

## O sentido na anorexia nervosa

### **Christina M. Morgan**

Psicóloga

Especialista em Psicologia da Saúde pelo Departamento de Psiquiatria da UNIFESP

Doutora em Ciências pelo Departamento de Psiquiatria da UNIFESP

Coordenadora do Setor de Psicologia do PROATA - Programa de Atenção aos

Transtornos Alimentares - Departamento de Psiquiatria - UNIFESP

Trainee da IX Turma do Curso de Formação da SBPA

### **Fernanda G. Moreira**

Psiquiatra e Psicoterapeuta

Professora Afiliada da UNIFESP

Analista Junguiana pela SBPA

<http://fernandagmoreira.com.br/>

### **Luísa de Oliveira**

Psicóloga

Mestre pelo Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica do Núcleo de Estudos Junguianos da PUC-SP

Professora do curso de psicologia da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde da PUC-SP

Trainee da IX Turma do Curso de Formação da SBPA

### **Contatos:**

Christina M. Morgan

São Paulo, SP

Tel: (11) 5574-0905

Cel: (11) 99607 – 8991

e-mail: [christinamorgan@terra.com.br](mailto:christinamorgan@terra.com.br)

## **O sentido na anorexia nervosa**

**Christina M. Morgan, Fernanda G. Moreira, Luísa de Oliveira**

A anorexia nervosa é um transtorno psiquiátrico caracterizado por um estado de inanição mantido voluntariamente e justificado por um medo mórbido de engordar. O medo de engordar apoia-se, por sua vez, em uma sobrevalorização da forma e do peso corporal, vivenciados como centrais na identidade do indivíduo (APA, 1994).

A etiologia deste transtorno é multifatorial e complexa. Envolve a interação entre diversos elementos, atuantes em diferentes etapas do desenvolvimento (GARNER, 1993). Por exemplo, os fatores de predisposição determinam uma vulnerabilidade, mas não definem a ocorrência do transtorno. Ao longo do desenvolvimento, fatores protetores e fatores estressores podem acentuar ou diminuir essa vulnerabilidade. E ainda assim, os fatores desencadeantes e mantenedores são necessários para que o quadro se estabeleça. Neste artigo, são traçadas algumas hipóteses sobre a vulnerabilidade psicológica que propicia a anorexia nervosa e suas implicações para o manejo terapêutico.

A fonte para o levantamento dessas hipóteses é o atendimento clínico individual de pacientes com anorexia nervosa. Embora indivíduos de ambos os sexos sejam acometidos por esta patologia, ela é mais frequente em jovens do sexo feminino (HOEK, 2003). O sentido simbólico dos sintomas anoréxicos será abordado, neste artigo, na perspectiva mais típica da doença, ou seja, de uma jovem do sexo feminino.

O acompanhamento desses casos torna possível observar uma configuração particular da relação das pacientes com a figura materna e da vivência matriarcal.. A relação com a mãe pessoal é considerada aqui como um dos símbolos do arquétipo materno, já que são várias as pessoas que exercem a função de maternagem ao longo do desenvolvimento.

Na vigência da anorexia nervosa, a relação de uma jovem com a figura materna adquire um colorido peculiar e paradoxal: o emagrecimento acentuado e a restrição alimentar auto-imposta são sintomas que convocam a mãe em uma de suas funções primordiais – a da alimentação - e que colocam a filha em uma posição regressiva, de dependência absoluta. No entanto, ao mesmo tempo em que é convocado, o cuidado

materno é profundamente rejeitado. Os sintomas manifestam assim uma recusa à dependência e uma necessidade de diferenciação. Essa dualidade entre a necessidade de cuidado materno e, ao mesmo tempo, de distanciamento da mãe marca a sintomatologia alimentar (FUKS, 2003).

No início do atendimento clínico, a atitude preponderante das pacientes anoréxicas é de recusa. Elas se apresentam arrogantes, resistentes, hostis e poderosas. São autossuficientes e irredutíveis. São capazes de submeter toda a família às suas regras e rituais alimentares e, se não soubermos trabalhar, submetem-nos também ao seu funcionamento anoréxico. Provocam raiva, reações agressivas ou reações de abandono naqueles que procuram intervir. A paciente permanece aparentemente intocada pelo sofrimento. Aqueles à sua volta vivenciam grande preocupação e frustração, enquanto a anoréxica mantém-se firme no seu propósito.

