma singular, e que contribuíram para o meu crescimento e evolução pessoal.

Para quem contribuiu diretamente para a concretização deste trabalho, minha querida orientadora Prof.<sup>a</sup> Dra. Tânia Maria Cemin. Serei eternamente grata por todo o suporte, apoio, dedicação, trocas, vivências, e por compartilhar um pouco do amor que tens pela Psicologia, que perpassa as falas e os ensinamentos. És exemplo.

*“Um bebê pode ser alimentado sem amor, mas  
um manejo desamoroso, ou impessoal,  
fracassa em fazer do indivíduo uma criança  
humana nova e autônoma”.*

(Donald Woods Winnicott)

## SUMÁRIO

	<b>Página</b>
RESUMO.....	8
INTRODUÇÃO.....	9
OBJETIVOS.....	12
Objetivo Geral.....	12
Objetivos Específicos.....	12
REVISÃO DE LITERATURA.....	13
Aspectos fundamentais acerca do conceito de sofrimento psíquico.....	13
Fenômenos da compulsão alimentar.....	18
Sofrimento psíquico em mulheres com compulsão alimentar.....	23
MÉTODO.....	28
Delineamento.....	28
Fontes.....	28
Instrumentos.....	29
Procedimentos.....	29
Referencial de análise.....	30
RESULTADOS.....	31
DISCUSSÃO.....	36
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	47
REFERÊNCIAS.....	50

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1. Categorias de análise e recortes do artefato cultural.....	31
--	----

## RESUMO

A compulsão alimentar acomete cerca de 5% da população mundial, sendo a prevalência de 33% à 43% em indivíduos obesos. É considerada um distúrbio alimentar, caracterizado por episódios de descontrole, ingestão excessiva de alimentos, mesmo na ausência de fome, seguida de culpa, raiva, frustrações e outros. Diante disso, o presente trabalho de conclusão de curso tem como objetivo identificar possíveis contribuições da teoria winnicottiana acerca do sofrimento psíquico em mulheres com compulsão alimentar. Os objetivos específicos são: apresentar aspectos fundamentais acerca do conceito de sofrimento psíquico na perspectiva winnicottiana, na qual são abordados os conceitos de falso e verdadeiro *self* e do papel do ambiente suficientemente bom; caracterizar o fenômeno da compulsão alimentar, abordando o conceito de compulsão à repetição da teoria freudiana; e descrever acerca do sofrimento psíquico em mulheres com compulsão alimentar. O método utilizado foi o delineamento qualitativo de caráter exploratório e interpretativo, e como fonte utilizou-se três episódios do *Reality Show* “Quilos Mortais”, abordando a história de vida de três mulheres com obesidade mórbida, que apresentam intenso sofrimento e indícios de uma alimentação compulsiva. O instrumento utilizado foi uma tabela contendo as categorias de análise e os recortes dos episódios. Os dados selecionados foram agrupados em cinco categorias de análise: Ambiente inseguro na infância; Vínculos dependentes e independentes; Sentimentos de fracasso, desespero e decepção; Comida representando vida e Indicativos de perda de controle e insucesso na dieta. Para a discussão do artefato e explorações de dados, utilizou-se a análise de conteúdo proposta por Laville e Dionne, na qual as categorias foram definidas a *posteriori*, por meio do modelo aberto. Os dados analisados apontaram que, na ausência de um ambiente suficientemente bom na infância, o sujeito pode desenvolver um falso *self*, sendo percebido por intenso desamparo emocional, despersonalização, e pela relação disfuncional com a comida, que vai para além da nutrição. De forma inconsciente, o indivíduo associou o alimento ao prazer e alívio de sensações desagradáveis, utilizando-se dela para lidar com as emoções e frustrações na vida adulta, remetendo a aspectos mais primitivos da existência, a oralidade. Essas primeiras vivências de prazer ou desprazer inscritas no inconsciente ainda na infância, retornariam por meio do que Freud denominou ser a compulsão à repetição, e aparecerem por meio de sintomas, o comer compulsivo.

Palavras-chave: Winnicott, falso *self*, compulsão alimentar, sofrimento psíquico.

## INTRODUÇÃO

Com base nas vivências adquiridas ao longo da trajetória acadêmica, através dos estágios obrigatórios e de disciplinas como Psicologia da Infância, Teorias da Personalidade, Processos Psicopatológicos na Infância, Adolescência, Vida Adulta e do Envelhecimento, Psicologia e Psicoterapia Psicanalítica e Psicodiagnóstico I e II, foi possível identificar o quanto me desperta atenção o estudo da personalidade e dos diferentes transtornos em especial os da alimentação, na qual me proponho a estudar a compulsão alimentar.

Por meio de disciplinas de cunho psicanalítico, no estudo da estruturação psíquica e dos processos mentais, compreendeu-se a importância da relação estabelecida entre a mãe e o bebê no período inicial de sua vida, e de um ambiente que seja acolhedor e provedor de suas necessidades, a fim de evitar o surgimento de patologias e sofrimento psíquico decorrente de possíveis falhas no ambiente e nas relações. Temas como este, desde o início do curso instigaram-me o desejo por entender ainda mais os processos psíquicos envolvidos em alguns comportamentos e patologias, principalmente a que me proponho a estudar, que é a compulsão alimentar, e de que maneira os anos iniciais de vida podem ter sido significativos para o desenvolvimento desta.

Na prática, teve-se contato com adolescentes que apresentavam uma alimentação compulsiva acompanhada de intenso sofrimento psíquico, sentimentos desconfortáveis durante e após a ingestão de alimentos. Embora não fossem diagnosticados, o fenômeno que surgia e os relatos trazidos, demonstravam que a comida acabava sendo utilizada como forma de aliviar tensões, havendo pouco entendimento, por parte deles, sobre o que poderia estar causando esse comer compulsivo e de que forma acabar com isso, já que quando se davam conta, já estavam novamente comendo alguma coisa.

De acordo com Nunes (2012), o transtorno de compulsão alimentar é caracterizado pela ingestão de uma quantidade excessiva de alimentos, em pouco intervalo de tempo, acompanhado da sensação de perda de controle. Apesar de não ser critério diagnóstico, frequentemente, o transtorno de compulsão alimentar acaba sendo associado à obesidade, e mesmo que a maior parte dos indivíduos que apresentem o transtorno sejam obesos, também está presente em pessoas com peso dentro do normal ou esperado para a idade (Devlin, Dobrow & Kamenetz, 2002).

Baldessin e Marques (2016) afirmam que se deve ter uma preocupação maior em relação à quantidade de alimentos ingerida por indivíduos que são obesos e com compulsão alimentar, do que com indivíduos obesos que não tem compulsão. O nível de estresse e outros danos psicológicos causados pelo transtorno, tais como, ansiedade, preocupação com a imagem corporal, vergonha, baixa autoestima e isolamento social, evidenciam uma necessidade de olhar atentamente para esses fatores psicológicos, bem como, os elementos que podem ser desencadeantes do transtorno.

Estima-se que, a prevalência da compulsão alimentar na população obesa é de 33% a 43%, e somente no Brasil, anualmente, são realizadas mais de 80 mil cirurgias bariátricas para a redução de peso, o que torna o país o segundo no ranking de maior número de cirurgias realizadas. Somente 20% dos indivíduos que apresentam compulsão alimentar têm realmente o transtorno, sendo que essa prevalência pode variar de acordo com o método e pesquisa utilizada. De acordo com Alvarenga e Novelle (2016), estima-se que a compulsão alimentar acomete cerca de 5% da população em todo o mundo. Em adolescentes, 18,5 a 24% apresentam algum episódio de compulsão alimentar (Rezende, 2017).

Segundo Barlow e Durand (2008), cerca de 20% das pessoas que estão em programas de perda de peso apresentam episódios de compulsão alimentar, e 50% das pessoas que se dedicam à realização da cirurgia bariátrica possuem esse transtorno, geralmente obesos mórbidos. Existe uma parcela, também, que revela comer de forma compulsiva para aliviar perturbações ou frustrações, sendo que a maior parte é composta pelo público feminino, entretanto, já se identifica mais homens procurando auxílio e tratamento. Pode-se perceber com isso, que a ocorrência dos transtornos é alta, tendo como pico de maior incidência jovens de 15 a 19 anos, podendo ser visto inclusive em crianças menores de doze anos. O que causa preocupação na medida em que o transtorno alimentar pode causar prejuízos para o desenvolvimento biopsicossocial, acometendo a consolidação das funções orgânicas essenciais e o amadurecimento de fatores estruturantes da personalidade (Lucas, 2015).

É importante que além do olhar da psicologia, outras áreas também se voltem ao estudo do tema, para que assim, a partir de um trabalho interdisciplinar se consiga construir intervenções acerca da singularidade do sujeito. A interdisciplinaridade, segundo Minayo (2010), é uma estratégia de articulação das diversas áreas do saber, voltado ao diálogo e à compreensão de temas complexos. A psicologia daria conta das questões psíquicas que estão na base dos transtornos alimentares, e profissionais como nutricionistas e médicos, das manifestações corporais; ambos, auxiliando no processo de melhoria da qualidade de vida do sujeito que sofre em razão de seu transtorno alimentar. Segundo Farias, Olesiak e

Quintana (2017), “nas patologias alimentares é fundamental que os aspectos médicos, nutricionais e psíquicos possam ser pensados de forma articulada.” (p.204), construindo uma intervenção que seja consolidada no diálogo entre a singularidade do sujeito, e dos saberes da equipe. Conforme Cambraia (2004), o comportamento alimentar não é manifestado apenas por fatores psicológicos e comportamentais, mas também por neurológicos, endócrinos ou fisiológicos.

Desta forma, pela frequência com que ocorre e por compreender a importância de se falar a respeito dos transtornos alimentares, a afeição pelo estudo se alinha à compreensão do adoecimento mental e sofrimento psíquico de indivíduos que apresentam compulsão alimentar e as formas de enfrentamento utilizadas, a partir de suas vivências pessoais. Intenciona-se compreender melhor o significado que a comida tem, o que o descontrole representa e quais as influências das primeiras relações afetivas estabelecidas. Assim, a partir de uma compreensão psicanalítica dos anos iniciais de vida, da compreensão do estabelecimento do *self*, das relações sociais e das influências ambientais na constituição psíquica e no processo de desenvolvimento do transtorno será possível refletir acerca dessas questões.

De forma alguma, o estudo pretende se debruçar sobre o diagnóstico subjacente ou distinção de determinada estrutura psíquica, mas na busca por características que descrevam e possibilitem compreender como o sofrimento psíquico está presente na compulsão alimentar e de que forma ele pode vir a se expressar. Da mesma forma, as categorias de análise foram agrupadas de modo com que, se pudesse visualizar a influência do ambiente e das primeiras relações iniciais, descritas na teoria winnicottiana, no estabelecimento de estruturas mais frágeis e geradoras de sofrimento psíquico.

Com base no que está exposto acima, esta pesquisa busca responder o seguinte problema de pesquisa: quais as contribuições da teoria winnicottiana na compreensão do sofrimento psíquico em mulheres com compulsão alimentar?

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo Geral**

Identificar possíveis contribuições da teoria winnicottiana na compreensão do sofrimento psíquico em mulheres com compulsão alimentar.

### **Objetivos específicos**

- Apresentar aspectos fundamentais acerca do conceito de sofrimento psíquico na perspectiva winnicottiana;
- Caracterizar o fenômeno da compulsão alimentar;
- Descrever acerca do sofrimento psíquico em mulheres com compulsão alimentar.

## REVISÃO DE LITERATURA

### **Aspectos fundamentais do conceito de sofrimento psíquico**

As intensas transformações socioculturais e tecnológicas que o mundo tem atravessado, vem sendo acompanhadas por manifestações distintas de sofrimento psíquico. Constata-se, novas configurações subjetivas e modalidades de sofrimento psíquico, que exigem um olhar diversificado e um manejo singular na clínica psicológica (Cambuí, 2013).

Segundo Safra (2004), o sofrimento encontra-se na origem da condição humana. É algo para além do psíquico, é constitutivo e existencial. Vários campos da ciência tentaram anteriormente compreender sua natureza, mas inúmeras são as teorias que englobam a compreensão e explicação da sua origem. Algumas delas, se restringem mais a visões organicistas, com um fundo químico-biológico, e outras, abrangem mais as condições externas e internas da existência dos indivíduos (Aiello-Vaisberg & Medeiros, 2010).

Na literatura, do ponto de vista psicossocial, o sofrimento se define como a expressão de várias formas de experiências desprazerosas, tais como a rejeição, a humilhação e a injustiça. Pelo viés da saúde, é concebido como um fenômeno singular, essencialmente humano que representa uma impossibilidade de sentir-se verdadeiramente vivo e real (Aiello-Vaisberg & Medeiros, 2010). De acordo com Cambuí e Neme (2014), “as dimensões referentes à natureza do sofrimento psíquico envolvem modalidades complexas que perpassam a discussão de elementos constitutivos do sujeito, bem como as concepções de saúde e de adoecimento psíquico.” (p.77)

Segundo Lent (2001), a dor é a primeira estimulação relacionada ao sofrimento. Ela é um indício de que há alguma estimulação nociva para o organismo, sendo ela proveniente dele próprio ou do ambiente. Mas, de fato, o sofrimento psíquico vai muito além do sentimento de dor. Os indivíduos lutam contra suas formas de dor psicológica, suas emoções, pensamentos difíceis, lembranças dolorosas, necessidades e pensamentos indesejados, e para que se tenha uma melhor compreensão do conceito, é importante considerar e entender aspectos da estruturação e constituição psíquica do indivíduo, bem como, da influência das experiências vivenciadas pelo sujeito quando ainda bebê, no processo de vinculação. Para Abrão, Cambuí e Neme (2016), o sofrimento emocional percebido na vida adulta revela a fragilidade da constituição psíquica, decorrente de uma ruptura nos vínculos e de uma instabilidade, vivenciada nos momentos iniciais da vida.

