

**RANIELLE LUCENIN DA SILVA**

***Anorexia Precoce: um estudo sob a perspectiva da  
Psicologia Analítica***

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA**

**SÃO PAULO**

**2017**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO**  
**FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE**  
**CURSO DE PSICOLOGIA**

**RANIELLE LUCENIN DA SILVA**

**Anorexia Precoce: um estudo sob a perspectiva da  
Psicologia Analítica**

**Trabalho de Conclusão de Curso como  
exigência parcial para a graduação  
no curso de Psicologia, sob a orientação da  
Profª Drª Marina Pereira Gomes**

**SÃO PAULO**

**2017**

---

A saúde mental na infância é uma área de estudo dentro da Psicologia que já possui grandes contribuições; entretanto, a pesquisa sobre os dinamismos psíquicos é algo infindável. Direcionar o olhar para a apreensão da primeira fase de desenvolvimento humano poderá fornecer dados importantes para a compreensão da criança, assim como ressaltar de que modo experiências primais influenciarão na identidade a ser construída ao longo da vida.

O objetivo desse trabalho foi abordar questões referentes à apresentação da anorexia nervosa no primeiro ano de vida. Para isso foram estabelecidas correlações entre o dinamismo da doença, seu simbolismo a nível corporal e a influência das primeiras relações afetivas sobre o surgimento e manutenção de possíveis sintomas. A partir das contribuições da Psicologia Analítica foram elencados conceitos que abordam a relação primal, a participação arquetípica na construção do ego e da abertura relacional para com o mundo, o simbolismo corporal como viés de compreensão de sintomas e as peculiaridades da anorexia nervosa dita precoce. Foi realizado um levantamento teórico e a discussão de contribuições de autores dentro da Psicologia Analítica, da Psicossomática e da Psicologia do Desenvolvimento. Após a junção e análise de conceitos primordiais para o entendimento do dinamismo psíquico infantil e suas configurações quanto ao quadro clínico da Anorexia Precoce, foi possível evidenciar algumas conclusões.

A relação primal, além de fornecer a base indispensável para a sobrevivência e desenvolvimento orgânico, atuará de forma direta na construção da relação que o indivíduo possui com o meio externo e em relação à percepção de si mesmo. Sendo assim, a pesquisa conclui que questões referentes à saúde psíquica dos pais/cuidadores influenciarão na construção da relação ego-Self da criança. Mas é necessário ampliar o olhar para a participação arquetípica na construção desse relacionamento. A junção dessas influências coletivas e de construção a nível pessoal, sejam conscientes ou inconscientes, irão construir uma predisposição à apresentação da anorexia precoce que está ligada às ansiedades maternas e a pouca participação paterna como regulador da relação simbiótica entre mãe e bebê. O trabalho propõe a não culpabilização dos cuidadores e sim a necessidade de abertura de espaços onde

essa relação seja discutida e o devido suporte emocional disponibilizado para pais/cuidadores e filhos.

Palavras-Chave: anorexia nervosa, primeiro ano de vida, participação arquetípica, relação primal, simbolismo corporal.



## AGRADECIMENTOS

---

Os caminhos que a graduação em Psicologia abre para nós, estudantes, são os mais curiosos e diversos possíveis. Pensar em escolher um tema ou área de estudo para se aprofundar e assim mostrar uma pequena parcela do crescimento pessoal e acadêmico adquirido durante os quase cinco anos tornou-se uma tarefa difícil antes mesmo do início das orientações da monografia. Restringir o leque de interesses e de assuntos que poderiam contribuir de forma efetiva para a Psicologia como área de estudo é tão impalpável quanto seria o desejo de compreender tudo aquilo que se passa no dinamismo psíquico de um ser humano. Entretanto, de alguma forma, eu tinha como certeza o interesse em abordar questões referentes ao início da vida; sim, aquela fase do desenvolvimento muitas vezes ainda negligenciada ou evidenciada como sendo uma existência passiva e pouco diversa.