Mas que propósito é esse que recusa a satisfação de uma das necessidades mais básicas do ser humano? Diz não à comida, ao cuidado, à proximidade, ao contato? Afirma que, mesmo na desnutrição, não se pode comer para não engordar.

Embora a recusa seja o primeiro aspecto abordado no tratamento, ela tem a função de compensar e encobrir déficits de outra ordem, que falam, na verdade, de uma grande fragilidade. Quando se acompanha as pacientes com anorexia nervosa no contexto de uma aliança positiva, percebe-se que por trás da fachada de força e determinação, que chega a ser objeto de inveja, revelam-se pessoas que pouco sabem de si mesmas. Elas não estão aptas a decodificar nem legitimar suas necessidades.

Hilde Bruch (1973), pioneira nos estudos sobre transtornos alimentares, já nos alertava para o fato de que o comportamento alimentar anormal era um elemento tardio da história das pacientes observadas. Tratava-se de um esforço desesperado para camuflar dificuldades ligadas às falhas na experiência de si mesmo, na organização e expressão das próprias necessidades. Apontava o profundo sentimento de incompetência para cuidar da própria vida, de ineficácia e desamparo que subjaziam ao aparente auto-controle de suas pacientes.

Percebe-se assim que a anorexia nervosa é uma patologia ligada a fracassos na estruturação de um sentimento de si mesmo que confira segurança e autonomia ao eu: uma espécie de sentido de validade interna. Estamos no campo das carências narcísicas

precoces, que ocorrem nos primeiros meses de vida, no âmbito daquilo que Neumann (1995) denominou a relação primal mãe-bebê.

É a experiência da relação primal que irá inaugurar a fase matriarcal do desenvolvimento, caracterizada pela predominância do arquétipo da Grande Mãe e do simbolismo a ele ligado.

Ternura, saciedade e prazer conferem um sentimento de segurança e de ser amado que é a base indispensável de um comportamento social positivo e de um sentimento de segurança em estar no mundo, e também de uma precoce e absolutamente indispensável confirmação da condição de vida independente da criança. (NEUMANN, 1995, p. 25)

Assim, para Neumann (1995), a experiência fundadora da estrutura egóica é inspirada pela Grande Mãe, que oferece a proteção ao instaurar o sentido de continuidade da existência. Estas experiências proporcionam a estabilização do que Galiás (1988, 1997) denomina de circuito matriarcal, o qual abarca a estruturação de dois papéis: Fm e M.

Fm é o papel “filho” referido ao arquétipo da Grande Mãe (papel Filho da Mãe). Este papel sempre iniciará sua estruturação com o “outro” e se ampliará com o “eu”. [...] Por exemplo, por muito tempo a criança recebe a comida de outro (mãe ou substituto) e com o aprendizado passa a “dar comida a si mesma” (comer sozinha). [...] É dessa forma que esse papel vai se estruturando com o outro, passando a se ampliar com o eu. (GALIÁS, p.72, 1997).

Já o papel M é “[...] responsável pela doação ao outro e a si mesmo desses mesmos cuidados matriarcais”. Dessa maneira, o circuito matriarcal é constituído pela aprendizagem das vivências referidas ao arquétipo da Grande Mãe pelo papel Fm, com integração pelo papel M. (GALIÁS, 1988, 1997).

O circuito matriarcal é, nos primeiros anos de vida, o circuito que permite o estabelecimento do narcisismo fundamental para o desenvolvimento posterior da personalidade. A mãe experimenta o arquétipo materno no seu polo ativo, mas revive a sua infância e projeta o bebê que foi no seu próprio bebê (SOLIS-PONTON, 2004). Identifica-se com ele e, assim, pode supor suas necessidades e satisfazê-las, dar-lhes nome e atribuir-lhes significado.

