

Os Transtornos Alimentares e a Patologização da Vontade

Eating Disorders and Pathologization of the Will

Ana Luiza Sobral Oliveira¹
Eduardo Leal Cunha²
UFS

Resumo: O presente trabalho parte de uma revisão da literatura médica sobre os transtornos alimentares, na qual se evidencia o destaque à distorção da imagem corporal como fator etiológico primordial na anorexia e na bulimia, para em seguida contrapor a tal leitura hegemônica uma revisão histórica da própria categoria de apetite, mostrando como desde a antiguidade grega a ideia de apetite esteve ligada ao insaciável, ao inesgotável, o que se articula ainda à própria genealogia da noção de desejo na cultura ocidental. Com isso, procuramos apontar para o vínculo entre os transtornos alimentares e o tema contemporâneo do controle sobre a própria vontade, aproximando-os assim do campo da drogadição e das compulsões.

Palavras-chave: transtornos alimentares; imagem corporal; apetite; desejo; vontade.

Abstract: This paper presents a review of medical literature about eating disorders, that evinces the emphasis on the body image distortion as the main etiologic factor in anorexia and bulimia, in order to oppose this hegemonic reading to a historical review of the category of appetite, showing how, since ancient Greek, the idea of appetite has been linked to insatiable, to inexhaustible, which it also articulates to the genealogy of the concept of desire in Western culture. With this, we aim to point the link between eating disorders and contemporary theme of control over its own will, approaching to the field of drug addiction and compulsions.

Keywords: eating disorders; body image; appetite; desire; will.

Ao nos voltarmos para a literatura produzida sobre os dois principais transtornos alimentares, a anorexia e a bulimia, nos últimos anos, constatamos uma hegemonia das explicações, fundada em desajustes da imagem corporal. Assim, anoréxicas e bulímicas seriam marcadas pela dificuldade em perceber o estado real do seu corpo, o que as

¹ Mestranda do Programa de Pós-graduação em Psicologia Social (UFS). Psicóloga, Psicanalista, Especialista em Transtornos Alimentares e Obesidade (USP). Atua em consultório particular e na Pediatria do HUSE (Hospital de Urgências de Sergipe). Lattes de [Ana Luiza Sobral](#). E-mail: analuizasobral@hotmail.com.

² Psicólogo, Psicanalista, Doutor em Saúde Coletiva (IMS/UERJ), Professor do Núcleo de Pós-Graduação em Psicologia Social e do Departamento de Psicologia da UFS. Lattes de [Eduardo Leal](#). E-mail: dudalealc@uol.com.br

levaria à incapacidade de reconhecer suas reais necessidades nutritivas e de se alimentar de acordo com elas.

Como veremos a seguir, tanto na literatura médica especializada, quanto em autores que buscam estabelecer vínculos entre tais formas de sofrimento e o ambiente sociocultural, é marcante o lugar privilegiado que a relação com o corpo, ou mesmo o organismo biológico, ocupa na compreensão dos transtornos alimentares.

Tal prevalência da relação com o corpo desloca para o segundo plano os modos como tais sujeitos se relacionam com o ato de comer, o que nos levaria por sua vez à dimensão do apetite. Nesse sentido, a supervalorização da relação do sujeito com seu corpo ocultaria um aspecto fundamental na relação do sujeito com os alimentos, o qual se faz inclusive presente na genealogia da categoria de desejo na cultura ocidental e que diz respeito ao controle sobre a própria vontade.

Neste sentido, os transtornos alimentares se alinhariam a uma série de outras formas contemporâneas de sofrimento psíquico nas quais o controle sobre si, ou mais exatamente a falta de controle, aparece como demarcadora do limite entre o normal e o patológico e alvo privilegiado de intervenção terapêutica, configurando o que denominaremos brevemente de patologização da vontade.

Apresentaremos inicialmente como os transtornos alimentares aparecem na literatura médica associados à distorção da imagem corporal e ao ideal que impõe a exigência de ser magro ao sujeito, o que encontra ressonância ainda em uma série de autores que buscam fundamentar a etiologia de tais transtornos em elementos da cultura contemporânea como a supervalorização da juventude da beleza veiculada cotidianamente pela indústria cultural.