A infância, mais explicitamente os primeiros anos de vida, toma minha curiosidade de uma maneira muito significativa; não sei definir concretamente se isso ocorre por conta da pouca quantidade de estudos sobre essa faixa etária dentro de algumas abordagens, ou se meu interesse está justamente em ser um momento da vida no qual a comunicação verbal, que tende a ser muitas vezes nossa maior ferramenta de trabalho, ainda é tão pouco desenvolvida o que torna necessária uma ampliação do olhar para outras percepções. E dentre as possíveis formas de se tentar compreender e atuar de forma positiva, ainda nessa tenra infância, a relação estabelecida entre o bebê e seus cuidadores comprovou ser um rico arcabouço de questionamentos, afetividade e, é claro, um impulso de desenvolvimento psíquico.

Essa se tornou a minha questão de estudo: o primeiro ano de vida e a forma pela qual podem estabelecer-se correlações entre o relacionamento primal e a construção de uma psique mais integrativa. Entretanto, antes de chegar a essas primeiras conclusões, passei por um longo processo de pesquisa, e os passos que dei nesse percurso foram, por muitas vezes, apoiados por aqueles que forneceram o suporte que tornou essa construção teórica possível.

Inicialmente eu agradeço pelo apoio que minha família sempre forneceu durante a minha graduação como um todo, não apenas nessa reta final. Não conseguiria

descrever, nem em mil páginas, todas as vezes que meus pais tornaram meu sonho de me graduar possível, e esses esforços por parte deles vem de muito antes da entrada na faculdade. Graças à importância que eles deram para minha formação acadêmica e o carinho que nunca cessaram de deixar à minha disposição, consegui encontrar, em casa, uma base de apoio que se tornou indispensável para lidar com os empecilhos durante a construção desse trabalho. Sendo assim, obrigada aos meus familiares por terem sido muito mais que fornecedores de um relacionamento efetivo; grande parte daquilo que eu posso afirmar ter me tornado tem influências do amor incondicional que vocês me permitiram conhecer e vivenciar.

A frase “nada disso seria possível sem vocês” pode ser caracterizada como um clichê, mas será fazendo uso dela que darei início ao agradecimento que direciono aos meus amigos. Sim, meus amigos, todos vocês que eu posso denominar por meio desse conceito que abrange um sentimento tão único e especial que não pode ser descrito em palavras, nem fazendo uso dos melhores elogios que eu conheço seria possível resumir o que vocês significam para mim. A amizade é uma construção de laços afetivos pela qual eu sempre tive muita dedicação em fazer florescer e, quando as primeiras dificuldades foram aparecendo, foi em vocês que eu encontrei um lugar para chamar de “casa”. Meu sincero agradecimento aos incentivos, aos abraços e aos momentos onde eu deveria estar escrevendo parágrafos para meu TCC, no entanto, estava “jogando conversa fora”. Foram justamente esses momentos que me retiravam das obrigações acadêmicas que me permitiram experienciar essa construção teórica de uma forma mais leve e possível de ser realizada. Sendo assim, muito obrigada pelo suporte emocional, mas não só: meu sincero agradecimento pelas brincadeiras, risadas, e pelos momentos onde eu pude vivenciar o que é de fato ter a companhia entregue e verdadeira de outro ser humano.

A elaboração desse trabalho também não teria acontecido sem a ajuda constante da minha orientadora Marina Pereira Gomes. Muito obrigada por ter se tornado a minha guia nos momentos onde eu me via completamente perdida em meio às conceituações teóricas e até mesmo em contradição com os meus próprios desejos quanto à construção deste projeto. Além de ter disponibilizado tempo para acompanhar as minhas formulações, você também soube como me mobilizar no sentido de encontrar caminhos próprios para realizar essa tarefa. O seu papel de guia transformou-se em uma parceria, na qual eu consegui me sentir capaz de criar algo

novo, porque sabia que teria seu respaldo sempre que eu precisasse de auxílio. Somente passando pela experiência de construir uma tese eu posso perceber o quanto o papel do orientador é fundante dentro desse processo. Fica aqui meu sincero agradecimento pela sua atuação profissional.

Por fim, eu não poderia deixar de ressaltar a importância dos professores que lecionaram as mais diversas matérias ao longo da graduação. Não seria possível elencar cada nome e o porquê cada um de vocês construiu um pouco da minha formação, o que inclui a realização desse trabalho de conclusão. Agradeço pela disponibilidade, pela dedicação em ensinar e principalmente por dispor um ambiente no qual a troca de ideias é bem-vinda.