Ao mesmo tempo em que vê o seu narcisismo gratificado no seu bebê perfeito, a mãe se adapta ao que ele precisa e quer. Ao fazer isso, não só cuida das suas necessidades biológicas, mas também das emocionais, reconhece e valida o movimento do bebê (WINNICOT, 2000). Nessa interação narcísica, o bebê se sente protegido e humanizado.

Dessa maneira, a mãe transmite ao bebê o seu narcisismo. É importante comentar que o bebê também tem uma participação ativa nesse processo. Como mostram os estudos mais atuais sobre a interação mãe-bebê, tanto a mãe quanto o bebê exercem influência sobre as respostas um do outro (STERN, 1992; LEBOVICI, 2004). O bebê, sentindo-se amado pela própria mãe, constrói o seu próprio narcisismo, que lhe permitirá se desenvolver e “*aderir à vida*” (SOLIS-PONTON, 2004, p.33).

É nos olhos da mãe que a criança deve encontrar um espelho válido e efetivo que vai refletir de volta sua própria e verdadeira imagem. Isto pode implantar nela [a criança], para o resto da vida, o fato de que ela existe, de que ela está viva e, fundamentalmente, de que é aceita. Isto vai assegurar e consolidar o desenvolvimento do narcisismo saudável. Saudável o suficiente para que o indivíduo não precise de outros recursos - nem a ilusão de onipotência nem a inflação construída na identificação com a figura arquetípica (GORDON, 1985, p, 266, tradução nossa).

Em seguida, a mãe vai precisar se afastar do bebê para satisfazer as suas próprias necessidades, pois ela também registrou um narcisismo parental que a leva a garantir a própria sobrevivência. Mas o que o filho herdou já lhe confere a segurança necessária para que ele se sinta vivo mesmo estando longe da mãe. É o sentimento de consciência da própria existência que nasce aqui (LEBOVICI, 2004). Também é aqui que se iniciam os processos de diferenciação entre mãe e bebê.

O funcionamento anoréxico tange justamente falhas específicas na estruturação matriarcal nessas etapas iniciais, falhas essas que afetam a humanização deste arquétipo tanto na polaridade receptiva do filho como na polaridade ativa, provedora do autocuidado (GALIÁS, 1997). Lembremos que a imagem arquetípica da mãe não é constituída necessária e exclusivamente pela mãe biológica (NEUMANN, 1995, p. 167). Carências e dificuldades relacionadas a outras pessoas na função de cuidado, ou provenientes do ambiente também podem contribuir na constelação da grande mãe ferida ou insuficiente.

Supõe-se, então, que o processo de legitimação de um eu diferenciado da mãe tenha falhado na história destas moças. Citando Joyce McDougall, Gorgati (2002) coloca que haveria duas possibilidades dessa indiferenciação ocorrer: ou o bebê é investido de um interesse narcísico sufocante ou há um desinteresse da mãe, que o conduz a uma ânsia por fazer-se notar. É como se houvesse um “atropelamento” daquilo que é a expressão da subjetividade mais espontânea da filha. Parece que a menina, em vez de legitimar as próprias necessidades e desejos, aprende a identificar e corresponder à necessidade do outro. Não desenvolve recursos para realizar sozinha as funções de maternagem e se confortar em momentos de dor psíquica. Ou seja, a anoréxica não estruturou nem a capacidade de identificar e pedir cuidados maternos, nem de exercer a maternagem em relação a si mesma (GALIÁS, 1997). Ela sabe cuidar do outro, mas não de si mesma e acaba por proporcionar projetivamente ao outro aquilo que lhe falta.

Faz sentido, então, que anorexia ocorra justamente no início da adolescência. Com o advento da puberdade, a menina é convidada a retirar parte do investimento amoroso dos pais e dirigi-lo para fora, para o namorado, para o grupo, para o mundo. Na adolescência, a menina é impulsionada pela dinâmica do herói a exercitar sua autonomia e a exercer parcialmente as funções paternas e maternas, que até aquele momento experimentou apenas como filha, em relação a si mesma (GALIÁS, 1988). Esse processo compreende um “embate dos arquétipos de alteridade com os arquétipos parentais [...] conflitante e cheio de perigos para os adolescentes”. (BYINGTON, 1987, p. 75). Ela deverá poder cuidar-se, proteger-se e, finalmente, tornar-se mulher. Para isso deverá viver um luto, luto pela menininha perfeita do papai e da mamãe, pelos pais onipresentes da infância.