Winnicott (1983) parte inicialmente de uma concepção de saúde para compreender o sofrimento psíquico. Assim, ele destaca “precisamos chegar a uma teoria de desenvolvimento normal para podermos ser capazes de compreender as doenças e as várias imaturidades, uma vez que já não damos mais por satisfeitos a menos que possamos preveni-las e curá-las” (p.65). Os aspectos saudáveis estariam diretamente ligados à capacidade de existir e sentir-se real, e a partir desse viés, concebe o sofrimento psíquico como um fenômeno existencial, singular e sobretudo, humano.

Segundo Winnicott (2005), a saúde tem significado de maturidade emocional referente ao período de vida do sujeito, e o que o torna saudável, é o fato dele ter um desenvolvimento emocional correspondente a cada momento de sua vida, sendo facilitado por um ambiente suficientemente bom que tem por função auxiliar na constituição psíquica do bebê através da qualidade da relação estabelecida com sua mãe. O bebê já nasce com uma tendência inata ao amadurecimento, mas cabe ao ambiente propiciar as condições adequadas para que ele se desenvolva. Assim sendo, para que os processos de maturação do indivíduo possam se concretizar, é necessário um ambiente facilitador ao bebê, realizado pela mãe suficientemente boa, descrita como aquela, capaz de efetuar inicialmente uma adaptação ativa às necessidades da criança, que com o passar do tempo irá diminuir gradativamente, de acordo com a capacidade deste em tolerar frustrações (Winnicott, 2006). De acordo com o autor

A mãe que desenvolve esse estado ao qual chamei de “preocupação materna primária” fornece um contexto para que a constituição da criança comece a manifestar-se, para que as tendências ao desenvolvimento comecem a desdobrar-se, e para que o bebê comece a experimentar movimentos espontâneos e se torne dono das sensações correspondentes a essa etapa inicial da vida. (Winnicott, 2000, p. 403)

Este estado é ainda anterior ao nascimento da criança, e por meio deste, ela tornar-se-á capacitada para começar a ter experiências, constituir um ego pessoal e existir, dominando as dificuldades inerentes à vida. Iungano e Tosta (2009) descrevem que o papel da mãe suficientemente boa vai além da capacidade de identificação de aspectos fisiológicos, tais como a fome, estando relacionada à forma como a mãe investe emocionalmente no seu bebê, criando um vínculo duradouro e lhe proporcionando segurança.

Segundo Winnicott (1980), as funções de uma mãe suficientemente boa nos primeiros estágios de vida são: o *holding*, que se trata da capacidade de identificação da mãe com o seu bebê, de envolvê-lo e oferecer suporte; o *handling*, da capacidade da criança em

experimentar esse cuidado, e da mãe em mantê-lo, e a introjeção dos objetos, para que a criança consiga ter a diferenciação de si, e conhecer o mundo ao seu redor. De maneira singular, todas essas funções são importantes para o desenvolvimento saudável do bebê, mas conforme a teoria winnicottiana, as duas primeiras “trazem à tona toda a questão da confiabilidade humana” (Winnicott, 1999, p.141), isto porque, por meio da introjeção dos objetos, o desenvolvimento da autonomia e confiança seriam possibilitados.

Pela gradual ausência da mãe e da capacidade do bebê em suportar essa falta, mediante o estado de dependência absoluta, ele começa aos poucos o seu processo de individuação e aquisição de confiança, caso minimamente também consiga se espelhar nela (Winnicott, 1975). Inicialmente, o bebê não é capaz de distinguir o “eu” do “não-eu”, percebendo o ambiente externo também como parte de si. Através de sua motilidade irá se manifestar no mundo, e se constitui por meio da vitalidade no sentido da vida. Desde o nascimento, ele possui recursos vitais básicos, elementos sensoriais e instintos relacionados ao desenvolvimento que permite comunicar-se de maneira recíproca com sua mãe. Ele não a percebe como um ser separado de si, pela fragilidade de seu ego, e pela ilusão de onipotência, acreditando que ele e sua mãe seriam um só ser, e que o seio que lhe é dado teria sido criado por ele mesmo, e está sob o seu controle (Winnicott, 1990; 2006). De acordo com Garcia (2007), baseado nas preposições de Winnicott, é através da experiência de onipotência que a criança desenvolve a capacidade de inventar uma realidade externa e favorecer a expressão da criatividade, relacionada ao desenvolvimento emocional saudável.

Segundo Winnicott (1975), “se a dependência realmente significa dependência, então a história de um bebê individualmente não pode ser escrita apenas em termos do bebê. Tem de ser escrita também em termos da provisão ambiental que atende a dependência ou que nisso fracassa” (p. 116). Os estágios que se sucedem a dependência absoluta acima descritos, dizem respeito à dependência relativa rumo à independência, e só poderão ser concretizados mediante a provisão ambiental do cuidado materno para com o bebê.

Deste modo, pode-se entender que a base inicial da saúde mental é estabelecida na primeira infância pela figura da mãe, ou de qualquer pessoa que exerça esse papel e consiga oferecer os cuidados para a criança, ofertando um meio para que os processos importantes para a constituição do eu consigam preencher-se corretamente. Se o bebê conseguir de alguma forma espelhar-se no rosto da mãe, por exemplo, conseguirá mais facilmente chegar ao processo de individualização. É por meio dessa identificação e do cuidado materno, que a mãe consegue fornecer o que ele precisa, garantindo a continuidade do ser e ter uma existência pessoal. Segundo Winnicott (1990), “se o cuidado materno não é suficientemente

bom então o lactente realmente não vem a existir, uma vez que não há continuidade do ser; ao invés a personalidade começa a se construir baseada em reações a irritações do meio” (p53).

Ainda Winnicott (1990) aborda sobre o conceito de falso *self* e verdadeiro *self*, que se encontram nas primeiras relações estabelecidas pelo sujeito. Uma mãe suficientemente boa, que permite a criança passar pelas etapas do desenvolvimento natural, sem invasões do externo, levaria à formação do verdadeiro *self*. O falso *self* refere-se, então, ao desajuste entre a mãe e o bebê, pela incapacidade dela de atender as suas exigências. Pode também ser compreendido enquanto uma defesa utilizada pelo ego, frente a objetos desconhecidos, a fim de garantir a integridade do verdadeiro *self*. De acordo com Winnicott (1990)

Quando a adaptação da mãe não é suficientemente boa de início, se pode esperar que o lactente morra fisicamente, porque a catexia dos objetos externos não é iniciada. O lactente parece isolado. Mas na prática o lactente sobrevive, mas sobrevive falsamente. O protesto contra ser forçado a uma falsa existência pode ser discernido desde os estágios iniciais. O quadro clínico é o de irritabilidade generalizada, e de distúrbios da alimentação e outras funções que podem, contudo, desaparecer clinicamente, mas apenas para aparecer de forma severa em estágio posterior. (p.134)

Entende-se com isto, que a falta de uma experiência de vínculo no período inicial, levaria o bebê a mobilizar defesas contra a realidade desconhecida, e que no momento, ainda não teria condições de lidar sozinho. Se o ambiente é percebido por ele como invasivo e ameaçador, pode levá-lo a interromper o processo de amadurecimento pessoal, pela necessidade de se proteger. As vivências dessas experiências traumáticas podem acarretar reações que o conduzam à interrupção do estabelecimento do *self*, instaurando um processo de ruptura da personalidade do indivíduo, gerando insegurança ao meio e ansiedades muito primitivas (Winnicott, 1983).

Se não há uma boa integração nessa relação, o bebê encontra-se desamparado, podendo ocorrer falhas na formação do próprio eu, ou ainda, esconder-se atrás de uma falsa identidade, quando o funcionamento do bebê passa a ser baseado nos desejos da mãe, por meio do falso *self* (Winnicott, 1980). E estas podem vir em decorrência de uma série de questões tais como no caso de uma mãe invasiva, que acaba forçando o bebê a comer, por acreditar que ele esteja com fome. Desta forma, o ato de mamar acaba não sendo algo prazeroso, cria tensões na criança e pode vir a influenciar no comportamento alimentar. Dentre outros fatores que podem interferir no percurso do desmame, é a apatia, depressão

pós parto ou outros problemas psicológicos que acabam não permitindo com que a mãe envolva esse bebê e ofereça o que precisa (Reichert, 2009).

De forma semelhante à teoria winnicottiana, Kohut (em Nichols & Schwartz, 2007) também descreve a importância das relações objetais no desenvolvimento e formação do *self*, na qual denominou de Psicologia do *Self*. O autor considera que o bebê não percebe seus pais como algo em separado de si, mas enquanto *self-objeto*, e os entende como parte do seu próprio *self*. Em casos de interferências nesse processo de desenvolvimento, perdura a versão mais primitiva do *self*. Todas as experiências terão impacto no desenvolvimento, que pode ser lento, alterado ou nunca vir a se manifestar (Winnicott, 2006). Segundo Dias (2003), quando não há o estabelecimento da realidade subjetiva, não há prosseguimento nas conquistas do amadurecimento, as habilidades não se desenvolvem somente com o processo inato de maturação, sendo primordial uma adaptação suficientemente boa.

Para Winnicott (1990), mesmo que nos períodos iniciais a provisão ambiental não tenha ocorrido de forma satisfatória ou como se esperaria que fosse, mediante outros eventos ambientais durante a vida, o indivíduo poderá corrigir as falhas e romper com o bloqueio que dificultava o processo de amadurecimento, e com isso, o verdadeiro *self* pudesse aflorar. Fazendo referência ao que Carneiro (2018) recitou

A maneira como o indivíduo vai possibilitar o surgimento do *self* verdadeiro está diretamente relacionado a sua história de vida, as possibilidades que teve e que permitiram que ele pudesse ser ele mesmo ou o oposto quando ele precisou utilizar constantemente o falso *self* como defesa diante de retaliações, punições e anulações de si mesmo. A dificuldade de constituir um ego pessoal, vivenciar o *self* verdadeiro acaba por favorecer uma imensa limitação em dominar os instintos e a defrontar-se com todos os desafios inerentes à vida. (p.11)

De acordo com Cambuí e Neme (2014), através das dores psíquicas direcionadas ao corpo e ao modo de se comportar, evidenciam-se a perda e a impossibilidade de existência real do indivíduo no mundo. O sofrimento psíquico não seria somente definido como inquietação, mas em estruturas mais patológicas, pode representar a manifestação dos processos de fragmentação do ser, do estabelecimento de estruturas subjetivas frágeis e da fragilidade da vivência subjetiva, sendo ele caracterizado pela incapacidade de elaboração de experiências traumáticas, que de alguma forma, afetaram no desenvolvimento da constituição psíquica (Liebermann, 2010; Magdaleno, 2010). A impossibilidade de se constituir psiquicamente, devido a privações na experiência de vinculação, leva o indivíduo

a um intenso desamparo emocional. É por meio de sentimentos de vazio, falta de sentido, e de uma vida sem significados, que o sofrimento psíquico pode ser identificado pela presença também do falso *self* (Winnicott, 1994).

### **Fenômeno da compulsão alimentar**

Desde o nascimento, a alimentação tem um histórico de afetividade, ela representa afeto, e é através da boca que o bebê conhece o mundo a sua volta, que sente o calor e a receptividade da mãe em acolhê-lo. O ato de comer remete às relações mais primitivas, ao primeiro objeto de amor, a mãe. O alimento gera prazer, e a experiência adquirida neste contato, fica registrada no inconsciente como algo que lhe ampara, e dá segurança. Muitas vezes na vida adulta a comida acaba sendo utilizada para preencher algo que é da ordem emocional, proporcionando alívio de ansiedades, e conforto em situações difíceis. O sujeito aprende, inconscientemente, que a comida lhe sacia de alguma maneira, e é através do comer compulsivo, que ele se defende de suas frustrações, tristezas e medos (Kirch, 2017).

A alimentação como ato nutricional diferencia-se do comer, pois enquanto na primeira, o alimento é tido como fonte de nutrientes, na outra é visto como um ato social. A compulsão de comer passa a ser percebida como uma dificuldade de separar emoções de comida, afeto de fome. A fome acaba assumindo várias dimensões, podendo expressar-se como vontade ou insaciabilidade incontrolável. Quando a comida preenche as necessidades emocionais, a saciedade pode não ser identificada e facilmente ignorada fisiologicamente (Wajnryb, 1993).

Com frequência, os indivíduos associam o alimento a uma forma de alívio e/ou compensação do sofrimento. O ato de comer se apresenta muito entrelaçado à sensação de alívio de sentimentos de ansiedade, raiva ou frustração (Barros, 1997). No momento em que a comida é utilizada para preencher algo que é da ordem emocional, é eficaz somente por um determinado período, retornando em forma de culpa. Segundo Castillo (1990), “quando o alimento é usado de forma inadequada, como para suprir diferentes estados emocionais, dificulta-se a diferenciação dos estados emocionais de sinais fisiológicos, como a fome” (p.9). Assim, o sujeito utiliza-se dela para se defender de suas dificuldades emocionais, e por consequência, se torna dependente dela. A frequência com que esse ato ocorre, é que vai descrever ou não a existência da compulsão alimentar.

A compulsão alimentar é caracterizada por episódios de descontrole alimentar, nos quais há uma ingestão desenfreada e pesada de alimentos, seguida de uma ressaca moral e

de sentimentos de reprovação e culpa. Estes três critérios, que seriam a quantidade, a duração e a perda de controle definem a compulsão alimentar, sendo que esse transtorno é a recorrência dos episódios, uma vez que para ser enquadrada com essa derivação patológica, deve ocorrer pelo menos uma vez por semana, no período de três meses (Silva, 2005). De acordo com França (2010), a ausência de controle encontrada na compulsão alimentar, pode estar relacionada aos sintomas de depressão e insatisfação corporal, pois através de estudos realizados, constatou-se a presença de sentimentos de solidão, tensão, tristeza e outros, anteriores a uma ocorrência de episódio de descontrole.

De acordo com o Manual Estatístico e Diagnóstico dos Transtornos Mentais (DSM-5, 2013), o transtorno de compulsão alimentar é caracterizado por uma ingestão de grandes quantidades de alimentos, em pouco intervalo de tempo (cerca de duas horas), acompanhado da sensação de perda de controle. Para ser enquadrado como transtorno, além da frequência dos episódios, eles precisam necessariamente estar associados a três ou mais dos seguintes critérios: comer mais rapidamente que o normal; comer até se sentir desconfortável; ingerir grandes quantidades de alimento mesmo sem fome; comer sozinho por vergonha e/ou sentir-se deprimido e culpado.