INTRODUÇÃO .....	9
<i>Objeto de Pesquisa</i> .....	13
METODOLOGIA.....	14
ANOREXIA NERVOSA .....	16
<i>Definição Psiquiátrica do Quadro Clínico</i> .....	17
<i>Anorexia Precoce</i> .....	18
<i>Patogênese da Anorexia Nervosa</i> .....	23
PRIMEIRO ANO DE VIDA.....	28
<i>Desenvolvimento Orgânico</i> .....	29
<i>Construção dos Relacionamentos Interpessoais</i> .....	33
<i>Desenvolvimento do Ego</i> .....	37
SIMBOLISMO CORPORAL.....	42
<i>Contextualização Geral sobre o Tema</i> .....	43
PARTICIPAÇÃO ARQUETÍPICA .....	47
<i>Definição</i> .....	48
<i>Arquétipo Materno</i> .....	51
<i>Arquétipo Paterno</i> .....	55
DISCUSSÃO .....	57
CONCLUSÕES FINAIS.....	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	67

## INTRODUÇÃO

---



Figura 1 - Infância

Fonte: Mykaoro Wordpress, 2014.

Disponível em: <https://mykaoru.wordpress.com/>, último acesso em: 07/06/2017

A loucura vai além da menção a uma patologia. É uma palavra que possui múltiplos significados, mas todos eles parecem estar relacionados a um estado psíquico que foge do que é visto como normal ou esperado em meio à sociedade.

Segundo o Dicionário Michaelis (2009) o verbete loucura possui como significado:

**1** Estado de quem é louco.

**2 Med** Desarranjo mental que, sem a pessoa afetada estar ciente do seu estado, lhe modifica profundamente o comportamento e torna-a irresponsável; demência; psicose.

Dentro do curso de Psicologia o contato com a saúde mental é uma das bases primordiais da graduação. As inúmeras abordagens teóricas tecem conceitos e descrições sobre o funcionamento da psique e buscam oferecer a possibilidade de conhecimento sobre essa dimensão da composição humana. Trata-se de um campo sobre o qual muitas pesquisas já foram feitas e inúmeros resultados obtidos. Entretanto, a possibilidade de adquirir novas informações relevantes em estudos sobre saúde mental é tão vasta quanto a noção de inconsciente.

Acredito que, independente da teoria escolhida em busca desse conhecimento, é inegável a importância de se ressaltar a singularidade do indivíduo no qual essa alteração da dinâmica psíquica se manifesta. Cada indivíduo possui uma história de vida única, uma dinâmica psíquica que funciona de maneira singular que é influenciada não apenas pelo inconsciente pessoal mas também pelo inconsciente coletivo. Ou seja, além da história da humanidade, a história pessoal vivida pelo indivíduo, suas ações e crenças, assim como os acontecimentos significativos, influenciam em quem cada um de nós se tornará ao longo da vida.

No estudo do funcionamento patológico da psique humana, a literatura traz contribuições variadas sobre a possibilidade de sintomas e quadros clínicos, nos quais um diagnóstico consegue dar um direcionamento para que se entre em contato e se busque uma melhora da vivência do indivíduo. A Psiquiatria vem durante anos estudando a forma pela qual essas patologias se apresentam e procurando uma forma de se adequar ao atendimento e remissão dos sintomas debilitantes desse tipo de patologia que, além de causar sofrimento ao enfermo, também causa angústia aos

seus cuidadores. Ao lado da Medicina, a Psicoterapia possui fortes contribuições a oferecer. O olhar voltado para a subjetividade daquele que se encontra diante do terapeuta propicia uma relação de suporte emocional e de busca por uma compreensão de componentes conscientes e inconscientes e de como eles influenciam a vida desse indivíduo. Além dessa visão subjetiva, é importante enxergar a Psicopatologia como um processo que ocorre dentro do desenvolvimento psíquico humano; ela é um fato e, sendo assim, não deveria ser contatada como algo anormal à vivência humana.