Nesse momento, é como se um abismo se abrisse sob os seus pés. Não há no que sustentar a saída do mundo familiar. “Há uma urgência de separação da mãe, simultânea a uma impossibilidade de menina perceber-se sem ela” (FUKS, 2003, p. 152). A anoréxica não se mantém em uma posição de imaturidade e dependência, nem se torna uma adolescente rebelde, cheia de ideais. Ela permanece em uma posição de isolamento e solidão, tomada de rituais rígidos, com tonalidades obsessivas, submetida a regras severas de autocontrole. Não pode apenas ficar regredida, nem seguir adiante e entrar na adolescência.

A fusão a um ideal de magreza juntamente com a manutenção de um estado de fome podem entrar em ação para anular e compensar os sentimentos de desamparo e abandono desse momento. Defensivamente à falha da estruturação matriarcal, a anoréxica recorre à rigidez e hiperexigência do registro patriarcal para lidar com a sua sensação de insuficiência (GALIÁS, 1997). Ela passa a lidar com as necessidades mais básicas de forma patriarcal: controlando, medindo, contando, restringindo. Priva-se daquilo que deseja, justamente porque o seu desejo a ameaça com o risco de regressão e dependência.

A recusa alimentar forja um sentimento de controle sobre a vida e sobre si mesmo, como se mediante o controle do corpo fosse possível ultrapassar suas vulnerabilidades. Daí decorre a tenacidade do apego à recusa. Nesse domínio, a anoréxica consegue marcar a expressão de sua autonomia e de seu desejo de diferenciação da figura materna, mas permanece, no entanto, encapsulada em um sintoma que, na verdade, a mantém na dependência.

Há nesta recusa autodestrutiva, uma afirmação de vida. Se não pudermos nos conectar com a função prospectiva da recusa, entraremos numa batalha inglória e sem vencedores.

## **Implicações para o tratamento**

### **Recuperação do peso**

Na anorexia nervosa, conforme explicitado anteriormente, a alimentação e o corpo estão funcionando como veículos de expressão de dilemas fundamentais quanto à própria identidade. No entanto, a questão alimentar não pode ser ignorada.

A privação alimentar sustenta o estado anoréxico: pensamentos obsessivos sobre comida, constante ruminação cognitiva sobre alimentação, isolamento, auto-absorção, regressão costumam acompanhar qualquer situação de desnutrição grave (POLIVY & HERMAN, 2002). A diferença entre uma anoréxica e uma pessoa desnutrida por outros motivos é que a anoréxica se mantém neste estado voluntariamente, com muita dedicação e esforço em uma tentativa contínua de combater os sinais que recebe do seu corpo. Ela vive uma batalha constante: quanto mais o corpo pede, mais ela resiste, quanto menos ela come, mais vai aumentar sua restrição.

Dessa forma, é imprescindível que o tratamento psicológico ocorra concomitantemente ao trabalho de recuperação nutricional (APA, 2006), o que coloca o terapeuta diante da necessidade de trabalhar em equipe.

Esse trabalho em equipe só se torna possível se, à especificidade de cada profissional da equipe, se aliar uma compreensão compartilhada do que subjaz a essa patologia.

### **Participação da família**

A experiência clínica demonstra que, mesmo quando a resistência mais feroz ao tratamento é ultrapassada, ainda assim a paciente não consegue se responsabilizar por sua alimentação. O processo de recuperação de peso, muitas vezes, tem que ser instituído e levado a cabo pelo outro: a mãe, a nutricionista ou pessoa autorizada a orientar sobre a alimentação ou mesmo servir o prato da paciente e acompanhar a refeição. Percebe-se que na vigência do quadro, a paciente não é capaz de legitimar suas vontades e necessidades ou defendê-las por si mesma. Comer desperta muito medo. Deve-se considerar um progresso o fato da paciente permitir que alguém a oriente sobre o que, quanto e quando comer.