A intensidade quanto à gravidade deste transtorno define-se pela frequência dos episódios, variando desde leve até extrema. Na leve, as compulsões ocorrem de uma à três vezes por semana. Na moderada, quatro à sete episódios por semana. Na grave, variam de oito à treze episódios por semana, e na extrema, quatorze ou mais episódios de compulsão alimentar por semana. Dentre os demais critérios diagnósticos, é necessário que a compulsão alimentar seja caracterizada por um sofrimento marcante, sendo geralmente acompanhada de um sentimento de vergonha e ocultação de sintomas. Afeto negativo, estressores pessoais, sentimentos negativos com relação ao corpo e restrições dietéticas são alguns dos estímulos desencadeadores dos episódios (DSM-5, 2013).

Por diversos anos, pensava-se que a compulsão se associava com a bulimia nervosa, tendo sido nomeadas enquanto uma só categoria inicialmente. Os primeiros episódios de compulsão alimentar foram observados em indivíduos obesos e descritos por Stunkard, em 1959. Em 1980, “bulimia” foi o termo utilizado para denominar a síndrome de compulsão alimentar, com ingestão excessiva de alimentos, seguida ou não, de indução de vômitos. Em 1987, passou a ser chamada de “bulimia nervosa”, modificando critérios diagnósticos e tornando obrigatória a presença de métodos compensatórios. Na década de 90, estudos constataram a presença de um quadro clínico diferente do que havia sido visto até pouco tempo atrás. Indivíduos em tratamento para perda de peso, apresentavam compulsão

alimentar, mas não faziam uso de mecanismos compensatórios, divergindo também de algumas das características da bulimia nervosa. A partir deste fato, considerou-se a incorporação de critérios diagnósticos para o transtorno de compulsão alimentar e percebeu-se que embora se assemelham em razão de alguns critérios, tais como a ingestão de grandes quantidades de alimento, seguidas do sentimento de culpa, são transtornos diferentes e precisam ser distinguidas como tal (Claudino, Mari, Kaio & Palavras, 2011).

De acordo com Silva (2005), no transtorno de compulsão alimentar não ocorrem comportamentos compensatórios, como no caso da bulimia nervosa, em que os indivíduos recorrem a determinados tipos de comportamento para evitar o ganho de peso, tais como os purgativos, que seriam a indução ao vômito, uso de laxantes, diuréticos, anorexígenos, atividade física excessiva e jejum. Na bulimia, o paciente sucumbe a episódios de compulsão alimentar, na qual ingere grandes quantidades de comida num curto intervalo de tempo, e para neutralizar os efeitos, utiliza-se de métodos compensatórios.

Identificou-se, também, na literatura, associações entre a compulsão alimentar e a obesidade, em razão do alto consumo de calorias ingeridas a cada refeição. Sabe-se que atualmente, a obesidade é considerada um dos maiores problemas de saúde pública no mundo, relacionado a fatores ambientais e genéticos (Carneiro, 2018). Mas, ela não é critério diagnóstico para o transtorno de compulsão alimentar, pois não necessariamente, todo o indivíduo obeso apresenta o transtorno, sendo a taxa de prevalência de 33% a 43% (Silva, 2005; Rezende, 2017).

O fenômeno da compulsão alimentar também pode estar relacionado a uma intensa valorização do corpo, que por meio da publicidade em torno dos padrões de beleza, faz com que indivíduos adotem práticas que o levarão a ter o corpo perfeito. De acordo com Carneiro (2018), “vivemos em um mundo com tendências adoecedoras que primam pelo alto consumo, pelo ter em detrimento do ser” (p.4), e da mesma forma em que a sociedade vende o excesso, cobra poucas calorias e um corpo magro. Segundo Lange e Silva (2010), “os indivíduos perseguem desesperadamente uma perfeição corporal provisória e, ao mesmo tempo, acumulam um vazio enquanto seres humanos, porque indiretamente sabem que essa busca por uma imagem corporal ideal, no mundo contemporâneo, não chega a um fim.” (p.45). Além do público feminino ser o maior alvo dos transtornos alimentares, em especial da compulsão alimentar, pelas dietas, às vezes restritivas, de acordo com Cunha, Fernandes, Manochio-Pina e Pessa (2018), tem-se percebido um aumento acentuado de homens na busca por métodos para melhorar a imagem corporal, dentre eles atividades físicas e dietas.

Segundo Fernandes (2002) e Lazzarini & Viana (2006), o corpo, em sua totalidade, opera segundo a biografia de cada sujeito, considerando as vivências e experiências adquiridas durante a vida, não se restringindo somente a concepção de organismo, mas sendo algo subjetivo e mais adiante das queixas somáticas. Quando um corpo não corresponde ao padrão de beleza socialmente imposto, o indivíduo se percebe perdido dentro de seu próprio eu, e é neste período em que as angústias, medos, dificuldades e dúvidas começam a ganhar forma, tanto na psique quanto no físico. Segundo Kirch (2017), “o vazio passa a ser tão grande que a única solução visível no momento é o ato de comer, e comer compulsivamente procurando assim uma forma de satisfação e aceitação de si mesmo.” (p.8)

Freud (1920/1996) discorre sobre a compulsão como sendo uma falha do ego na repressão de um impulso instintual indesejável. O sujeito estaria sempre em busca da reexperimentação de suas primeiras vivências de prazer ou desprazer, inscritas no inconsciente ainda na infância. Da mesma forma que é prazerosa para um sistema, é desprazerosa para outro, como se, o que anteriormente foi repulsa, se tornasse um pólo de atração. O empenho em repetir experiências desagradáveis, baseada em processos inconscientes sobre conteúdos reprimidos, é denominado de compulsão à repetição, e suas manifestações denotam elevado nível de caráter instintual. Segundo o autor

Um instinto é um impulso, inerente à vida orgânica, a restaurar um estado anterior de coisas, impulso que a entidade viva foi obrigada a abandonar sob a pressão de forças perturbadoras externas, ou seja, é uma espécie de elasticidade orgânica, ou, para dizê-lo de outro modo, a expressão da inércia inerente à vida orgânica. (p.24)

De acordo com a primeira tópica freudiana, a compulsão à repetição ocorreria, pois, a pulsão recalcada insiste em satisfazer-se de maneira completa, consistindo na repetição de experiências primárias prazerosas, reduzindo uma tensão, e criando meios que evitem o desprazer. Na segunda tópica, a repetição tem caráter de compulsão, estando interligada ao funcionamento da pulsão de morte, que se refere a uma pulsão desligada, com tendência à destruição, desvinculada de qualquer representação, prezando um retorno para um estado inorgânico (Freud, 1920/1996). A pulsão é, então, um impulso de restauração de um estado anterior e pode ser da ordem de autoconservação, em que o alvo seria a ingestão do alimento, como também, de uma pulsão sexual, quando o prazer é adquirido através da zona erógena oral (Gomes, 2001).

Na repetição, tem-se também o recalque, que é uma defesa produzida pelo ego de pulsões que lhe são ameaçadoras. Segundo Barbosa Neto (2010),

o ego, não podendo se livrar da pressão exercida pelo fluxo pulsional, cria um mecanismo de mediação que inviabiliza seus efeitos: permite o retorno do recalado dissimuladamente, em forma de ato, um dos meios possíveis de manifestar sem que se revele à consciência (p.22).

O recalque não irá alterar o representante pulsional, mas interferir sobre a relação deste com o sistema consciente, a fim de evitar o desprazer. E a repetição vem com a função de apaziguar forças opostas no aparelho psíquico. Dito de um outro modo, ela proporciona um alívio pela expressão do recalado, e da mesma forma, protege o ego de sensações de desprazer, mantendo o recalque (Barbosa Neto, 2010).

Por sua vez, a compulsão terá relação direta com o retorno do recalado, que corresponde a uma aproximação do indivíduo com algum aspecto do passado, inconscientemente. Enquanto não for possível ressignificar este algo, a repetição persiste gradativamente, circulando no mesmo ponto, de forma idêntica, e manifestando-se através de sintomas (Freud, 1920/1996). De acordo com Freud (1917/2014) “os sintomas devem ser propriamente entendidos, portanto, como satisfação substitutiva para o que faltou na vida” (p.102). Assim, resultantes de um impulso psíquico que tentou acessar a consciência, mas devido ao mecanismo de repressão, permaneceu inconsciente.

Por isso, Fontes (2014) destaca que a compulsão alimentar não deve ser entendida somente como uma patologia orgânica, que atinge o corpo físico e gera comprometimentos à saúde, mas como um fenômeno associado também à estrutura psíquica e ao funcionamento do indivíduo. É imprescindível um trabalho interdisciplinar, reconhecendo a função psicológica dos sintomas alimentares, acessando emoções e sentimentos ligados ao ato de comer compulsivamente, e propiciando ao sujeito, um novo modo de relacionar-se com o alimento e com o corpo. É fazer com que através da fala, o sujeito elabore um saber acerca da compulsão, e construa para ela um novo sentido (Fontes, 2014).

### **Sofrimento psíquico em mulheres com compulsão alimentar**

De acordo com Magalhães (2009), na compulsão alimentar o sofrimento psíquico circula em torno do corpo, ou seja, é por meio dele que a dor acaba sendo expressa. As mulheres que apresentam o transtorno e estão acima do peso, geralmente se preocupam mais com o peso e com a forma do corpo, possuindo também uma imagem corporal negativa e intensos impulsos para comer excessivamente. Diferenciam-se de obesas não compulsivas

pois sofrem maior angústia psicológica, altos níveis depressivos, baixa autoestima, ansiedade, transtornos de personalidade, síndrome do pânico, entre outros (Bernardi, Cichelero & Vitolo, 2005).

Segundo Penna (1989), no momento em que a mulher se sente mal por não estar bonita diante do outro, pode ocorrer perdas na insegurança e na autoestima, acumulando-se culpa, ansiedades e frustrações, geradoras de sofrimento psíquico. É importante que se compreenda a relação que as mulheres tem estabelecido consigo mesmas, suas dificuldades e outros fatores tais como a autopercepção de si mesmas e de seu corpo, a presença de traumas ou marcas da infância, para melhor entender de que maneira isso pode estar influenciando ou não na condição apresentada, e conseguindo ir em direção a caminhos que interrompam o ciclo vicioso da compulsão.

Na compulsão alimentar, o sofrimento psíquico tem sido percebido através da depressão, por exemplo, que denota algum efeito da privação vivenciada no período inicial de vida (Reichert, 2009). Segundo Aiello-Vaisberg (2003), toda expressão de sofrimento é uma experiência humana, e diante da frequência desse sofrimento presente na clínica atual, como a desrealização e despersonalização, precisa-se pensar sobre a problemática do ser. Esses fenômenos podem ser percebidos nas mulheres que não se sentem inteiras dentro de seu corpo, não conseguem experienciar suas próprias ações ou o mundo entorno validados de algum sentido. Isso está relacionado com os aspectos mais primitivos de estados de não integração, ou daquelas que não puderam ser vivenciados de maneira sustentada, na infância (Aiello-Vaisberg & Medeiros, 2010).

Deste modo, o falso *self* descrito pela teoria winnicottiana, apareceria então, através de sintomas, e de sentimentos como apatia, indiferença e insuficiência, resultantes, muitas vezes, de mecanismos de defesa acionados pela mulher em busca de um amparo ou por ansiedades. Sentimentos como baixa autoestima e perda de habilidades laborais, também podem trazer sérias consequências para a identidade do sujeito, sendo geradoras de intenso sofrimento. Além disso, a angústia pode de alguma maneira interferir na qualidade de vida, vindo acompanhada de sentimentos de inutilidade, inexistência e queixas como falta de sentido na vida (Cambuí, 2013).

Os sintomas, portanto, são resultado de um conflito, que se manifesta em virtude de um método de satisfazer a libido, sendo também uma forma distorcida de retratar a satisfação de um desejo libidinal inconsciente, e substituto de uma satisfação frustrada, agindo na regressão da libido a fases anteriores. Eles apresentam um caminho de constituição que

remete à satisfação libidinal relacionada à vida infantil do indivíduo, e são uma forma de retorno do recalcado, ocorrendo devido à fixação da pulsão em satisfazer-se, exigência que nunca é totalmente realizada (Freud, 1925/1990). De acordo com o autor, “um sintoma é um sinal e um substituto de uma satisfação instintual que permaneceu em estado jacente; é uma consequência do processo de repressão.” (p.58). A repressão, por sua vez, opera quando o ego se nega a fazer associações com uma catexia de instintos provocados pelo id, impedidos de adentrar no consciente. Ela corresponde a uma experiência de fuga, pois “o caso retira sua catexia (pré-consciente) do representante instintual que deve ser reprimido e utiliza essa catexia para a finalidade de liberar o desprazer (ansiedade)” (p.59).

Segundo Marini (2016), as falhas na constituição do processo de subjetividade devido ao investimento materno precário, levariam posteriormente a uma simbiose entre a figura materna e sua filha. E ego, por sua vez, com a finalidade de manter o equilíbrio psíquico e evitar desorganizações, aciona defesas que acabam sendo demonstradas no corpo e na relação com a comida, sendo o sintoma manifesto considerado aquilo que o indivíduo apresenta, a compulsão alimentar.