A Psicopatologia é a área clínica que estuda os fenômenos mentais, desde aquilo que é esperado como “normal” para o desenvolvimento humano, até as patologias psíquicas onde se evidencia o sofrimento psíquico. Para se chegar a esse objetivo é necessário levar em consideração os vários componentes formadores de um indivíduo, já que é esse o estudo que irá auxiliar no conhecimento de fenômenos que, apesar de serem observados ao longo da história humana, ainda tem muito a serem investigados e entendidos. Além de uma psicopatologia relacionada à fase de vida adulta, também surgiu, ao longo do tempo, a psicopatologia que se dedica à compreensão da infância e seus “distúrbios”. Esse estudo é de grande importância para aqueles que trabalham com crianças, principalmente os psicólogos e psiquiatras, obviamente, sem esquecer que dentro das escolas e do convívio familiar esse conhecimento também é imprescindível.

A psicopatologia infantil está relacionada às diferenças que uma criança apresenta em comparação ao que seria esperado para a sua idade. Na fase da infância o que é levado em consideração para diagnosticar uma criança dentro de padrões psicopatológicos é muito variado. A criança está inserida em um contexto social e familiar muito singular e em pleno desenvolvimento psíquico, biológico e de interação social. Sendo assim, as áreas a serem levadas em consideração na avaliação da criança diante de uma suspeita de psicopatologia são a afetiva, sexual, cognitiva, familiar, desempenho escolar, de regulação emocional, assim como a harmonia de comportamentos no cotidiano.

Com o intuito de contribuir para com esse olhar mais direcionado à saúde mental desde a tenra infância, abordarei uma psicopatologia bem conhecida entre a

sociedade: a anorexia. Porém, sua ocorrência logo no primeiro ano de vida ainda é pouco estudada e discutida.

Realizando uma leitura do livro *A criança e seu Corpo – Psicossomática da Primeira Infância (1981)* tornou-se mais evidente que existem algumas características próprias da infância no que diz respeito a esse desenvolvimento e que esse estágio precisa ser cada vez mais estudado e compreendido. Muitos distúrbios são abordados nesse livro e a psicossomática é a visão que norteia os conceitos nele apresentados. A minha curiosidade se estendeu em sentido do estudo dos Transtornos Alimentares nesse primeiro estágio da vida e dessa forma será a Anorexia Precoce que irei abordar. Segundo o Kreisler (1981), a Anorexia do bebê é um acontecimento que aparece na prática pediátrica cotidiana e tende a se apresentar no segundo semestre de vida; o bebê começa a alimentar-se em menor quantidade, ou até mesmo “pulando” refeições, tornando-se assim uma criança mais frágil; no entanto, seu organismo continua se desenvolvendo. Existe uma diversidade nas formas clínicas da anorexia nesse estágio inicial da vida; a Anorexia Simples (distúrbio reativo) e Anorexia Complexa (intensidade dos sintomas e resistência aos métodos habituais de tratamento). Nesse trabalho, será a Anorexia Complexa, de origem conflitiva, que irei abordar. Partirei da questão de que, nessa situação, existe uma relação conturbada entre a mãe e o bebê e que, aos olhos da psicanálise, influencia o desenrolar da patologia.

*“Anna Freud mostra a relação entre a alimentação e as etapas da formação da relação objetal. No estágio narcisista, o bebê oscila entre o estado de tensão da forma e o da sua satisfação. Ulteriormente, a satisfação começa a voltar-se para o alimento, ele próprio fonte de gozo. A diferenciação do alimento e do seu modo de administração marca o período intermediário entre o estágio narcisista e o amor objetal. No estágio objetal, a criança transfere sua fixação libidinal para a mãe distribuidora de alimento. Portanto, a anorexia simboliza o conflito com a mãe”.*

(KREISLER L., FAIN M. e SOULÉ M. 1981, p. 116).

Um componente chamou-me a atenção ao entrar em contato com esse fragmento do pensamento de Anna Freud. Segundo aquilo que é aqui apresentado, a Anorexia seria uma forma de simbolizar um conflito em relação à figura materna. No entanto, essa patologia pode se estender ou até surgir de maneira tardia e apresentar relações intimamente ligadas a uma busca pelo padrão de beleza vigente na sociedade. Sendo assim, utilizarei os conhecimentos fornecidos pela Psicologia

Analítica para compreender a Anorexia Precoce e conseqüentemente a possibilidade de um desenrolar de maneira a continuar na vida do indivíduo, ou seja, transpor a infância e apresentar-se na adolescência e fase adulta. Ou seja, irei me concentrar no conflito dito primordial em relação à figura materna para poder observá-lo no primeiro ano de vida.