Ocorre, muitas vezes, que outros profissionais e até familiares fiquem preocupados com essa “dependência” regressiva, confundindo-a com manipulação. Essa é uma interpretação muitas vezes errônea. O estado prolongado de desnutrição desorganiza os registros fisiológicos de fome e saciedade (BLUNDELL, 2002), deixando a paciente sem sinais claros a seguir. A paciente com anorexia precisa reaprender a comer. Para tanto é importante que ela sentia-se reassegurada de que não comerá em excesso, nem será subjugada pelo outro.

Ao aceitar temporariamente esse estado de coisas, a equipe salvaguarda uma oportunidade valiosa para o resgate de uma vivência matriarcal por excelência que, talvez, possa ser agora experimentada de modo renovado. A regressão possui um lado prospectivo ao ser, muitas vezes, o passo necessário para que nova progressão da libido possa ocorrer (JUNG, 1986). A saída da anorexia nervosa tipicamente coincide com a retomada da adolescência, que usualmente havia sido interrompida no início do processo.



A complexidade da anorexia nervosa torna evidente a necessidade do envolvimento da família com o tratamento. As pesquisas atuais indicam a abordagem familiar como um tratamento de eficácia para pacientes adolescentes com anorexia nervosa (LOEB, LE GRANGE, 2009). Nessa abordagem, o primeiro passo é o de autorizar os pais a exercerem suas funções parentais e instituírem a realimentação. Essa estratégia ao mesmo tempo em que lida com a necessidade alimentar da paciente, convoca os pais a exercer suas funções parentais e, portanto, tem um efeito na dinâmica familiar.

Cabe à equipe fortalecer e autorizar o exercício das funções parentais, mas também auxiliar a família a diminuir o nível de crítica e exigência familiar. Se, de um lado, é importante que os pais assumam temporariamente a responsabilidade sobre a alimentação e, portanto, sobre a saúde do doente, de outro, também é importante que propiciem o fortalecimento da autonomia em outras áreas de sua vida (LASK, 2000).

### **A Psicoterapia**

No atendimento psicológico de pacientes anoréxicas, estamos diante de indivíduos que pouco conhecem a respeito de si mesmos. A própria atividade de falar e ser escutada é nova. Quando referem não saber como se sentem e não terem controle sobre o que se passa com elas, não estão querendo se eximir do compromisso de trabalho. Estão descrevendo uma situação verdadeira de déficit no auto-reconhecimento. Como foi justamente esse processo de identificação e legitimação da experiência interna, dos desejos, sonhos, sentimentos e impulsos, que ficou deficitária, este é o resgate a ser proporcionado pela psicoterapia.

Assim sendo, inicialmente a intervenção deve ser menos baseada em interpretações do que em tentativas de reconstrução. E a paciente precisa se sentir autora dessa reconstrução. É como se fosse necessário lentamente, na dose adequada, fazer o resgate da experiência subjetiva, recontar uma história e construir seus sentidos.

Pode-se, com base nestas reflexões, criticar um método terapêutico em que a interpretação do analista venha pronta para revelar algo ao paciente que ele desconhece sobre si mesmo, na medida em que assim se repete a vivência da intrusão de uma mãe que sabe mais da filha do que ela mesma. Não raro as pacientes apresentam uma atitude

extremamente cordata: aceitam tudo o que é dito. Essa atitude só reflete um extremo temor diante do conflito, da diferença e não uma aceitação verdadeira. Por trás da atitude cordata, mantém suas crenças inabaladas.

Bruch (1973) propõe um método colaborativo e não-interpretativo de exploração dos acontecimentos e suas relações, que denomina o “uso construtivo da ignorância”.

“É de importância decisiva que o paciente experimente a sensação de ser um participante ativo de processo terapêutico. Se existem coisas a serem interpretadas, é importante que o paciente descubra sozinho e possa falar primeiro” (Bruch, 1973, p. 338).