Para Freud (1925/1990), “o ato de nascer é a primeira experiência de ansiedade, sendo assim a fonte e o protótipo da sensação de ansiedade.” (p.54). Ela surge, então, como um meio de resposta encontrada pelo ego para proteger-se de ameaças de acontecimentos traumáticos. Quando não exagerada, é considerada um estado natural da condição humana. Segundo Grebb, Kaplan e Sadock (1997), mulheres com ansiedade exacerbada demonstram dificuldade de compreender suas preocupações como exageradas, relatando sofrimento diante da falta de controle emocional. Segundo Freud (1914/1996), quando a fome parece insatisfeita, ela se transforma num imperativo, e só pode, portanto, ser aliviada por alguma atividade que a satisfaça, pois ela permanece numa contínua tensão de necessidade. A repressão por sua vez, não aparece nos momentos em que a tensão criada pela falta de prazer do impulso é elevada a níveis insuportáveis. A repressão é, portanto, uma fuga ao desprazer, e por intermédio dela, há uma divisão entre ideia e afeto, na qual o afeto assume uma essência de ansiedade. Segundo o autor,

Ou o instinto é inteiramente suprimido, de modo que não se encontra qualquer vestígio dele, ou aparece como um afeto que de uma maneira ou de outra é qualitativamente colorido, ou transformado em ansiedade [...] Se uma repressão não conseguir impedir que surjam sentimentos de desprazer ou de ansiedade, podemos dizer que falhou, ainda que possa ter alcançado seu propósito no tocante à parcela

ideacional. Evidentemente, as repressões que falharam exercerão maior influência sobre nosso interesse do que qualquer outra que possa ter. (p.91)

Deste modo, entende-se que, o instinto é inerente ao corpo, sendo também uma fonte de estimulação, e tem por finalidade amenizar essa estimulação por intermédio de algum comportamento, que no caso da compulsão alimentar, seria pelo ato de comer (Schultz & Schultz, 2019). No sofrimento causado pelo comer compulsivo, é possível encontrar as fixações e as regressões também relacionadas às experiências emocionais, em que prepondera as inúmeras possibilidades de compulsão à repetição (Figueiredo, 2017). E, segundo a teoria winnicottiana, retrataria os impactos das relações iniciais e das falhas estabelecidas.

O sentimento de culpa vivenciado após uma ingestão desenfreada de alimentos, parece associar-se também à emoção de tristeza, na medida em que ambas se relacionam com o processo de amadurecimento (Winnicott, 1990). A culpa também está ligada ao desejo recalçado, enraizado no conflito entre o ego e o superego, marcados pelo julgamento e condenação. Freud (1915/2006) ressalta que é intrínseco dos processos inconscientes, que o desejo seja entendido como realidade. É uma vivência que deixou algum indício na memória. Repete-se aquilo que não se superou, e é resquício do passado, o indivíduo não consegue lembrar delas, pois, as recalçou, e as manifesta através do comer compulsivo (Rocha, citado por Barbosa Neto, 2010). Segundo Kahtalian (2010), a procura por determinados alimentos vai ao encontro a “apaziguar e restaurar um equilíbrio precário dos aspectos narcísicos do *self* fragilizado, dependente e esvaziado.” (p.372). É por meio da boca e da introjeção dos alimentos, que o indivíduo se defende das angústias, utilizando a comida também como um ansiolítico para se acalmar diante de eventos estressores ou compensar dificuldades de lidar com frustrações.

Kahtalian (2010) considera que no momento em que, durante a infância, há a procura do bebê pelo seio da mãe, não estaria somente associado a uma satisfação alimentar, mas, numa divisão de experiências e vivências de amor, frustração e aprendizado, que são entendidas como geradoras de prazer ou desprazer, construindo as bases de rejeição e aceitação. Conforme Freud (1917/2014),

o primeiro objeto do componente oral do instinto sexual é o seio materno, que satisfaz a necessidade de alimentação do lactente. No ato de sugar, o componente erótico que é igualmente satisfeito se faz autônomo, abandona o objeto exterior e o substitui por um local do corpo. (p.111)

Desta forma, a primeira atividade exercida pelo bebê é mamar no seio, e por meio da satisfação da zona erógena, faz associações do ato de sugar com a necessidade do alimento, que inicialmente, é o leite (Freud, 1905/1996). O que trará para o bebê sensação de saciedade é o conjunto alimento e afeto, pois além de propiciar a nutrição, a mãe tornar-se-ia uma fonte de aconchego. Pela via da oralidade, o alimento remete às primeiras fases do desenvolvimento e da dependência absoluta (Franco, 2013).

Na medida em que o bebê vai se desenvolvendo e consegue identificar-se com esta mãe, ocorreria os processos de ilusão e desilusão, necessários para o desenvolvimento emocional. O bebê acaba tendo a fantasia de que ele e sua mãe são um ser só, demonstrando sentimentos de onipotência, e quando ocorre a desilusão, começa a se dar conta de que o seio não é criação. Estas seriam apenas uma das primeiras experiências que o bebê tem, sendo os sentimentos de ilusão considerados o cerne da saúde mental, oportunizando o indivíduo a dar significado para sua existência, e tendo recursos para lidar com frustrações futuras e adversidades da vida (Winnicott, 1951, em Pombo Filho, 2014).

Mas, caso não tenha sido oportunizado ao indivíduo uma infância com uma maternagem boa, ele se sentirá perdido, preso em seu próprio corpo, demonstrando dificuldades de reconhecer suas próprias emoções e sentimentos, dificuldade de lidar com os mesmos e com as adversidades da vida. Enquanto manifestação do falso self, pode-se considerar também o sobrepeso (Carneiro, 2018).

É pertinente ressaltar que o sofrimento não se dá somente em âmbito do falso *self*, mas também, ocorre quando o sujeito desenvolveu um *self* verdadeiro, uma vez que, ele é considerado uma experiência pessoal, egocêntrica e de grande complexidade, que engloba eventos intensos percebidos como negativos ou ameaçadores (Rodgers & Cowles, 1997). A forma como ele se coloca diante do mundo, é o que possibilitará a continuidade do seu ser. Para Winnicott (1967/1999), “ser e se sentir real dizem respeito essencialmente à saúde, e só se garantirmos o ser é que poderemos partir para coisas mais objetivas” (p.18).

Assim sendo, o sofrimento integra a vida do indivíduo, e em muitos contextos, a comida é utilizada para manter esse equilíbrio psíquico. Perez (2004) descreve que o alimento pode acabar cumprindo funções que não condizem apenas com nutrição orgânica, tais como, a compensação psicológica e a obtenção de vivências prazerosas. O indivíduo que tem compulsão alimentar, acaba por vivenciar sentimentos desagradáveis e conflituosos, além da vergonha, da raiva e do medo (Espíndola & Blay, 2006). De acordo com Carneiro (2018), “os sintomas criados pelo sujeito mantêm de alguma forma a sustentação do falso

*self* e do mal estar” (p.8). De forma com que, a forma como esse indivíduo se posicionou a vida inteira diante de si e do outro, interfere na relação estabelecida com a comida.

## MÉTODO

### Delineamento

O delineamento refere-se ao planejamento de pesquisa mais amplo, que envolve a análise e interpretação dos dados, considerando o ambiente em que os dados são coletados e as formas de controle das variáveis envolvidas. É a etapa em que o pesquisador leva em conta os meios técnicos para a investigação (Gil, 2008).

Para a realização do presente estudo, optou-se por uma pesquisa qualitativa, que se trata de uma pesquisa atenta para os fatores da realidade não passíveis de serem quantificados, com foco no entendimento e na descrição da dinâmica das relações sociais (Gerhardt & Silveira, 2009). Segundo Godoy (1995), “é a obtenção de dados descritivos sobre pessoas, lugares e processos interativos pelo contato direto do pesquisador com a situação estudada, para compreender os fenômenos segundo a perspectiva dos sujeitos, ou seja, dos participantes da situação em estudo” (p.58).

A pesquisa se apresenta enquanto do tipo exploratória e interpretativa. Quanto ao cunho exploratório, o propósito é de tornar o problema explícito, tornando-o familiar e passível de análise de diversos aspectos do estudo. Será também, do tipo interpretativa, uma vez que o pesquisador tem a liberdade de selecionar os dados, buscando o significado das situações para as pessoas e os efeitos deste para sua vida, preocupando-se com o processo e não somente com o resultado (Gerhardt & Silveira, 2009).

### Fontes

Como artefato cultural foi utilizado três episódios do *Reality Show* “Quilos Mortais” (My 600 lb Life), procedente dos Estados Unidos, que atualmente vem ao ar pelo canal de televisão TLC (Travel and Living Channel), pertencente ao Discovery Channel. Os episódios também podem ser encontrados e acessados pelo *Youtube*. Trata-se de um programa médico no qual, os participantes apresentam obesidade mórbida e precisam urgentemente perder peso como única forma de sobrevivência. São orientadas pelo doutor Nowzaradan e todo o tratamento anterior à cirurgia bariátrica é feito com ele. Pode-se visualizar que a compulsão alimentar não é o foco do programa em si, mas pode ser identificada através das histórias de vida e da relação que os indivíduos estabelecem com a comida, por meio do comportamento alimentar.

Os critérios que justificam a escolha deste artefato visam elucidar aspectos da compulsão alimentar presentes nos episódios, e o sofrimento psíquico, que a maior parte dos participantes traz em seu discurso. Por meio da observação de comportamentos que elucidam os sintomas, pretende-se, também, compreender de que forma o sofrimento se dá nestes indivíduos, e como a compulsão alimentar aparece.

### **Instrumentos**

Os dados para análise foram coletados a partir de recortes de três episódios do Reality Show “Quilos Mortais”, os quais abordam a compulsão alimentar e o sofrimento psíquico expressos pelos sentimentos desagradáveis frente à vida e a si mesmas. Para a organização das informações e dos dados, utilizou-se como recurso a construção de uma tabela, com partes específicas que apresentam indicadores da temática trabalhada. Esta, tem como função reunir o que foi encontrado, dando destaque a características e informações completas em si, com intenção de estabelecer e tornar claros os itens a serem discutidos (Laville & Dionne, 1999).

### **Procedimentos**

Inicialmente, foi elaborada a formulação do problema de pesquisa, bem como, os objetivos. Posterior a isso, a busca por artigos científicos presentes nas bases de dados, leitura dos mesmos, e de livros que abrangem o tema em questão, para a produção da revisão de literatura. Essa busca por artigos ocorreu especialmente nas bases de dados: *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Portal de Periódicos Eletrônicos de Psicologia (PePSIC), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Portal de Periódicos da CAPES. Os descritores que serviram como base foram: sofrimento psíquico, teoria winnicottiana, falso *self*, constituição psíquica, dependência, compulsão alimentar, pulsão, compulsão a repetição.

Em seguida, selecionou-se o artefato cultural que pudesse atender ao problema de pesquisa. Com a finalidade de uma melhor compreensão do tema, foram realizados os recortes de três episódios do Reality Show “Quilos Mortais”, em que é possível perceber o sofrimento psíquico e a compulsão alimentar nesses indivíduos, tornando possível identificá-los através das falas, sintomas e comportamentos observáveis. Para tanto, fez-se necessário visualizar os episódios diversas vezes, averiguando quais cenas se adequavam ao estudo,

agrupando-as de acordo com o tema, organizando em categorias de análise para que a discussão fosse possível.

### **Referencial de Análise**

Para a exploração de dados, foi utilizada a análise de conteúdo baseada em Laville e Dionne (1999), uma vez que ela pode ser utilizada para uma diversidade de materiais, possibilitando abordar vários objetos de investigação e permitindo com que o pesquisador explore os conteúdos quando for analisar o material. Ela consiste, portanto, em “desmontar a estrutura e os elementos desse conteúdo para esclarecer suas diferentes características e extrair seu significado” (Laville & Dionne, 1999, p.214).

As categorias analíticas foram definidas *a posteriori*, com a finalidade de responder ao problema de pesquisa. O modelo de análise utilizado é o modelo aberto, na qual as categorias foram elencadas ao longo da análise. Para as estratégias de interpretações qualitativas foi utilizado o emparelhamento, correlacionando os dados recolhidos nos episódios a um modelo teórico, comparando-os (Laville & Dionne, 1999).

## RESULTADOS

Tabela 1. Categorias de análise e recortes do artefato cultural

CATEGORIAS	RECORTES DO ARTEFATO
<b>1-Ambiente inseguro na infância</b>	<p>A) Jeanne relata que teve uma infância difícil, vivia com medo, seu pai foi ausente e a mãe trabalhava em dois empregos. Enquanto isso, ela ficou sob os cuidados da avó materna, até seus doze anos, e esta era extremamente abusiva e cruel, lhe batendo com cabides de metal e quaisquer objetos que encontrava pela frente. Como forma de se vingar dela, roubava e bebia refrigerantes, o que considerava como algo bom, mas com o tempo, passou para lanches e salgadinhos. Quando algo ruim acontecia, ela procurava a comida, e quando comia, se sentia melhor. A avó, por sua vez, criou novas maneiras de puni-la, e uma delas era fumando cigarros, fazendo com que Jeanne fumasse também quando ainda criança. Afirma que se o pai estivesse presente na infância, nada disso teria acontecido. Sua mãe conta que, na infância ela tinha um apetite insaciável, chorava o tempo inteiro querendo comer e sempre era atendida.</p> <p>B) Holly, após demonstrar muitas dificuldades no processo de emagrecimento, é encaminhada para psicoterapia, onde relata para a psicóloga que, durante a infância, sentia-se presa à alguma coisa, sem ter para onde ir. A psicóloga a questiona, perguntando se existia um lugar seguro para ela, e Holly disse que não havia segurança para ela. Na infância, quando Holly se sentia sozinha, sabia que não podia contar com os pais para nada, e a única amiga que procurava era a comida. Quando tinha medo de algo, procurava alguma coisa para comer. A psicóloga lhe pergunta qual é o tipo de conversa que ela costuma ter consigo mesma, e Holly afirma ser boa em pensar coisas negativas. A psicóloga diz que agora é um momento dela se reprogramar para que tudo fique alinhado e ela consiga expulsar esses pensamentos negativos da mente, sendo um momento de falar com mais carinho e amor consigo mesma, pois somente assim conseguirá superar a alimentação compulsiva.</p>
<b>2-Vínculos dependentes e independentes</b>	<p>C) A mãe de Jeanne aparece limpando-a, após ela fazer suas necessidades no sanitário portátil. Ela conta que há dois anos atrás caiu no banheiro, e que foi algo terrível, pois demoraram para conseguir tirá-la de lá. Desde então, sua mãe lhe dá banho de tigela e uma toalhinha, pois não consegue mais fazer isso sozinha. Logo após, aparece sentada ao seu lado da filha numa outra poltrona, pedindo que ela avise quando quiser tomar um café, e de imediato</p>

ela faz a solicitação para ela. Além do café, a mãe retorna com uma porção grande de ovos, batata, ketchup e carnes.