Em seguida, nos voltamos para a história das relações do homem ocidental com o alimento e nos centramos na categoria de apetite em sua relação com a genealogia da ideia de desejo, destacando pontos de aproximação entre a relação com o alimento e a experiência da droga.

Por fim, nos referimos ao modo como a exigência do controle eficaz sobre si é um traço fundamental da cultura contemporânea e como a relação com o alimento se apresenta como campo privilegiado de perturbação ou perda deste controle.

Transtornos alimentares e imagem corporal

Atualmente, vivenciamos uma intensa pressão sociocultural para ser magro. Vinda da família, de pares e da mídia, ela traz consigo a internalização de padrões atrativos femininos e de uma supervalorização da aparência. Estudos experimentais e prospectivos sugerem a pressão sociocultural para ser magro e a internalização de um ideal de magreza como fatores de risco para a distorção da imagem corporal, dietas restritivas e sintomas bulímicos, em que a compulsão e a tentativa de livrá-la através de métodos compensatórios inadequados estão presentes. (Thompson, Heinberg, Altabe e Tantleff-Dunn, 1999; Stice, 2002; Thompson & Stice, 2004)

Estudos que utilizam análise fatorial exploratória identificam a distorção da imagem corporal como componente principal da psicopatologia da anorexia (Gleaves, Williamson e Barker, 1993) e da bulimia nervosas (Stice & Shaw, 2002).

Observa-se elevada prevalência dos transtornos alimentares em modelos, bailarinas, atletas e profissionais da área da saúde, possivelmente mais vulneráveis por sofrerem, mais intensamente, a pressão de se ter um corpo magro. (Walsh, Wheat e Freund, 2000; Fiates & Salles, 2001; Pinzon & Nogueira, 2004).

Há um consenso de que os transtornos alimentares atinjam, predominantemente, adolescentes e mulheres adultas jovens, com proporção média na relação entre homens e mulheres de 1:10, podendo variar entre 1:6 e 1:20, conforme o critério diagnóstico utilizado e a forma de avaliação. (Bosi, Luiz, Uchimura e Oliveira, 2008)

De acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM-IV, a anorexia nervosa se caracteriza pela recusa a manter o peso corporal em uma faixa normal mínima e a bulimia nervosa, por episódios repetidos de compulsões alimentares seguidas de comportamentos compensatórios inadequados, tais como vômitos auto-induzidos, mau uso de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos, jejuns ou exercícios excessivos.

O CID-10 define a anorexia nervosa como transtorno caracterizado por perda de peso intencional, induzida e mantida pelo paciente, mais comumente uma mulher adolescente ou jovem. Cita ainda a anorexia como doença associada a uma psicopatologia específica, devido ao medo de engordar e de ter uma silhueta arredondada, além da intrusão persistente desse medo como ideia supervalorizada, elementos que compõem um estado mental patológico. Os sintomas compreendem restrição das escolhas alimentares, prática excessiva de exercícios físicos, vômitos provocados e utilização de laxantes, anorexígenos e diuréticos.

Já a bulimia, é caracterizada por acessos repetidos de hiperfagia e preocupação excessiva com o controle do peso corporal, conduzindo a uma alternância de hiperfagia e vômitos ou uso de purgativos. Nos antecedentes da bulimia encontrar-se-ia frequentemente, mas nem sempre, um episódio de anorexia nervosa ocorrido de alguns meses a vários anos antes, evidenciando como bulimia e anorexia estão imbricadas. Além disso, percebem-se sintomas comuns entre a anorexia e bulimia, como vômitos induzidos e uso de laxantes.

Tanto o DSM-IV quanto o CID-10 apontam como característica essencial da anorexia e bulimia uma preocupação exagerada com a forma e peso corporais, sendo que o DSM- IV ressalta uma perturbação na percepção da forma e do peso corporais. Importante ressaltar aqui que a descrição da psiquiatria desde a década de 70 traz o peso corporal como critério determinante para a caracterização desses quadros, apontando, em nosso estudo, para a passagem da questão do apetite ao segundo plano, do desejo de comer que é tão forte nos transtornos alimentares e precisa, portanto, de uma vigilância constante.