Atualmente, parece haver consenso quanto à necessidade de uma abordagem mais interativa, ao mesmo tempo, questionadora e afetiva. Por contemplar os aspectos prospectivos dos sintomas, a psicologia analítica favorece a compreensão da necessidade de diferenciação intrínseca à recusa alimentar. Essa compreensão é extremamente importante, pois a psicoterapia de pacientes com anorexia nervosa evoca forte ambiguidade na relação transferencial: tem-se que trabalhar continuamente entre o medo da dependência e da intrusão e o desejo de ser cuidada como uma criança. “ (GALIÁS, 1997; FERNANDES, 2006). (esta frase, acho que do Fernandes, sobre a justa medida, acho tão bonita... Não podemos mantê-la?)

### **Os tempos da anorexia**

A recuperação do peso não garante a saída da anorexia nervosa. Só há uma ruptura do funcionamento anoréxico quando o desejo, a vontade, a fome, a gula, a indisciplina, ou seja, quando o dinamismo matriarcal emerge na consciência. São momentos de descontrole, de desmesura, que assustam e angustiam intensamente as pacientes e todos à sua volta. “Vai ficar gorda de novo”; “Vai virar delinquente”. Para a equipe profissional, a ameaça é “vai ficar bulímica”.

Esse é um momento crítico para a psicoterapia e, por isso mesmo, de fundamental importância. É o trabalho psicoterápico que pode dar continência a essa emergência dos aspectos que estavam banidos da experiência. Trata-se de fato da emergência descontrolada de aspectos ainda imaturos, mas que justamente são imaturos porque foram tão pouco vivenciados.

Para integrá-los a paciente poderá se valer das lições de autocontrole que teve com o sintoma anoréxico. É preciso que ela conecte-se com o sentido mais profundo dos seus sintomas: que aprendeu a não ser mais tão invadida pelos próprios impulsos. Este é o lado positivo, criativo da anorexia.

Da mesma forma em que não há como se sair de um estado de extrema restrição alimentar para um estado de consumo equilibrado e balanceado, não há como fazer a transição direta de uma infância não vivida para um estado de maturidade. Por outro lado, a impossibilidade de tolerar este momento por precariedade psíquica ou por má condução do caso pode levar a uma solução bulímica. É só neste momento que se anuncia a saída verdadeira da anorexia.

Para muitas pacientes que conseguem realizar esta travessia parece haver um ganho valioso da experiência anoréxica. Já para quem assiste aquelas meninas lúgubres e rígidas se transformarem em moças afetivas e profundas fica a sensação de se ter realizado uma travessia. A anorexia tem uma validade, é uma batalha heroica em busca de diferenciação, mas uma batalha com grande risco. Cabe a nós diminuirmos o risco, mas permitirmos a batalha.

## Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: text review, DSM-IV-TR. Fourth edition-revised. Washington, DC: American Psychiatric Press, 2000

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Practice Guidelines for the treatment of patients with eating disorders. Third edition. Washington, DC: American Psychiatric Press, 2006

BLUNDELL, J. A Psychobiological System Approach to Appetite and Weight Control. In FAIRBURN, C.G., BROWNELL, K.D. *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*. Segunda Edição. New York: The Guilford Press, 2002, p. 43-49.

BRUCH, H. *Anorexia nervosa, obesity and the person within*. Basic Books, 1973.