D) Holly está sentada na mesa enquanto que sua mãe está preparando o almoço. A mãe lhe pergunta se pode fazer quatro hambúrgueres, ela responde indagando se a mãe poderia fazer seis, e ela afirma que tem a quantidade necessária para fazer oito. Ela pede que ela faça os oito então. Holly relata que se sente feliz com a mãe, por ela não estar mais fazendo questão que ela perca peso. Já a mãe, conta que sabe que é uma facilitadora, mas por ela estar o tempo inteiro com fome e para não a ver arrasada e mantê-la feliz, ela acaba mimando-a e prejudicando-a.

E) Holly e seu marido estão se preparando para almoçar. Ele traz um prato só de saladas para ela. Ela pergunta se só ela iria comer ou se ele a acompanharia. Ele responde que só ela, e enquanto ele vai preparando seu sanduíche, ela faz um desabafo. Para ela, a parte mais difícil é a dieta, porque tem sido muito duro largar da comida que ela tanto ama e que a faz sentir bem. Está lutando muito com isso porque a comida sempre foi o seu apoio e confortou-a a vida toda, mudar isso de uma hora para outra não é algo tão fácil. Para ela, o que torna tudo ainda mais difícil é o fato de seu marido e seus pais não fazerem a dieta com ela, e ter essas tentações perto dela. Alguns dias sente-se muito solitária e deprimida. Quando o marido retorna, ela fala para ele que seu sanduíche parece estar mais saboroso que a sua salada, e ele responde afirmando que não pode discordar dela

F) Após a cirurgia bariátrica, que ocorreu no quarto mês de tratamento, pela Amber ter conseguido perder 8kg, ela aparece caminhando nos corredores do hospital com toda a sua família ao lado. Praticar exercício é algo que lhe foi exigido para uma melhor recuperação e prevenção no desenvolvimento de coágulos. Porém, toda a família acaba tendo que fazer isso com ela, e ela relata que sabe que poderia fazer isso sem eles, mas que com eles ela sente que se esforça mais.

G) Amber aparece caminhando na rua, afirmando que está indo morar sozinha com o namorado, e afirma que lhe assusta o fato de os pais voltarem para sua casa, e ela ter que ficar sem eles. Relata que não se dá muito bem sozinha, e que precisa de um adulto segurando sua mão, embora o namorado continue estando com ela.

### **3-Sentimentos de fracasso, desespero e decepção**

H) Sentada no sofá, Jeanne relata que odeia a sua vida e sente que está vivendo o mesmo dia miserável por várias vezes. Ela sente que não está vivendo, mas ocupando espaço como uma peça de mobília. Relata também se sentir humilhada por ter quase 40 anos de idade, e ter que depender dos seus pais para fazer tudo por ela. Acredita que seria melhor para seus pais se ela não estivesse mais 'aqui' (em

vida), porque se tornou um fardo para eles, especialmente para a mãe, que precisa limpá-la todos os dias.

I) Amber sente que seus pais a veem como um fracasso, um erro que eles não podem corrigir. Faz associações com a infância, onde sempre foi acima do peso. Os pais contam que, de repente, a filha não queria mais trabalhar, dirigir, ficou depressiva e eles não compreendiam o que estava se passando. Ela relata que não se sentia mais gente, e o sentimento dela é de ter desapontado aos pais e a si mesma. A mãe acaba reforçando o que foi dito, dizendo que a filha se transformou na típica fracassada.

J) O pai de Jeanne dá algo para a filha comer, pela quarta vez, agora uma pizza com acompanhamento de carnes. Enquanto isso, a mãe dela relata que sua filha não tem vida, não fala com ninguém ao telefone, não sai de casa, não consegue fazer absolutamente nada. Se ela soubesse que as coisas teriam tido essa proporção, ela nunca engravidado, não porque não a ama, mas porque preferia morrer do que vê-la viver como está vivendo.

K) Enquanto Amber direciona-se para o banheiro, relata que às vezes pensa consigo mesma que nunca irá mudar. Sente-se presa, infeliz, um monstro nojento, sem esperanças. Ela não gosta de ser essa pessoa, de ser assim, e às vezes se sente tão desesperada, que seria melhor se nunca tivesse nascido.

L) Na psicoterapia, Amber fala para a psicóloga que a principal causa de todas as suas crises é o sentimento de decepção que carrega enquanto filha. A terapeuta lhe questiona se essa pressão quem coloca é ela ou sua família, e ela afirma ser ela mesma, por ter desperdiçado toda a sua juventude imobilizada e gorda demais, o que lhe causa muita raiva porque foi ela quem deixou isso acontecer e não pode consertar. A psicóloga a incentiva, dizendo que ela já está começando a consertar, e que não tem problema dela ficar com raiva, mas seu passado é seu passado, e se continuar vivendo somente nele, vai atrasar todo o seu progresso. No término da sessão, ela verbaliza que sua ansiedade tem mais haver com ela mesma do que com qualquer outra pessoa, pois ela mesma se critica, se vê como inútil e pensa em si como um fracasso.

#### **4-Comida representando vida**

M) Para Jeanne, comer é o único prazer que lhe resta na vida. Sem isso ela sente que não há mais nada. Ama o jeito que a comida a faz sentir e a felicidade a cada mordida. Mas no momento em que a comida acaba, e ela já comeu tudo, toda a tristeza volta e só consegue pensar em quando vai comer de novo. Por mais que tenha vergonha e queira mudar, a comida é a única coisa que existe para ela, tendo sido assim a vida inteira.

N) Amber está sentada na mesa, na hora do almoço, e conta que a relação que ela estabelece com a comida não é saudável, pois passa

muitas horas do dia preocupada com o que vai comer e quando pode comer. Fica na expectativa antes de comer, mas não é uma sensação agradável, é um sentimento de desespero e tristeza. Já tentou muitas vezes parar de comer do jeito que está comendo, mas continua acontecendo, e ela não consegue parar. Relata que mesmo que esteja empanturrada ainda quer comer qualquer coisa que está na sua frente. Sempre está com fome, e sente que passou do ponto em que poderia fazer algo diferente.

O) Holly afirma que quando está mordendo alguma coisa gostosa, todo aquele medo e dor que ela sente durante o dia desaparecem, mas no momento em que acaba, todo o sofrimento retorna de uma só vez, e não sabe como mudar isso. E por mais que tenha vergonha de ser assim não consegue parar. Relata que a única coisa que faz ela se sentir melhor é a comida, sendo sua única motivação para sair da cama. Não há somente um momento em que ela não queira comer, e a sensação que tem, é que é viciada nisso, sendo muito difícil de reconhecer.

#### **5-Indicativos de perda de controle e insucesso na dieta**

P) Holly, quando retorna para a clínica para a sua segunda consulta, constata que perdeu somente 13 kg em dois meses. Sente-se chateada e decepcionada consigo mesma. Quando o doutor entra na sala, ele pergunta para ela o que ela acha que pode ter acontecido por não ter emagrecido nem a metade do estipulado, e ela responde que estava medindo as suas porções a olho, comendo a mais do que imaginava. Ele lhe diz que para continuar neste peso, no mínimo, ela teria ingerido mais de cinco mil calorias diárias o que seria meio improvável, e ele pergunta novamente para ela o que ela pensa que poderia ter contribuído para a falta de progresso, ela responde que foi muito difícil porque na semana anterior teve muitos desejos e não conseguiu manter-se na dieta. Quando retornam para casa, se senta e chama o marido para pegar algo para comer, dizendo estar com fome. Ele responde que irá ver o que tem para comer na geladeira, lhe dando várias opções entre mix de folhas, mirtilo, queijo cottage e feijão verde. Ela fala que com todo esse estresse que passou só quer algo gostoso para se sentir melhor. Ela solicita um pedaço pequeno de torta de maçã, e enquanto ele a serve, ela fala que ainda tem momentos em que sai da dieta mesmo sabendo que não deveria, mas é a única maneira que conhece para lidar com as emoções.

Q) Jeanne, em sua segunda consulta, não entende como é possível ela ter perdido somente 11 kg em dois meses, sendo que se esforçou muito. Mas, nas cenas que aparecem durante as falas, ela demonstrou ter tido alguns deslizes, comendo alimentos que não poderia e de grandes porções. O doutor a questiona sobre o que pode ter acontecido, e ela diz que teve um dia só em que não conseguiu se controlar. Ele faz alguns cálculos dizendo que somente num dia ela não conseguiria chegar nesse resultado, mostrando a ela que passou dos limites. Ela diz que estragou tudo, que não fez a dieta direito, e

que pisou na bola. Diz que na próxima vez irá se esforçar mais, e provar para ele que está errado e que ela pode fazer isso.

---

## DISCUSSÃO

Para a discussão das categorias, iniciar-se-á com uma retoma do entendimento acerca de conceitos importantes de Winnicott, já mencionados ao longo da revisão de literatura, mas imprescindíveis para uma melhor compreensão da relação que ambas as personagens estabelecem consigo mesmas, com a comida e com seus familiares, desde períodos muito precoces de vida. Também serão realizadas possíveis associações entre o sofrimento psíquico, sentimentos de vazio e tristeza, com o descontrole alimentar e a ingestão calórica excessiva, que evidenciam uma alimentação compulsiva. É importante destacar que, este é um estudo que apresenta uma das visões possíveis de entendimento do assunto, podendo existir outras para além do que é abordado. Além disso, não há a pretensão de realizar um diagnóstico subjacente do sujeito e classificá-lo quanto ao tipo de estrutura psíquica, mas de apontar as características e expressões a respeito do tema em questão.

Winnicott (1987) postulou que o bebê já nasce com uma tendência inata ao amadurecimento, mas, para que este se desenvolva e se constitua psicologicamente saudável, é necessário a existência de um ambiente facilitador, com a presença de uma mãe suficientemente boa, que atenda às exigências do bebê, não somente fisiológicas, mas emocionais. Caso esse processo não ocorra, podem haver falhas importantes no desenvolvimento psíquico da criança, que diante do sentimento de desamparo irá mobilizar defesas e estratégias adaptativas ao ambiente que ainda é desconhecido e ameaçador.

Com relação à primeira categoria proposta, que se refere ao ambiente inseguro na infância, pode-se identificar nas cenas A e B, que Jeanne e Holly não se sentiam seguras, e um sentimento de solidão era vivenciado constantemente. Holly evidencia na cena B, que não podia contar com seus pais para nada, sendo que isso pode significar que não houve um estabelecimento de confiança para que ela se sentisse à vontade para falar dos seus problemas, constrangimentos e medos. Da mesma forma, na cena A, Jeanne conta que seu pai a abandonou quando ainda era pequena, e a mãe teve que trabalhar em dois empregos para conseguir se manter financeiramente, ficando ela sob os cuidados da avó materna. Sofreu constantes agressões físicas e psicológicas até os 12 anos de idade, a avó era quem cuidava dela, entretanto, a violentava e punia de diversas maneiras. Jeanne não conseguia verbalizar para a mãe o que estava acontecendo, pensava que se o fizesse, não teria credibilidade, e enquanto isso, sentia-se sozinha e acabava direcionando toda a dor e o sofrimento na comida, que era a maneira de encontrar algum conforto. Da mesma forma, na cena B, Holly relata que nos momentos mais difíceis, quando estava triste e com medo, a comida era sua única amiga e a procurava para se sentir melhor. Havia um sentimento de

aprisionamento na infância, que não soube descrever, mas mencionou-o numa de suas sessões psicoterapêuticas. Pode-se presumir com isso, que algo tenha acontecido nos períodos iniciais de vida, que impactou no processo de formação do próprio eu e levou-as a um intenso sentimento de desamparo emocional, seja pela falta da mãe, pelo não ajustamento dessa às exigências do bebê, ou pelo fato da mesma não ter aceitado os gestos espontâneos da criança impondo os seus, mas não é possível afirmar totalmente pela falta de informações referentes à infância.

É importante considerar que, o ambiente hostil no qual Jeanne viveu seus primeiros anos de vida e as violências sofridas pela avó, conforme descrito na cena A, possam ter agravado seu quadro, interferindo na individuação, e podendo representar um impacto direto e negativo na estruturação de sua personalidade. Percebe-se que diante de aspectos angustiantes e ansiogênicos, Jeanne utilizou métodos para lidar com os abusos da avó, mesmo que todos fossem direcionados à comida, começando por consumir os seus refrigerantes, passando para lanches e salgados, mas demonstrando ser a forma que encontrou para buscar segurança. De acordo com Winnicott (1983), quando a criança vivencia experiências traumáticas, pode levar a interrupções no estabelecimento do *self*, que serão representados através de sentimentos de insegurança e de ansiedades muito primitivas. Pode-se entender assim, que Jeanne desenvolveu mecanismos de defesa para lidar com o ambiente, e estes sentimentos que ela vem experienciando desde muito pequena, fazem relação não somente ao desenvolvimento de um falso *self*, devido às primeiras experiências de vínculo, como podem ter sido agravados pelos abusos da avó materna, mas novamente, são pressuposições, pois a falta de informações não permite explicar de forma mais confirmatória acerca do caso.