O transtorno infantil poderá afetar a vida social do indivíduo de forma acentuada, não só na infância; pode perdurar sobre a vida adulta o que promoverá novos sofrimentos e comprometimento de desenvolvimento e adaptação.

Percebe-se assim a importância dos profissionais que trabalham com esse público estarem atentos àquilo que se apresenta clinicamente em seu dia a dia de atendimento, e também às novas pesquisas nessa área. Sendo assim, a pesquisa aqui proposta possui uma importância de conhecimento e contato com esse público para o pesquisador, mas também para a Psicologia Clínica que visa atender e dar subsídios cada vez maiores ao desenvolvimento da criança. Nada mais importante do que voltar o olhar para aquilo que os sintomas e falas desses pacientes podem estar expressando. Dessa maneira, deve-se entrar em contato com o conhecimento sobre a psicopatologia, tendo em vista que ela faz parte da personalidade do indivíduo e que não se deve reduzi-la as causas pontuais, ignorando o sofrimento que essa fragmentação entre consciente e inconsciente pode gerar.

Por fim, a minha intenção em estudar essa área em específico de compreensão da Saúde Mental está em uma curiosidade sobre entender o trabalho do psicólogo com esse público, mas também poder trazer contribuições para a Psicologia Analítica no que diz respeito ao estudo da Anorexia Precoce. Durante o currículo acadêmico de graduação percebo que a atuação na infância é a área que mais chama minha atenção e gostaria de poder compreender como a Psicopatologia Infantil é enxergada dentro dessa abordagem teórica.

Na Psicologia Clínica os sintomas apresentados pelo cliente e o próprio desenrolar da psicopatologia possui um valor importante quando o psicólogo busca entrar em contato e compreender o sujeito que está à sua frente. Além do seu papel de paciente, enxergá-lo com um ser humano que possui angustias e questões a serem resolvidas. Sendo assim, é possível afirmar que toda psicopatologia é simbólica, ou seja, faz parte do todo chamado personalidade e pode ser capaz de trazer ao contato com o ego, conteúdos que até então eram desconhecidos e que precisam ser mais bem entendidos. Diante dessa constatação, escolhi realizar uma apreensão por meio do processamento simbólico-arquetípico que irá estudar a Anorexia Precoce buscando compreender como os símbolos podem transcender a patologia tendo como base teórica a Psicologia Analítica.

De maneira mais concisa, o objeto específico de estudo será abordar qual o olhar da Psicologia Analítica em relação à saúde mental na infância e a de que forma a sintomatologia da Anorexia possui conteúdos simbólicos que podem abrir horizontes para o entendimento da situação vivenciada por esses indivíduos na primeira infância. O humano, nesse caso durante a infância, será estudado em seu âmbito individual, claro, sem negligenciar o contexto grupal no qual está inserido. Em primórdio buscarei estabelecer relações relevantes, do ponto de vista clínico, entre as primeiras relações que o bebê tem acesso em sua vida e o papel delas na formação do Ego através de uma pesquisa de revisão teórica.

## **METODOLOGIA**

---

Essa pesquisa irá fazer uso dos fundamentos teóricos segundo a Psicologia Analítica para estabelecer relações possíveis entre a Saúde Mental na primeira infância e o desenvolvimento do indivíduo. Para isso, será essencial fazer

contextualizações sobre o olhar que essa abordagem dispõe perante as psicopatologias da infância e qual o papel disso no processo de desenvolvimento da personalidade. Em seguida será realizada uma pesquisa aprofundada sobre os Transtornos Alimentares mais especificamente sobre a Anorexia na infância.