O corpo aparece associado ao desejo de ser amado, reconhecido e desejado. Na cultura ocidental, a obsessão pela magreza tem levado às distorções da imagem corporal. Ocorre um aprisionamento a um padrão ilusório, em que a auto-avaliação se dá pela capacidade de baixar o peso e controlar o que se come. (Herscovici, 1997)

Weinberg (2001) destaca que, segundo as pesquisas, 90% das mulheres estão insatisfeitas com alguma parte de seu corpo. Nesse sentido, o fato de ser mulher e adolescente constitui duplo fator de risco para o surgimento do transtorno alimentar. Alves, Vasconcelos, Calvo e Neves (2008) atribuem o início da anorexia nervosa à fase da adolescência devido às mudanças biológicas do corpo e às preocupações com a nova forma e peso do corpo, que demanda reconfiguração da imagem corporal.

Herscovici (1997) ressalta que mais de 70% das mulheres com menos de 21 anos se sentem suficientemente gordas a ponto de fazerem dieta, embora apenas 15% tenham realmente sobrepeso (p.23). Souto & Ferro-Bucher (2006) afirmam que a prática de dietas representa um risco até 18 vezes maior para o desenvolvimento de transtornos alimentares. Um estudo realizado por Ilabaca (1996), com 90 casos de transtornos alimentares, revelou que todos se referiram a uma dieta severa quando falaram do início de uma perturbação alimentar.

Um estudo prospectivo recente de 1177 garotas adolescentes encontrou a insatisfação corporal associada a uma forma de comer muito específica e à patologia do peso, como também à baixa auto-estima, estresse e depressão (Johnson & Wardle, 2005). Essas descobertas levaram os autores a concluir que a insatisfação corporal, ao invés da restrição dietética, é a chave da psicopatologia em indivíduos que querem controlar seu peso. Tais achados são consistentes com pesquisas anteriores que indicam a insatisfação corporal como fator de risco para sintomas depressivos em garotas adolescentes (Stice, Hayward, Cameron, Killen e Taylor, 2000; Stice & Bearman, 2001).

O corpo torna-se o elemento central na discussão sobre os transtornos alimentares. Na tentativa de submetê-lo à ditadura da beleza de forma radical, a anoréxica priva-se de alimentos e a bulímica faz uso excessivo deles para depois expulsá-los e assim burlar o aumento do peso. Contrariando a ordem “natural” e considerada normal de alimentação do ser humano, a lógica da anoréxica e da bulímica procura desconsiderar os limites físicos do corpo.

Observamos uma tentativa falida de controle dos “impulsos famintos”, revelando a impossibilidade de regular o comer e uma vontade fraca que não suporta as regras do que é estritamente necessário ao organismo. A força que impulsiona o sujeito a ingerir ou a recusar o alimento é deslocada para segundo plano. O discurso científico do saudável tenta expulsar tal força, apresentando-a como destrutiva.

Outras leituras do lugar do corpo nos transtornos alimentares

Anorexia e bulimia se relacionam intimamente a uma conduta moral em nossa sociedade, à justa medida do comer, a um comportamento que tenta encerrar as desmesuras. Historicamente, a anorexia, como prática do jejum no século XIII, sempre esteve do lado do bem, e a bulimia, o excesso alimentar, do lado do mal, da queda e do pecado (Goulart, 2003). Seus sentidos se complementam, são dois lados da mesma moeda, uma luta entre o bem e o mal, entre redenção e pecado, contenção e excesso.

A restrição dos prazeres da carne parece se colar à ideia de um corpo purificado: corpo livre das gorduras tão indesejadas. Não seguir tal recomendação compromete o projeto de qualidade de vida, em que o corpo saudável está sob vigilância constante.

Na contemporaneidade, a preocupação com o corpo é excessiva e cada vez mais encontramos pessoas que só reconhecem o corpo como seu se ele se adequar ao ideal do corpo perfeito. Costa (2005) afirma que, na contemporaneidade, o corpo físico representa um dos componentes do conflito psíquico. O corpo não é mais o pano de fundo de embates entre afetos, pulsões, representações e instâncias subjetivas. Ele é um objeto privilegiado de preocupações e sofrimento conscientes (p.55).