Na categoria vínculos dependentes *versus* independentes, correspondendo às cenas C, D, E e F aos vínculos dependentes, e G ao independente, percebe-se que Amber, Holly e Jeanne estabelecem uma relação de dependência com a família, sendo de ordem tanto emocional quanto para o auxílio de atividades de vida diária. Seus familiares são seus facilitadores, na medida em que alcançam a comida, fazem as compras e não medem esforços para agradá-las, dando a elas tudo o que querem e desejam comer. Na cena C, pode-se perceber que Jeanne faz suas necessidades fisiológicas numa privada móvel, localizada na sala de estar da casa, sendo algo bastante incomodativo e desgastante devido ao peso do seu corpo. Ela não consegue se limpar sozinha, e sua mãe a ajuda. Logo após limpá-la, a mãe prepara o café para a filha, que no momento é um prato grande de batatas fritas, ketchup, carnes e ovos, mostrando que não só contribui para a manutenção deste hábito, como minimamente não consegue internalizar que tamanha quantidade possa ser prejudicial para

a sua saúde, demonstrando, também, uma certa dependência em estar agradando emocionalmente a filha. Jeanne tem quase 40 anos, e ainda é a mãe quem realiza para ela todas as atividades que exigem maiores esforços. Da mesma forma, conforme escrito na cena D, percebe-se que a mãe de Holly sabe que é uma facilitadora e que prejudica a filha, mas para vê-la feliz acaba mimando-a e cedendo aos seus pedidos. O fato ocorre depois da mãe fazer oito hambúrgueres para Holly comer, quando primeiramente, havia dito que faria somente quatro, mas por insistência da filha, acabou cedendo. Pode-se perceber também, que a quantidade da porção ingerida somente nesta refeição é proporcionalmente grande e com pouca qualidade nutritiva, denotando aspectos da compulsão alimentar.

Na cena E, pode-se identificar que, quando Holly não tem sua mãe por perto, passa a depender mais do marido, porque precisa de alguém que a ajude. Ela e o marido estão se preparando para almoçar, e ele alcança para ela um prato de saladas verdes, que, conforme a dieta com restrição de calorias, poderia consumir tranquilamente. Logo após, ele prepara o seu sanduíche e retorna para a mesa, e ela o observa comer, indagando que seu sanduíche parece gostoso, e ele não discorda. Holly relata que se sente mal pelo fato dela ter que consumir determinados alimentos e sua família não fazer a mesma coisa, pois acredita que seria mais fácil não sentir vontades e ter deslizes se todos participassem da sua dieta. Também associa o descontrole, com o fato de ter utilizado a comida para lidar com os problemas durante muito tempo em sua vida, e abandonar esse hábito repentinamente, lhe parece algo muito difícil. Conforme Freud (1920/1996), a compulsão tem relação direta com o retorno do recaiado, que vai aproximar o indivíduo de aspectos do passado, de maneira inconsciente. Se não for possível primeiramente ressignificar este algo, a repetição vai persistir, e se manifestar através de sintomas. Desta forma, seria necessário que primeiramente ela trabalhasse seus aspectos psicológicos, para então conseguir ter resultados mais satisfatórios, pois a compulsão alimentar é uma patologia tanto de ordem orgânica, que atinge o corpo físico, quanto psíquica, e está associada ao funcionamento e à estrutura do sujeito (Fontes, 2014).

Na cena F, em intensidade diferente do que foi abordado anteriormente, Amber também demonstra alguma dependência de seus familiares. Ela está no hospital, se recuperando da cirurgia bariátrica, e o médico solicita a realização de atividades físicas para evitar o desenvolvimento de coágulos de sangue no corpo. Amber atende o seu pedido, mas resolve caminhar com todos os seus familiares, pai, mãe, irmão e namorado pelos corredores do hospital, afirmando saber que pode fazer isso sozinha, mas sente que se esforça mais quando tem eles por perto. Percebe-se através dessa cena, que há um componente motivacional e cognitivo envolvidos dessa relação de dependência que ela estabelece, isto

porque, ter os seus pais por perto implica, também, numa necessidade dela de se sentir aprovada e com suporte, sendo que ainda se percebe impotente sozinha, precisando de amparo e apoio.

Na cena G, identifica-se que existem, por parte de Amber, alguns comportamentos que levam a pensar num caminho de maior autonomia, o que não é possível notar nos relatos de Jeanne e Holly, que seria o desejo pela mudança e a decisão de ir morar sozinha com o namorado para facilitar a continuidade do tratamento e locomoção até a clínica. Ela verbaliza que fica amedrontada por ter que ficar sem os pais, por sentir a necessidade de ter um adulto segurando a sua mão. Com isso, pode-se pensar que, embora ela se sinta e esteja de alguma forma ligada aos pais emocionalmente, ela tem demonstrado certa independência, conseguindo fazer movimentos diferentes, no sentido de procurar responder por si mesma, a partir de novas escolhas e hábitos alimentares mais saudáveis. Segundo Winnicott (1990), é possível que por algum evento ambiental ocorrido na vida do sujeito, sejam feitas correções das falhas anteriormente estabelecidas, rompendo com o bloqueio que impedia a maturação e permitindo com que o verdadeiro *self* possa vir aos poucos a se manifestar. No caso de Amber, mesmo diante da insegurança de como viria a ser não ter mais um adulto segurando a sua mão, ela se encontrava diante da única possibilidade de sobrevivência, em razão do excesso de peso, que também pode ter sido o desencadeador da coragem necessária para prosseguir sem os pais ao seu lado, fisicamente.

Por meio das cenas destacadas na categoria vínculos dependentes *versus* independentes, compreende-se que ambas precisam de alguém para fornecer auxílio no dia-a-dia, e com certeza, deve-se levar em conta que existem muitas limitações por conta do excesso de peso que as tornam mais limitadas. Entretanto, o que fica em evidência é o quanto isso pode estar correlacionado a um estado de dependência absoluta que não fora satisfeito e não levou ao desenvolvimento de autonomia adequada, pelo suporte egóico da mãe ter sido precário. Entende-se que abordar sobre dependência absoluta, remete às funções de *holding*, aquela na qual a mãe deve propiciar à criança as condições necessárias de integração do ego, por meio de um ambiente acolhedor, e o *handling*, que é a manutenção do cuidado, responsável pelo sentimento de pertencimento que o sujeito terá do seu próprio corpo (Winnicott, 1980). Segundo o autor, ambas as funções de *holding* e *handling*, “trazem à tona toda a questão da confiabilidade humana” (Winnicott, 1993, p.141), isto porque possibilitam a posterior relação da criança com os objetos e levam ao desenvolvimento de autonomia e confiança, estabelecidos ainda nos primeiros meses de vida. Para que a mãe consiga fornecer um ambiente saudável para o bebê, é preciso que primeiramente ela esteja envolto de uma preocupação materna primária (Winnicott, 2000), desde anterior ao nascimento da criança,

para que então, por meio do seio, da ilusão, e da identificação da mãe com seu bebê, a base da confiança pudesse ser instaurada. Entende-se que desta forma, o bebê aprende inconscientemente que quando precisa da mãe, ela está ali, e a partir das introjeções objetais e apresentação da realidade, aos poucos, por sua ausência gradativa, o bebê pode vir a se sentir real, que não é o caso de Amber, Jeanne e Holly. Pode-se pensar, no caso de todas, que devido à incapacidade na satisfação nesse relacionamento materno, vieram a desenvolver características de um falso *self*, que é demonstrado por meio da fragilidade narcísica, percebida através dos sintomas, da dependência, dos sentimentos desagradáveis, do modo como se enxergam, e dos poucos recursos que encontram para lidar com as adversidades sozinhas.

Na cena H, pertencente à terceira categoria, sentimentos de fracasso, desespero e decepção, pode-se identificar que existe por parte de Jeanne um intenso sentimento de vazio e culpa, por ter quase 40 anos e depender tanto de seus pais. Sente-se humilhada, considerando-se um fardo, uma peça de mobília, não conseguindo ver prazer algum em viver. O mesmo acaba sendo possível identificar pela percepção que sua mãe tem dela, expressa na cena J, quando descreve que a filha não tem vida, não consegue fazer absolutamente nada, não sai de casa e não conversa com ninguém ao telefone. A partir disso, pode-se pensar que ela se fechou para novas experiências, tendo nos últimos anos somente se relacionado com a comida. Entende-se que existe por parte dela uma dificuldade de se permitir estabelecer vínculos com pessoas fora do convívio familiar, não somente pela limitação por conta do peso, mas pela falta de vontade e talvez de propósito para tanto, pois até mesmo o celular poderia ser utilizado como um meio de aproximar-se de outras pessoas se ela quisesse. Na mesma cena ainda, a mãe afirma que se soubesse que a filha viveria da forma que está vivendo, preferia nunca ter engravidado, ou morrer, do que ter que vê-la assim. Pode-se perceber com isso, que por mais que a mãe se esforce constantemente para ajudá-la, em sua fala também se encontram o cansaço e a insatisfação de terem de viver desta forma. Essa percepção que a mãe tem dela pode acabar reforçando ainda mais os sentimentos de inutilidade, incapacidade e desgosto, que Jeanne já apresenta consigo mesma.

Nas cenas I, K e L, pode-se perceber algo semelhante quando Amber descreve seus sentimentos de infelicidade e decepção enquanto filha. Na cena I, ela afirma se sentir um fracasso, um erro que os pais não podem corrigir e além de ter desapontado a si mesma, acredita que desapontou aos seus pais. Sua mãe relata que a filha se tornou a típica fracassada, sendo que de uma hora para outra, não queria mais sair para trabalhar e nem dirigir, encontrava-se num estado depressivo. Os pais não conseguiam compreender o que estava acontecendo com ela e, conseqüentemente, não sabiam como ajudar. Amber conta

que desde pequena sempre foi acima do peso. De acordo com Aiello-Vaisberg (2003), é comum o sofrimento psíquico aparecer na compulsão alimentar por meio de sinais e sintomas depressivos, e também pela despersonalização, sensação na qual a pessoa não consegue se sentir inteira dentro de seu próprio corpo, como é o caso de Amber, Holly e Jeanne. Já na cena K, Amber relata que não se sente gente, mas um monstro nojento, e às vezes se sente tão desesperada, que pensa que teria sido melhor se nunca tivesse nascido. Sente-se presa, infeliz e sem esperanças. Segundo Winnicott (1994), é por meio dos sentimentos de vazio, falta de sentido e de uma vida sem significados, que se pode observar o sofrimento psíquico, por meio da presença de um falso *self*. Para o autor, “se a maternagem não for boa o suficiente, a criança torna-se um acúmulo de reações à violação; o *self* verdadeiro da criança não consegue formar-se ou permanece oculto por trás de um falso *self*” (Winnicott, 1997, p.24).

Na cena L, na qual Amber encontra-se numa sessão psicoterapêutica, fala para a psicóloga a percepção que tem a respeito de si mesma. Ela acredita ter desperdiçado toda a sua juventude, estando gorda demais e imobilizada para fazer qualquer coisa, e pensa que não há como consertar o que já está feito. Além da tristeza, da baixa autoestima, existe um sentimento de culpa, pela decepção de ter deixado que as coisas chegassem nesse ponto. Pode-se pensar que a tristeza que ela sente estaria ligada à culpa, na medida em ambas estão vinculadas ao processo de amadurecimento do sujeito, que neste caso, não ocorreu de forma saudável e/ou esperada (Winnicott, 1990). Na mesma cena ainda, a psicóloga de Amber, tenta acalmá-la, dizendo que os movimentos que ela tem feito até então, de estar se submetendo a uma nova vida, já seria uma forma de iniciar algum conserto, e que para ter progresso deve deixar o seu passado no lugar dele. Ao final da sessão, entende-se que ela mesma relata compreender que sua ansiedade tem mais haver com ela mesma, do que com qualquer outra pessoa. Da mesma forma, é possível perceber que a ansiedade surge em decorrência do medo e de uma preocupação excessiva que tem consigo mesma e principalmente, com seu estado de saúde.

Na cena N, referente à categoria comida representando vida, Amber conta que a relação que ela estabelece com a comida não é saudável, isto porque passa a maior parte do dia preocupada com o que vai comer e quando poderá comer. Fica na expectativa antes de comer, e quando o momento chega, com ele vem as sensações desagradáveis, os sentimentos de tristeza e desespero. Ela conta que mesmo quando está empanturrada, ainda deseja comer qualquer coisa que esteja na sua frente, demonstrando, com isso, que não existe, minimamente por parte dela, um controle na ingestão dos alimentos, pelo contrário, essas características citadas evidenciam o oposto, acompanhadas ainda de sentimentos negativos.

Amber relata que sempre está com fome, e que embora já tenha tentado parar de comer tanto, não consegue. A estes aspectos, levando em conta os critérios diagnósticos do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-5, 2013), pode-se pensar que não somente ela, mas Jeanne e Holly também apresentam compulsão alimentar, como é possível identificar nas próximas cenas. Elas demonstram ingerir grandes quantidades de comida em pouco intervalo de tempo, sentem que já não tem mais controle sobre a comida, e comem até se sentirem extremamente desconfortáveis. Além disso, os sentimentos que experienciam durante e após cada ingestão são desagradáveis, acompanhadas de um sofrimento expressivo e podem ter sido desencadeadas por estressores pessoais, afeto negativo, percepções do corpo, entre outros. De acordo com Kirch (2017), a partir do pensamento freudiano, a comida pode representar afeto, e na medida em que o bebê aprende que essa experiência gera prazer, ampara e passa segurança, podendo, na vida adulta também utilizar-se dela, inconscientemente, para defender-se de suas frustrações, medos e tristezas, porque mesmo que parcial, a comida irá proporcionar o alívio e saciedade necessários para o momento. É parcial pois não demorará muito tempo e a pessoa precisará novamente da comida, pois não se trata somente de uma necessidade fisiológica, mas sobretudo, afetiva e emocional.

O mesmo ocorre na cena O, quando Holly descreve a relação que estabelece com a comida, afirmando que por mais que sinta vergonha, não consegue parar de comer tanto. Ela conta que a única coisa que a faz se sentir melhor é a comida, sendo sua única motivação para sair da cama. Não há se quer um momento em que não queira comer, sente-se viciada nesse sentimento. Quando está comendo alguma coisa gostosa, todo o medo e a dor que ela sente durante o dia desaparecem, mas no momento em que acaba, todo o sofrimento retorna de uma só vez, e ela não sabe como mudar isso. Concomitante, na cena M, Jeanne relata sentimentos muito parecidos, dizendo que ama o jeito que a comida a faz sentir e a felicidade em cada mordida, mas quando comeu tudo, toda a tristeza volta e só consegue pensar em quando vai comer de novo, tendo sido assim, a vida inteira. Pode-se relacionar estes fenômenos ao que Freud (1920/1996) apresentou como compulsão à repetição, que seria o empenho em repetir experiências agradáveis ou desagradáveis, baseada em processos inconscientes sobre conteúdos reprimidos, e suas manifestações surgem em forma de sintomas, que seria o comer compulsivo. Considerando também, que a primeira atividade vital que o bebê exerce é mamar no seio da mãe, mesmo ele ainda não conseguindo diferenciar-se dela, por meio da associação da satisfação da zona erógena relaciona o ato de sugar com a necessidade de alimento (Freud, 1905/1996). De maneira inconsciente, o indivíduo classifica essa sensação como geradora de prazer e irá querer repeti-la em outros momentos de sua vida. Pode-se perceber que, na infância, todas as participantes já

apresentavam uma relação do alimento a uma satisfação imediata de sentimentos desagradáveis, por se utilizarem dela nos momentos mais difíceis e de desamparo, remetendo a aspectos da fase oral, em que a libido está centrada na região bucal, e a satisfação é encontrada pelo próprio corpo.