- BRUSSET, B., Conclusões Terapêuticas. In BRUSSTE, B., COUVREUR, C., FINE, A. (orgs) *A Bulimia*. São Paulo: Escuta, 2003, p 173-184.
- BYINGTON, C. (2008). Processo de elaboração simbólica. In: *Psicologia simbólica junguiana*. São Paulo: Linear B. p. 77-113.
- FERNANDES, M.H. *Transtornos Alimentares*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.
- FUKS, P.M. *O mínimo é o máximo: uma aproximação da anorexia*. In: FERRAZ, F., VOLICH, R.M., RANNA, W. *Psicossoma III- Interfaces Da Psicossomatica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007, p. 147-158.
- GALIÁS, I. Reflexões sobre o triângulo edípico. *Junguiana*, São Paulo, v. 6, p. 149-165, 1988.
- GALIÁS, I. Anorexia nervosa. *Junguiana*. São Paulo, v. 15, p. 70-80, 1997.
- GARNER D. The pathogenesis of anorexia nervosa. *The Lancet*, Londres v. 341, p. 1631-5, 1993
- GORGATTI, S.B. O feminino congelado na anorexia. In AIONSO S., GURFINKEL S.C., BREYTON, D.M. (orgs.) *Figuras clínicas do feminino no mal-estar contemporâneo*. São Paulo: escuta, 2002.
- GORDON, R. "Big Self and little self: some reflections." *Journal of Analytical Psychology*, v. 30, p. 261-271, 1985.
- JUNG, C. G. *Símbolos da transformação*. OC V. Petrópolis: Vozes, 1986.
- HOEK, H.W., VAN HOEKEN, D. Review of the prevalence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, v. 34(4), p. 383-96.
- LASK, B. Overview of Management. In LASK, B., BRYANT-WAUGH, R (eds). *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence*. East Sussex: Psychology Press, 2000, p. 167-185.
- LOEB, K.L., Le GRANCE, D. Family-Based Treatment for Adolescent Eating Disorders: Current Status, New Applications and Future Directions. *International journal of Child Adolescent Health*, v.2(2), p. 243-254, 2009.
- NEUMANN, Erich. *A Criança: estrutura e dinâmica da personalidade em desenvolvimento desde o início de sua formação*. São Paulo: Cultrix, 1995.
- POLIVY, J.; HERMAN, C.P. Experimental studies of dieting. In FAIRBURN, C.G., BROWNELL, K.D. *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*. Segunda Edição. New York: The Guilford Press, 2002, p.84 -87.

SOLIS-PONTON, L. A construção da parentalidade. In SOLIS-PONTON (org.) *Parentalidade: um desafio para o terceiro milênio*, São Paulo, Casa do Psicólogo, 2006, pg. 29-40.

WINNICOT, D. W. A preocupação materna primária. In: Winnicott, D. W. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000, p. 399-405.

## **Sinopse**

A anorexia nervosa caracteriza-se pela manutenção voluntária de um peso corporal abaixo do esperado para a idade e altura, justificada pelo medo de engordar. No presente artigo, discutem-se hipóteses sobre os fatores envolvidos na vulnerabilidade psicológica para a anorexia nervosa. Mais especificamente, abordam-se perturbações na relação precoce com a figura materna e na estruturação matriarcal, tanto na polaridade receptiva (filho) como na polaridade ativa, provedora do autocuidado (mãe). Estas perturbações podem gerar dificuldades no estabelecimento do narcisismo saudável, o qual é responsável por um sentimento de continuidade da existência e de validade subjetiva. Tais falhas precoces favorecem a adesão onipotente a um ideal de magreza e de autocontrole de forma compensatória. Discutem-se também as implicações que estas hipóteses trazem para o tratamento global da paciente e também e para a abordagem psicoterápica.

Palavras-Chave: Anorexia Nervosa; Dinamismo Matriarcal; Narcisismo; Psicoterapia; Psicologia Analítica.

## **Abstract**

Anorexia nervosa is characterized by a refusal to maintain a normal body weight for height and age, based on an intense fear of gaining weight. In this paper, we discuss hypothesis concerning the psychological vulnerability for anorexia nervosa. Specifically, we describe problematic issues in the primary relationship of the girl with mother figure. This experience of the mother archetype impairs both in its receptive polarity (daughter) as in its active polarity, which provides self-care. We suggest that these initial problems interfere with the establishment of a healthy narcissism and a basic sense of security and

inner validity that it provides. The anorexic patient seems to compensate for this lack of a solid narcissistic foundation with an omnipotent weight control and rigid ideal of thinness. We also discuss implications of these ideas to patient management and psychotherapy.

Key-words: Anorexia Nervosa, Matriarchal Dynamism, Narcissism, Psychotherapy, Analytical Psychology,