Podemos pensar que a leitura médica da anorexia e bulimia nervosas tendem a privilegiar o organismo, o corpo físico, em detrimento do sujeito psíquico. Sob essa ótica, a imagem de uma jovem emagrecida impressiona muito mais do que o desejo que perverte, reverte o sentido original da experiência alimentar, o desejo que a leva a uma experiência de sofrimento.

Inúmeras técnicas para emagrecimento impõem uma disciplina mecânica ao corpo, desprezando a ideia de que não somos máquinas e que há uma subjetividade por trás de tudo isso. Quando se reduz o ser humano ao organismo, deparamo-nos com a pretensão do “apagamento” da subjetividade, a desconsideração do desejo como fonte de leitura, e ainda, a supervalorização da imagem corporal na etiologia dos transtornos alimentares. A compreensão psicanalítica nos embasa na leitura dos transtornos alimentares e ela se torna um imperativo quando recolocamos o apetite em primeiro plano, convocando o sujeito a falar através do desejo.

Birman (2006) afirma que o mal-estar contemporâneo se inscreve em três registros psíquicos: do corpo, da ação e do sentimento. O corpo se destaca como o registro mais iminente no qual se enuncia o mal-estar. Costa (2005) compartilha dessa afirmação de Birman quando fala de um corpo de publicidade como ideal que devemos seguir, diante do qual estamos sempre atrasados para atingi-lo, precisando adequar nosso corpo aos ditames da moda, que transformam detalhes mínimos em imperfeições gigantes a serem modificadas.

O justo é o saudável (Costa, 2005, p.191). Ao controlar o corpo, o sujeito tem a sensação de controlar a alma, além de um reconhecimento e admiração social pelo fato de ser capaz de autodominar-se por sua saúde. Nessa lógica, somos o que aparentamos ser, o nosso interior se cola ao que demonstramos no exterior e conseqüentemente se confunde nele.

Ao pensar na regulação do corpo como um atestado de sinais de autocontrole e de um ser humano virtuoso, deparamo-nos com a incompetência para exercer a vontade no domínio do corpo e da mente, o que Costa (2005) denomina estultícia. Tal discussão remete à categoria do desviante, daquele que não trabalha em prol da sua saúde e anda na contramão dela. Os estultos são os errantes na forma de vivenciar o corpo e na conduta diante dele, “estragando-o”. Dentre os estultos, bulímicas e anoréxicas estariam incluídas na categoria ‘desregulados’, marcada pela incapacidade de regulação das carências físicas e emocionais (p.195).

A palavra anorexia significa literalmente “sem desejo, sem apetite”, porém o que a jovem anoréxica demonstra é a recusa em alimentar-se, o que não quer dizer que a

recusa esteja ligada a uma ausência de vontade de comer ou a ausência de desejo. (Fernandes, 2006). A clínica psicanalítica relaciona recusa alimentar ao desejo intenso e ambíguo que tenta ser controlado por uma vontade obstinada de recusá-lo. Seguindo tal linha de pensamento, discutiremos a seguir como desejo e necessidade se diferenciam, articulando-os à vontade.

Desejo, necessidade e vontade

No quadro dos transtornos alimentares, percebemos como a anoréxica e a bulímica subvertem o vínculo entre alimentar-se e nutrir-se, entre comer e sobreviver. É nessa subversão que encontramos o desejo em primeiro plano. Aqui, como na teoria do apoio³ em Freud, a fantasia corrompe a função biológica.

Freud (1900/1996), ao falar da natureza psíquica dos desejos, refere-se ao funcionamento do aparelho psíquico, em que as excitações produzidas pelas necessidades internas buscam descarga por via motora. Embora o bebê faminto grite ou dê pontapés, a situação não se altera, pois a excitação de uma necessidade interna se deve a uma força sempre em ação. Ao oferecer-lhe o seio, a mãe lhe propicia uma experiência de satisfação. A mudança só ocorre com essa “vivência de satisfação”, que elimina o estímulo interno.