Na cena A, a mãe de Jeanne conta que na infância sua filha tinha um apetite insaciável e chorava o tempo inteiro por comida. O choro, por sua vez, pode ser interpretado e remete à forma da criança se comunicar com a mãe e demonstrar para ela, de forma não verbal, a existência de um desconforto que ela não sabe o que é e nem como agir diante dele. Pela fragilidade do seu ego, diante dos poucos recursos que a criança encontrou para lidar com o sofrimento psíquico, para se defender de pulsões consideradas ameaçadoras, utiliza o recalque, que é o mecanismo responsável pela pulsão retornar em forma de ação, por meio do comer compulsivo. Aquilo que foi recalcado, vem de forma a amenizar forças opostas no aparelho psíquico, protegendo o ego do desprazer e trazendo a sensação de alívio. No momento em que a repetição acaba por assumir um caráter mais compulsivo, os danos causados ao funcionamento psíquico podem ser ainda maiores, pois neste caso, há um excesso de excitação da pulsão e o afeto fica ainda mais distante de conseguir se ligar a representações (Freud, 1905/1996; Barbosa Neto, 2010). Portanto, todas demonstram não ter clareza do que faz com que elas precisem comer demasiadamente, mas as associações que são feitas levam ao entendimento de que, diante da incapacidade de lidar com as próprias emoções e sentimentos, a comida é o refúgio. Não compreendem o que acontece consigo que as fazem comer dessa forma, associam a comida a um vício, a algo que não conseguem mais ter controle. Entende-se que isso estaria ligado a representações de conteúdos psíquicos, pois o prazer que é relatado a cada mordida, remetendo aos aspectos primitivos da existência, são acompanhados por sentimentos desconfortáveis logo na sequência, demonstrando que o mesmo alimento que acalma, é causador de sofrimento psíquico, pela incapacidade de mudança e angústia intensa.

Na cena P, referente à quinta categoria, indicativos de perda de controle e insucesso na dieta, Holly retorna para a clínica para a sua segunda consulta com o doutor, e verifica que perdeu somente 13 kg em dois meses. Sente-se decepcionada e chateada consigo mesma. O doutor a questiona, a respeito do que possa ter acontecido nesse meio tempo, para que ela não conseguisse nem chegar na metade do que lhe foi estipulado, e ela responde que mediu suas porções a olho, comendo mais do que imaginava e deveria. Ele, insatisfeito com a resposta, afirma que para ela ter tido esse resultado, teria que ter ingerido no mínimo cinco mil calorias diárias, e novamente, a questiona sobre o que ela pensa que possa ter contribuído para a falta de progresso, e ela responde que foi muito difícil, porque na semana anterior teve

muitos desejos e não conseguiu se manter na dieta. Pode-se perceber com isso, que além dela ter medido suas porções a olho, como afirmou ter feito para o médico, ingeriu alimentos que não estavam prescritos na sua dieta, e com alto teor calórico, não conseguindo se controlar diante de seus desejos e impulsos e, indo contra o seu propósito que até então seria a perda de peso para a possível realização da cirurgia bariátrica. Ainda na mesma cena, ela pede que o marido traga algo para ela comer, dizendo estar com fome, mas identificou-se que a fome, é de algo específico: o doce. Ele lhe dá várias opções saudáveis, como um mix de folhas, mirtilo, queijo cottage e feijão verde. Ela não deseja nada disso, dizendo para o marido que com todo o estresse que passou recentemente na consulta, só deseja algo gostoso para se sentir melhor. Ela pede que o marido lhe dê um pedacinho de torta de maçã, e enquanto ele a serve, ela afirma que ainda tem momentos em que sai da dieta, e mesmo que saiba que não deveria, é a única maneira que conhece para lidar com as emoções. Percebe-se que, muito embora ela tenha consciência de que não deveria burlar a dieta, ela faz isso com frequência, não havendo um controle adequado sobre suas vontades e desejos. Num primeiro momento ela afirma estar com fome, mas logo após fala do seu desejo em comer algo mais gostoso para aliviar o estresse, podendo identificar que a fome que ela dizia sentir não era fisiológica, mas associada a uma gratificação inconsciente em consumir determinados alimentos e, conseqüentemente, diminuindo tensões. De acordo com Khatalian (2010), a procura por alimentos específicos é um modo de amenizar e restaurar o equilíbrio dos aspectos narcísicos de um *self* fragilizado, dependente e esvaziado. A comida acaba sendo utilizada como um ansiolítico e/ou para compensar as dificuldades de lidar com a frustração.

Na cena R, na segunda consulta de Jeanne, ela demonstra estar bastante indignada consigo mesma e não compreende o fato de ter perdido somente 11 kg no tempo de dois meses que lhe foi estipulado, sendo que se esforçou muito para isso. É possível perceber que para ela ter tido esse resultado é porque não conseguiu seguir a dieta, sendo demonstrado através de vídeos, no meio de algumas falas, ela comendo alguns alimentos que não deveria e grandes porções. Ela demonstrou ter muita dificuldade e todo esforço que fazia parecia pouco, pois não gerava resultados. O doutor Nowzaradan questionou-a sobre o que pode ter acontecido para ter esse resultado, e ela conta que somente num dia não conseguiu se controlar e não seguiu a dieta corretamente. O doutor realiza alguns cálculos na sua frente, e em números, mostra a ela que não seria possível que em um só dia ela chegasse nesse resultado, dizendo que ela passou dos limites. Impaciente, Jeanne responde que sabe que estragou tudo, que não seguiu a dieta corretamente e que pisou na bola, dizendo que da próxima vez irá se esforçar mais, e provar para o doutor que ele está errado, e que ela pode

fazer isso. Percebe-se que, para ela é extremamente difícil reconhecer que não conseguiu seguir o tratamento estipulado, demonstrando descontrole e incapacidade de controlar seus impulsos e desejos, tentando inclusive ocultar do doutor as informações reais de como teria sido a sua alimentação, neste período entre uma consulta e outra. Pode-se perceber com isso, que Jeanne demonstra dificuldade em lidar com os sentimentos de culpa e sente-se frustrada por não conseguir atender aos próprios objetivos.

Diante do exposto, por meio das cenas enunciadas, pode-se identificar que embora a compulsão alimentar apareça somente nas entrelinhas dos episódios, por haver a presença do descontrole alimentar, da frequência com que ele ocorre, acompanhadas dos sentimentos desagradáveis pela ingestão de quantidades excessivas de alimentos, pode-se pensar que todas as participantes demonstram ter compulsão alimentar, conforme mencionado anteriormente. O mesmo acaba sendo demonstrado na cena B, através do discurso da psicoterapeuta, sobre as possibilidades dela de se reprogramar para que todas as coisas em sua vida ficassem alinhadas, e ela conseguisse de alguma forma expulsar os pensamentos negativos da mente, olhar para si com mais amor e superar a alimentação compulsiva. A paciente havia afirmado minutos antes ser boa em pensar coisas negativas, e como pode ser identificado também na categoria sentimentos de fracasso, desespero e decepção, na qual ambas relatam como se vêem e o lugar que a comida acabou ocupando diante do sofrimento. A ingestão de alimentos pouco nutritivos, mas avaliados por elas como saborosos, trazem o prazer necessário para o enfrentamento dos momentos difíceis. Mas, os sentimentos desagradáveis de incapacidade, inutilidade, falta de sentido de vida, e o vazio que sentem, demonstram que a comida não é efetiva em sua totalidade, na medida em que o sofrimento ainda está ali e precisam o tempo inteiro da comida. Pode-se pensar, de modo geral, que nos episódios, mais especificamente nas cenas P e Q, que ambas iniciaram um processo terapêutico durante o tratamento de perda de peso, para que pudessem ser trabalhadas as questões em torno da compulsão alimentar e manejo de emoções. No caso específico de Amber, na cena G, antes de criar coragem e desvincular-se parcialmente dos pais, ela realizou uma sessão psicoterapêutica, o que pode ter contribuído de forma positiva para que ela conseguisse fazer os movimentos necessários e sáísse de uma condição de passividade e começasse a responder por si mesma. De acordo com Winnicott (1967/1999), “ser e se sentir real dizem respeito essencialmente à saúde, e só se garantirmos o ser é que poderemos partir para coisas mais objetivas” (p.18).

Desta forma, entende-se que, a compulsão alimentar se fez presente onde já havia um sofrimento psíquico, e que este, teve seu início desde a infância nos períodos iniciais de vida, pelas falhas na constituição psíquica e pelo desenvolvimento de características de um falso

*self*. Pode-se identificar a existência de uma relação simbiótica entre mãe e filha, que pode ter vindo a desenvolver-se devido ao investimento materno insuficiente quando ainda bebê e como forma de manter a organização psíquica, o ego acaba criando defesas, que viriam a ser expressadas no corpo e na comida (Marini, 2016). O sofrimento pode ser visto por meio dos sentimentos negativos que elas têm em torno de si mesmas e do mundo ao redor, assim como, pelas dores psíquicas direcionadas ao corpo e à conduta, que impossibilitam o indivíduo de sentir-se real (Cambuí & Neme, 2014). Entende-se que esta forma de olhar para o sofrimento e para a compulsão alimentar não são únicas, pois podem acontecer em âmbito de um verdadeiro *self* e variando de acordo com a estrutura psíquica, assim como em outros contextos e momentos de vida, sendo o adoecimento vivido de formas diferentes por cada pessoa. Conforme o próprio autor destacou, o sofrimento é um fenômeno singular, e sobretudo humano (Winnicott, 1983). Desta forma, entende-se que o objetivo deste trabalho foi atendido, na medida em que foram discutidos o sofrimento e compulsão alimentar, baseada em processos inconscientes e nos períodos iniciais de vida.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo identificar possíveis contribuições da teoria winnicottiana na compreensão do sofrimento psíquico em mulheres com compulsão alimentar. Para tanto, foi necessário primeiramente abordar o conceito de sofrimento psíquico e suas manifestações, para compreender um pouco melhor, por meio da teoria winnicottiana de que forma ele se dá e o momento de seu surgimento. Partiu-se de uma concepção de saúde, entendendo que de que forma a saúde mental pode vir a estabelecer-se, e as implicações das falhas na provisão ambiental nos anos iniciais de vida para a constituição psíquica do sujeito. Posteriormente, buscou-se um entendimento sobre os fenômenos da compulsão alimentar e do transtorno, bem como, o processo que retroalimenta o ciclo vicioso da compulsão, e o que faz com que o indivíduo repita comportamentos que mesmo identificando como prazerosos, lhe trazem constante sofrimento durante e após a ingestão. Foi importante considerar os aspectos infantis e conteúdos inconscientes para tratar do assunto.

Entende-se que, o sofrimento psíquico tem seu início na constituição e estruturação psíquica, devido às intercorrências no processo de amadurecimento e desenvolvimento emocional ainda na infância e que acabaram por ser demonstradas pela forma como as mulheres do estudo se relacionam com o social e consigo mesmas. É possível notar que, o sofrimento psíquico aqui relatado, retrata um adoecimento do sujeito, demonstrado pela forma como se enxergam, pela despersonalização, sintomas depressivos, e pela incapacidade de dar sentido à sua existência.

Por meio da teoria winnicottiana, foi possível verificar que, se a base da saúde mental é estabelecida ainda na infância, pela figura materna ou de qualquer pessoa que consiga exercer essa função, desde que forneça os cuidados necessários de que a criança precisa (fisiológicos e psicológicos), a falta desse ambiente suficientemente bom e do desajuste nessa relação, daria espaço para a constituição de um falso *self*. Por meio deste, enquanto uma defesa que a criança encontrou para lidar com o mundo externo e interno, foi possível entender os sentimentos constantes experienciados por elas, de insegurança, de fracasso, desespero e decepção, a inutilidade sentida e a falta de sentido de vida, remetendo a aspectos do cuidado precoce, que pode ter sido precário ou excessivo, mas que de alguma forma impossibilitaram à criança a continuidade do vir a ser, que constituiria a autonomia e independência. É necessário enfatizar que, ambos os conteúdos da compulsão e do sofrimento podem se dar em termos verdadeiro *self*, mas neste trabalho, considerou-se a estrutura mais frágil apresentada pelas mulheres do estudo, em que foi possível supor que o

seu *self* não veio a desenvolver-se pelas privações inicialmente sentidas e pela dificuldade de lidar com os conflitos, tanto internos quanto externos.

Diante dos sentimentos apresentados por ambas, se pressupõe que a comida acabou sendo uma forma de lidar com a dor, na medida em que tranquiliza e proporciona prazer, mesmo que momentâneo, sendo esta a primeira experiência de afeto sentida pelo sujeito, por meio da amamentação. Para além disso, quando os atos tornam-se repetitivos, que é o caso da compulsão alimentar, é possível pressupor a existência de mecanismos importantes tais como o recalque e a repressão, que são acionados pelo ego diante de ameaças de desprazer, quando um conteúdo inconsciente insiste em acessar a consciência, e de modo a diminuir a tensão advinda dessa pulsão, o indivíduo se apega ao alimento.

Assim sendo, a realização do presente Trabalho de Conclusão de Curso possibilitou o entendimento da importância dos vínculos iniciais na constituição psíquica saudável do indivíduo, de um ambiente saudável e da mãe suficientemente boa para que a tendência inata ao amadurecimento fosse possível. Ademais, pôde-se identificar que em alguns casos a compulsão alimentar pode vir enquanto um sintoma de algo que está causando sofrimento psíquico, em que, o sujeito não consegue assimilar o porquê age de tal forma, e não consegue parar, porque envolve conteúdos que vão para além do ato e da própria consciência, relacionada a lacunas no processo de desenvolvimento emocional infantil. Do mesmo modo, pode ser compreendida enquanto um problema, pela dor e sentimentos desconfortáveis que causa (Sarubbi, 2003).

De forma particular e pessoal, o estudo foi de suma importância, levando em consideração a importância deste pelo alto percentual de pessoas de diferentes faixas etárias que sofrem com os episódios de compulsão alimentar ou até mesmo do transtorno quando classificado como tal, tendo ênfase as mulheres e adolescentes, e demonstrando com a alta prevalência, a necessidade de mais estudos na área. Compreender o sofrimento e a compulsão alimentar, propuseram que, para muito além do ato de comer poder estar ligado a representações inconscientes da infância e de afeto, existem outros fatores a serem considerados, tais como a esquiva diante dos conflitos, sendo o alimento utilizado como meio de enfrentamento dos problemas. Estudar os processos psicológicos envolvidos no sintoma expresso pelo indivíduo, é se permitir pensar de que forma poder-se-ia intervir em situações semelhantes, e vir a auxiliar na elaboração de conteúdos e marcas emocionais que possam estar causando o comer compulsivo, e trazendo significativo sofrimento psíquico ao sujeito.

Ademais, sugere-se a necessidade da continuidade de estudos sobre o assunto em questão, em termos de relevância social, para o desenvolvimento futuro de propostas e

atividades que possam de alguma maneira contribuir com práticas de vida mais saudáveis e menos prejudiciais, diminuindo o alto percentual de pessoas apresentando o transtorno. Além disso, a identificação precoce da compulsão em indivíduos também é importante, evitando com isso a instauração de quadros mais graves e de uma maior conscientização de pessoas na busca por tratamento psicológico.

**REFERÊNCIAS**

- Abrão, J. L. F., Cambuí, H. A. & Neme, C. M. B. (2016). A constituição subjetiva e saúde mental: contribuições winnicottianas. *Ágora*, 19(1), 131-145. DOI: 10.1590/S151614982016000100009
- Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2003). Ser e fazer: interpretação e intervenção na clínica winnicottiana. *Psicologia USP*, 14(1), 95-125. DOI: 10.1590/S0103-65642003000100007
- Aiello-Vaisberg, T. M. J. & Medeiros, C. (2010). Acordes do sofrimento humano. *Contextos Clínicos*, 3(2), 97-105. DOI: 10.4013/ctc.2010.32.03
- Alvarenga, M. S. & Novelle, J. M. (2016). Cirurgia bariátrica e transtornos alimentares: uma revisão integrativa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 65(3), 262-285. DOI: 10.1590/0047-2085000000133
- American Psychiatric Association (2013). *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais* (DSM-5). 5ª Edição. Porto Alegre.
- Baldessin, A. O. & Marques, E. L. L. (2016). Obesidade associada ao transtorno de compulsão alimentar periódica: breve aporte do tratamento da terapia cognitivo-comportamental. *O Portal dos Psicólogos/Psicologia.pt*, 1-14.
- Barbosa Neto, E. (2010). *O conceito de repetição na psicanálise freudiana: ressonâncias clínicas na re-elaboração simbólica do repetido*. Dissertação de mestrado apresentada à Universidade Católica de Pernambuco. Recife, Brasil.
- Barlow, D. H. & Durand, V. M. (2008). *Psicopatologia: uma abordagem integrada*. São Paulo: Cengage Learning.
- Barros, C. A. S. M. (1997). Compulsão Alimentar na Obesidade. *Revista Aletheia*, 5(1), 65-70.
- Bernardi, F., Cichelero, C. & Vitolo, M. R. (2005). Comportamento de restrição alimentar e obesidade. *Revista de Nutrição*, 18(1), 85-93. DOI: 10.1590/S141552732005000100008
- Cambraia, R. P. B. (2004). Aspectos psicobiológicos do comportamento alimentar. *Revista de Nutrição*, 17(2), 217-225. DOI: 10.1590/S1415-52732004000200008

- Cambuí, H. A. (2013). *Sofrimento psíquico contemporâneo: um estudo psicanalítico do imaginário coletivo de estudantes de psicologia*. Dissertação de mestrado em Psicologia. Universidade Estadual Paulista. Bauru, São Paulo.
- Cambuí, H. A. & Neme, C. M. B. (2014). O sofrimento psíquico contemporâneo no imaginário coletivo de estudantes de psicologia. *Psicologia: Teoria e Prática*, 16(2), 75-88.
- Carneiro, F. T. (2018). Fome de que? Compulsão alimentar como manifestação do falso self e intervenção terapêutica breve – um estudo de caso em uma clínica de obesidade em Salvador. *Clínica da Obesidade*, 1-21.
- Castillo D. C. (1990). Apetito y nutrición. *Revista Chilena de Pedriatria*, 61(6), 346-53.
- Claudino, A. M., Mari, J. J., Kaio, G. H. & Palavras, M. A. (2011). Uma revisão dos estudos latino-americanos sobre o transtorno da compulsão alimentar periódica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 33(1), 81-94.
- Cunha, C. H., Fernandes, A. B. U., Manochio-Pina, M. G. & Pessa, R. P. (2018). Comportamento alimentar de homens e mulheres com transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 12(72), 515-521.
- Devlin, M. J., Dobrow, I. J. & Kamenetz, C. (2002). Aspectos psiquiátricos da obesidade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(3), 63-67.
- Dias, E. O. (2003). *A teoria do amadurecimento pessoal de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago.
- Espíndola, C. R. & Blay, S. L. (2006). Bulimia e transtorno da compulsão alimentar periódica: revisão sistemática e metassíntese. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28(3), 265- 275.
- Farias, C. P., Olesiak, L. R. & Quintana, A. M. (2017). Patologias Alimentares: um desafio interdisciplinar. *Contextos Clínicos*, 10(2), 197-208. DOI: 10.4013/ctc.2017.102.05
- Fernandes, M. H. (2002). Entre a alteridade e a ausência: o corpo em Freud e sua função na escuta do analista. *Revista Percurso*, 29(2), 51-64.
- Figueiredo, L. C. (2017). A psicanálise e o sofrimento psíquico na atualidade: uma contribuição a partir de Melanie Klein e D. Winnicott. *Cadernos de Psicanálise*, 33(1), 25-36.

- Fontes, A. C. P. B. (2014). *Mais além dos transtornos alimentares: a impulsão e a compulsão a partir da clínica psicanalítica*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Brasil.
- França, G. V. A. (2010). *Compulsão alimentar em adultos: um estudo epidemiológico de base populacional em Pelotas - RS*. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia junto a Universidade Federal de Pelotas como um dos requisitos para obtenção do título de mestre. Pelotas, Brasil.
- Franco, S. G. (2013). Morrer pela boca. *Revista latino-americana de psicopatologia fundamental*, 16(1), 17-27. DOI: 10.1590/S1415-47142013000100002
- Freud, S. (1990). Inibições, Sintomas e Ansiedade. In: *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Vol. XX*, Ed: Imago. (Trabalho original publicado em 1925)
- Freud, S. (1996). Além do Princípio de Prazer. In: *Edição Standart Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Vol. XVIII*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1920)
- Freud, S. (1996). *Três ensaios sobre a Teoria da Sexualidade*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1905).
- Freud, S. (1996). A história do movimento psicanalítico, artigos sobre a metapsicologia e outros trabalhos. In: *Edição Standart Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Vol. XIV*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1914)
- Freud, S. (2006). *O inconsciente*. Rio de Janeiro: Imago Editora. (Trabalho original publicado em 1915).
- Freud, S. (2014). *Conferências introdutórias à psicanálise*. Obras completas, vol. III. São Paulo: Companhia das Letras (Trabalho original publicado em 1917).
- Garcia, C. A. (2007). O conceito de ilusão em psicanálise: estado ideal ou espaço potencial? *Estudos de Psicologia*, 12(2), 169-175.
- Gerhardt, T. E. & Silveira, D. T. (2009). Métodos de pesquisa. Coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. Porto Alegre: Editora da UFRGS.

- Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. (6ªed.). São Paulo: Atlas.
- Godoy, A. S. (1995). Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. *Revista de Administração de Empresas*, 35(2), 57-63.
- Gomes, G. (2001). Os dois conceitos freudianos de trieb. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17(2), 249-255.
- Grebb, J., Kaplan, H. & Sadock, B. (1997). *Compêndio de psiquiatria: ciência, comportamento e psiquiatria clínica*. (7ªEd). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Iungano, E. M. & Tosta, R. M. (2009). A realização da função materna em casos de adoecimento da criança. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 29(1), 100-119.
- Kahtalian, A. (2010). Obesidade: um desafio. In: Mello-Filho, J. et al. *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 273-277.
- Kirch, J. R. (2017). *Obesidade, causas e o tratamento à luz da psicanálise*. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Regional do Noroeste do estado do Rio Grande do Sul – UNIJUI. Ijuí, Rio Grande do Sul.
- Lange, E. S. N. & Silva, G. A. (2010). Imagem corporal: a percepção do conceito em indivíduos obesos do sexo feminino. *Psicologia Argumento*, 28(60), 43-54.
- Lazzarini, E. R. & Viana, T. C. O. (2006). Corpo em psicanálise. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22(2), 241-250. DOI: 10.1590/S0102-37722006000200014
- Laville, C. & Dionne, J. (1999). *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Porto Alegre: Artmed.
- Lent, R. (2001). *Cem bilhões de neurônios: conceitos fundamentais de neurociência*. São Paulo: Ateneu.
- Libermann, Z. (2010). Patologias atuais ou psicanálise atual? *Revista Brasileira de Psicanálise*, 44(1), 41-49.
- Lucas, M. S. J. (2015). *Uma visão psicanalítica sobre pacientes com transtornos alimentares*. Tese de doutorado do Programa de Pós-Graduação Scrito Senso em psicologia do Centro de Ciências da Vida. Pontífica Universidade Católica De Campinas – PUC, Campinas, Brasil.
- Magalhães, E. N. (2009). Transtornos alimentares: a hipótese da distorção da imagem corporal. *E-scientia*, 2(1), 1-7.

- Magdaleno, R., J. (2010). Os novos ritmos do século XXI e a clínica psicanalítica contemporânea. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 44(2), 101 -109.
- Marini, M. (2016). “Você poderá vomitar até o infinito, mas não conseguirá tirar sua mãe de seu interior”. *Cadernos Pagu*, (46), 373-409. DOI: 10.1590/1809444920160046037
- Minayo, M. C. S. (2010). Disciplinaridade, interdisciplinaridade e complexidade. *Emancipação*, 10(2), 435-442. DOI 10.5212
- Nichols, M. P. & Schwartz, R. C. (2007). *Terapia familiar: conceitos e métodos*. Porto Alegre: Artmed.
- Nunes, R. M. (2012). *Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) e a Abordagem da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC)*. Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Biológicas, Departamento de Nutrição. Minas Gerais, Brasil.
- Penna, L. A. (1989). *Corpo sofrido e mal-amado: As experiências da mulher com o próprio corpo*. São Paulo: Sumus.
- Perez, G. H. (2004). Comportamento Alimentar e Síndrome Metabólica: aspectos psicológicos. *Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia*, 14(4), 544-550.
- Pombo Filho, C. (2014). O valor da ilusão na teoria do amadurecimento de Winnicott. *Iátrico*, 33(1), 1-31.
- Reichert, E. (2009). *Infância, a Idade Sagrada: anos sensíveis em que nascem as virtudes e os vícios humanos*. Porto Alegre: Vale do Ser.
- Rezende, G. (2017). Quer comer toda hora: obesidade e transtorno da compulsão alimentar periódica. *Mundo da psicologia*.
- Rocha, Z. (2012). O papel da ilusão na psicanálise Freudiana. *Ágora*, 15(2), 259-271. DOI: 10.1590/S1516-14982012000200004
- Rodgers, B. L. & Cowles, K. V. (1997). A conceptual foundation for human suffering in nursing care and research. *Journal of Advanced Nursing*, 25(5), 1048-1053.
- Safra, G. (2004). *A po-ética na clínica contemporânea*. São Paulo: Ideias & letras.
- Sarubbi, E. B. (2003). *Uma abordagem de tratamento psicológico para a compulsão alimentar*. Dissertação apresentada para obtenção do título de mestre em Psicologia do

Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco. Campo Grande, Brasil.

- Schultz, D. P. & Schultz, S. E. (2019). *História da Psicologia Moderna*. Tradução da 11ª edição norte americana – Tradução parcial da atualização desta edição: Priscilla Rodrigues e Lopes. São Paulo: Cengage.
- Silva, A. B. B. (2005). *Mentes insaciáveis*. Rio de Janeiro: Ediouro.
- Wajnryb, E. C. (1993). O império das magrinhas. *Revista Viver Psicologia*, 2(13), 16-21.
- Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1971).
- Winnicott, D. (1975). Objetos Transicionais e Fenômenos Transicionais. In: *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1967).
- Winnicott, D. W. (1980). *A família e o desenvolvimento do indivíduo*. Belo Horizonte: Interlivros. (Trabalho original publicado em 1965).
- Winnicott, D. W. (1983). *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D. W. (1987/2006). *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D. W. (1990). *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. (3ªed) Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott, D. W. (1990). *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1990). *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1965).
- Winnicott, D. W. (1994). *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott, D. W. (1999). A construção da confiança. In: *Conversando com pais*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1993).
- Winnicott, D. W. (1999). O conceito de indivíduo saudável. In: *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1967).
- Winnicott, D. W. (2000). *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago.

- Winnicott, D. W. (2000). A preocupação materna primária. In: Winnicott, D. W. *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Editora Imago. (Trabalho original publicado em 1956).
- Winnicott, D. W. (2005). *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1986).
- Winnicott, D. W. (2006). *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1987).