Desse modo, o que caracteriza a vivência de satisfação é uma percepção específica, nesse caso, a do seio gratificador, em que a imagem mnêmica fica associada ao traço mnêmico da excitação produzida pela necessidade. Quando esta for despertada novamente, surgirá de imediato uma moção psíquica que procurará restabelecer a situação da satisfação original. Para Freud, essa moção é o desejo e o que o caracteriza é a experiência alucinatória, visando a repetição da percepção vinculada à satisfação da necessidade.

Freud enlaça desejo e memória, o desejo busca a realização pela reprodução alucinatória das percepções antigas nas percepções presentes, mas diante da impossibilidade de se ter completamente algo que está no passado, acaba-se tendo uma satisfação parcial. O desejo é essa busca incessante por um objeto que não é real, mas que já está revestido de signos, constituindo um fantasma, e que, desse modo, não se confunde com uma necessidade que tem um objeto definido cujo consumo traz a satisfação. (Chauí, 1990).

Há também desejos adquiridos na inter-relação humana, ampliando o campo do desejo ao longo da experiência. Esse acúmulo de representações diferencia o humano do animal, configurando o desejo humano além dos impulsos naturais inatos (Monzani, 1995, p.80). Há algo que escapa ao que é tomado como necessário ao organismo. Tal discussão pretende diferenciar o que é da ordem da necessidade do que é da ordem do apetite⁴, procurando se aprofundar no último aspecto como movimento desejante.

³ Segundo Laplanche e Pontalis (2004), a teoria do apoio em Freud se refere à relação primitiva das pulsões sexuais com as pulsões de autoconservação, em que as pulsões sexuais se apóiam inicialmente nas funções orgânicas vitais e só secundariamente se tornam independentes.

⁴ Na filosofia moderna, o desejo é referido como *appetitus*.

Nos transtornos alimentares, observamos um movimento contrário ao discurso científico sobre certa quantidade de calorias que teoricamente deveriam suprir e saciar as necessidades do corpo, repondo os nutrientes gastos no decorrer do dia. Enquanto na bulimia, os alimentos parecem nunca satisfazer, ainda que todos sejam empurrados de uma vez só, na anorexia, observamos a recusa em alimentar-se levando à perda da necessidade de comer.

Ao nos depararmos com a atitude da bulímica diante do alimento, observamos que a busca pela comida é um ato repetitivo que tende ao infinito, o que nos lembra o vício, em que a droga é imprescindível e parece governar a vida do indivíduo. Mc Dougall (1997) afirma que a adição é como um estado de escravidão, cujo objeto é vivenciado como essencialmente “bom” e se torna a única forma de dar sentido à vida do sujeito. Para ela, o comportamento aditivo intenciona mitigar sentimentos que geram uma tensão psíquica insuportável.

Destacamos no movimento desejante os motivos inconscientes, que, apesar de não serem conhecidos, operam decisivamente no funcionamento do indivíduo. Para Freud, o inconsciente está em tudo, caracterizando-se por sua dinamicidade. (Garcia-Roza, 2004)

Sissa (1999) vincula o movimento aditivo ao desejo:

uma prática que faz funcionar realmente o poder de um desejo que se torna insaciável e cada vez mais devorador, até um ponto que a satisfação nunca definitiva – chave de um prazer plural, móvel e renovável – se transforma neste caso em tolerância e dependência: fixação sobre produtos dos quais não se pode mais prescindir, para não sofrer muito. (p.8)

O apetite é uma noção central na toxicomania, pois revela sua insaciabilidade e poder devorador que apaga a subjetividade e transfere as expectativas e ações do sujeito para o drogar-se. Abordar o desejo a partir da adição nos ajuda a compreender sua dinâmica assim como a diferenciá-lo da necessidade, ainda que na toxicomania, a droga seja vivida como possibilidade real de aplacar os males.

O modelo aditivo evidencia que o próprio funcionamento do desejo revela uma retroalimentação de sua força, o que nos permite dizer que ela não se exaure nunca. Além disso, o prazer enquanto descarga da tensão só é percebido como tal na toxicomania quando se experimenta um estado prévio de excitação e posterior eliminação desta. O não-esgotamento desses estados é pré-condição para que se mantenha vivo o desejo pela droga.

O ato de comer na bulimia parece uma tentativa de escapar de uma situação dolorosa. Semelhante à adição, a escravidão ao alimento se constitui como única opção existente para dar sentido ao desconhecido. Quando ingerir o alimento se torna algo desconfortável, como se a bulímica ficasse “entalada”, é preciso expulsar essa ameaça e, então, vomitar.

A filosofia antiga já abordava o desejo como insaciável. Submeter-se ao desejo é entregar-se a um tirano sem medidas. É a busca de sensação de plenitude que nos faz poupar, armazenar e ingerir. O desejo se desenvolve nessa perspectiva do movimento de

encher-sem-nunca-encher. Segundo Platão, a parte desejante de nossa alma tem a forma de um vaso furado e de uma tarambola, ave aquática que come e defeca ao mesmo tempo. (Sissa, 1999)

O desejo aponta numa direção distinta da necessidade. Enquanto nesta, há algo finito capaz de satisfazer como a água que “mata” a sede ou um alimento que sacia a fome, no desejo, não há objeto que garanta tal saciedade. Mc Dougall (1997) enfatiza que, na concepção freudiana, os objetos de necessidade são inatos, enquanto os objetos do desejo são criados.

Perelson (1994) discute a dimensão trágica do desejo que é compreendida como o próprio desejo do trágico: o que é desejado não satisfaz o desejo completamente, por não ser absoluto. O desejo é tal movimento em direção ao objeto absoluto perdido e só se sustenta porque o ser desejante se depara com objetos parciais, que não levam à plena satisfação. Essa inacessibilidade do objeto alimenta o desejo em sua interminabilidade. (p.13)

Tal discussão remete à distinção da leitura psicanalítica entre instinto e pulsão. Se o instinto se dirige a objetos absolutos que pretendem totalizar o sujeito, a pulsão atravessa o sujeito, marcando o vazio, perfurando os objetos, pervertendo a ordem natural da necessidade, a possibilidade do objeto se oferecer como complemento (p.67). Não seria a tentativa de recuperar uma realidade irrecuperável (p.57), e sim a busca de algo que não chegou a ser inscrito na cadeia associativa de representações e que, portanto, já está para sempre perdido.

Não se trata de uma explicação racional para a anoréxica ou para a bulímica sobre o que é necessário e ideal. A leitura, nesse estudo, se dá a partir da força do desejo de comer na anorexia e na bulimia, que é marcada pelo grande esforço de controlá-lo. Talvez até agredir o próprio corpo, privando-lhe do alimento, seja preciso para tentar dominar a fera do inconsciente. Ou comer e expulsar para se ter a sensação de que é possível ser o domador de seus próprios impulsos.

Considerações finais

Os manuais de classificação diagnóstica tem determinado unilateralmente o olhar clínico no diagnóstico dos transtornos alimentares. Elementos que direcionariam o olhar são transformados em regras. Há ênfase no peso corporal como critério determinante para a caracterização desses quadros, desconsiderando o desejo do sujeito de quem se fala.

A vontade aparece como doentia, patológica, afinal indaga-se como se deseja algo que aos poucos destrói o corpo do sujeito e que o faz perder o controle, a ponto de questionar-se sobre o papel que ocupa na relação sujeito/objeto, sendo escravo compulsivo de um objeto que pode chegar a apagá-lo, assim como a droga na drogadição.

O discurso da patologização da vontade satura as possibilidades de compreensão nos quadros da anorexia e da bulimia, pois a partir de uma classificação restrita que só permite normal e patológico, o limiar se torna ínfimo para a escuta de um sujeito que

sofre por não conseguir comer moderadamente, como se o saudável e o recomendável fossem inaudíveis.

Submissão: dez/2012

Aceite: dez/2012

Bibliografia

Alves, E., Vasconcelos, F. de A. G. de, Calvo, M. C. M. e Neves, J. das. (2008). Prevalência de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino do Município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(3), 503-512.

American Psychiatric Association. (1994). *DSM-IV Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (4a Ed. revisada). Washington DC: American Psychiatric Press.

Birman, J. (2006). *Arquivos do mal-estar e da resistência*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Bosi, M. L. M., Luiz, R. R., Uchimura, K. Y. E Oliveira, F. P. de. (2008). Comportamento alimentar e imagem corporal entre estudantes de educação física. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57(1), 28-33.

Chauí, M. (1990). Laços do desejo. In: NOVAES, A. *O desejo*. São Paulo: Companhia das Letras, 19-66.

Costa, J. S. F. (2005). *O vestígio e a aura: corpo e consumismo na moral do espetáculo*. Rio de Janeiro: Editora Garamond.

Fernandes, M. H. (2006). *Transtornos alimentares: anorexia e bulimia*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Fiates, G.M.R., & Salles, R.K. (2001). Fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares: um estudo em universitárias. *Rev Nutr.*, 14(3), 3-6.

Freud, S. (1900). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade.. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. v. VII, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Garcia-Roza, L.A. (2004). *Freud e o inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Gleaves, D. H., Williamson, D. A. e Barker, S. E. (1993). Confirmatory factor analysis of a multidimensional model of bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 173-176.

Goulart, M. T. A. (2003) *Anorexia nervosa: Uma leitura psicanalítica*. Rio de Janeiro: PUC. Dissertação - Mestrado em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Herscovici, C. R. (1997). *A escravidão das dietas*. Porto Alegre: Ed. Artmed.

Ilabaca, P. T. (1996). Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa: clínica y epidemiología de 90 casos. *Rev Psiquiatr Clín.*, 33(1/2), 17-32.

Johnson, F. & Wardle, E. J. (2005). Dietary restraint, body dissatisfaction and psychological distress: a prospective analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 119-125.

Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (2004). *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.

Mc Dougall, J. (1997). *As múltiplas faces de Eros: uma exploração psicanalítica da sexualidade humana*. São Paulo: Martins Fontes.

Monzani, L. R. *Desejo e Prazer na Idade Moderna*. (1995). Campinas: UNICAMP.

Organização Mundial da Saúde. (2007). *CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. 10ª rev. Consultado em 19 de outubro de 2010, em <http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>.

Perelson, S. (1994). *A dimensão trágica do desejo*. Rio de Janeiro: RevinteR.

Pinzon, V., & Nogueira, F.C. (2004). Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares. *Rev Psiq Clin.*, 31(4),158-160.

Sissa, G. *O prazer e o mal: filosofia da droga*. (1999). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Souto, S. & Ferro-Bucher, J. S. N. (2006). Práticas indiscriminadas de dietas de emagrecimento e o desenvolvimento de transtornos alimentares. *Revista de Nutrição*, 19(6), 693-704.

Stice, E., & Bearman, S. K. (2001). Body image and eating disturbances prospectively predict growth in depressive symptoms in adolescent girls: A growth curve analysis. *Developmental Psychology*, 37, 597–607.

Stice, E., Hayward, C., Cameron, R. P., Killen, J. D. e Taylor, C. B. (2000) Body image and eating disturbances predict onset of depression in female adolescents: A longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 438–444.

Stice, E. Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. (2002). *Psychological Bulletin*, 128, 825–848.

Stipp, L.M. & Oliveira, M. R. M. (2003). Imagem Corporal e atitudes alimentares: diferenças entre estudantes de nutrição e psicologia. *Saúde Rev.*, Piracicaba, 5(9), 47-51.

Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M. e Tantleff-Dunn, S. (1999). *Exacting beauty: Theory, assessment, and image disturbance*. Washington, DC: American Psychological Association.

Thompson, J.K., & Stice, E. (2004). "Thin-ideal internalization: Mounting evidence for a new risk factor for body-image disturbance and eating pathology".

Current directions in abnormal psychology. Upper Saddle River, NJ: Current directions in abnormal psychology, Pearson Education, Inc., p.97-101.

Stice, E., & Shaw, H. (2002). Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of bulimic pathology: A synthesis of research findings. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 985-993.

Walsh, J. M. E., Wheat, M. E. e Freund, K. (2000), Detection, Evaluation, and Treatment of Eating Disorders. *Journal of General Internal Medicine*, 15, 577–590.

Weinberg, C. Adolescer no mundo atual. (2001). In: C. Weinberg (Org.), *Geração delivery: adolescer no mundo atual*. (pp. 7-11). São Paulo: Sá.