Para isso irei contextualizar alguns conceitos essenciais ao entendimento da minha pesquisa:

1. Anorexia Nervosa
  - A) Definição Psiquiátrica
  - B) Patogênese
  - C) Anorexia Precoce
  
2. O Primeiro Ano de Vida
  - A) Desenvolvimento Orgânico
  - B) Construção dos Relacionamentos Interpessoais
  - C) Desenvolvimento do Ego
  
3. Simbolismo Corporal
  - A) Contextualização Geral sobre o Tema
  
4. Participação Arquetípica
  - A) Definição
  - B) Arquétipo Materno
  - C) Arquétipo Paterno

Para abarcar os conteúdos explicitados farei uso dos subsídios da Psicologia Analítica de Jung. Entretanto, meus estudos serão ampliados para outros autores que tragam contribuições referentes à saúde mental na infância e a percepção da anorexia nessa primeira fase da vida como Erich Neumann (1995). Além da Psicologia Analítica, trarei contribuições da Psicossomática e da Psiquiatria Infantil para subsidiar as dimensões desse quadro clínico que se mostrarem relevantes para minha análise.

**ANOREXIA NERVOSA**

---



Figura 2 - Anorexia Nervosa

Fonte: Giovana Morbi, 2013.

Disponível em: <http://www.giovanamorbi.com.br/anorexia-nervosa-e-bulimia-qual-a-diferenca/>, último acesso: 07/06/2017

### ***Definição Psiquiátrica do Quadro Clínico***

---

Tendo como base literária o *Manual de Psiquiatria Básica- Capítulo 24.1 Anorexia e Bulimia Nervosas (2010)* pode-se afirmar que a Anorexia Nervosa é um quadro psicopatológico que acomete principalmente adolescentes e adultos jovens do sexo feminino. Caracteriza-se pela presença de sintomas específicos: perda intensa de peso devido à restrição alimentar, busca desenfreada e incessante pela magreza, distorção da imagem corporal e frequentes alterações no ciclo menstrual. A

etiopatogenia é complexa: possui fatores biológicos, genéticos, socioculturais, familiares e psicológicos.

De forma geral, o transtorno surge quase sempre após uma dieta decorrente da insatisfação com o peso ou da imagem corporal. Alguns alimentos considerados mais calóricos são cortados primariamente e, conforme os dias passam, essa restrição vai irradiando-se para outros alimentos, chegando ao ponto em que a pessoa começa a jejuar ou não se alimentar durante dias inteiros. O indivíduo que desenvolve anorexia passa a ter como meta mais importante da sua vida emagrecer e, embora a perda material de peso seja cada vez maior, a paciente mostra-se insatisfeita com os resultados de sua “dieta” e queixa-se muitas vezes de ser gorda ou afirma que algumas partes do seu corpo ainda precisam diminuir. Essa situação representa a distorção da imagem corporal.

Além de uma restrição alimentar, fazem parte do quadro clínico: exercícios físicos rigorosos regularmente, ingestão de diuréticos e/ou laxantes e a autoindução de vômitos. Quando esses comportamentos são apresentados, classifica-se o caso no subtipo bulímico e, caso o emagrecimento restrinja-se a pouca ingestão alimentar, denomina-se componente do subtipo restritivo. Por fim, é importante ressaltar que também foram coletados dados literários que trouxeram como características comuns à anorexia: o perfeccionismo, a necessidade de dirigir a vida da maneira que julga mais adequada e pouco desejo sexual.

### ***Anorexia Precoce***

---

Kreisler L. (1981) no capítulo sobre Anorexia e Vômitos da obra “*A Criança e seu Corpo - Psicossomática da Primeira Infância*”, descreve a anorexia em bebês como sendo um acontecimento corriqueiro na prática pediátrica e foi uma das primeiras patologias que ele reconheceu como sendo originária de uma dinâmica psíquica. A literatura traz informações amplas sobre a Anorexia em diversos

momentos da vida, entretanto, será a anorexia do segundo semestre de vida (ou Anorexia do Desmame) que será abordada pelo médico nessa obra.

Sendo assim, o quadro aqui descrito tende a ser de um bebê, mais frequentemente do sexo feminino, por volta dos seis/oito meses de idade. Trata-se de uma patologia que se instala rapidamente e que permanece como um sintoma muitas vezes isolado. A dicotomia aparece justamente no fato de que, apesar da ingestão de alimentos gradativamente ser reduzida, o crescimento físico da criança tende a continuar ocorrendo, mesmo que de maneira mais lenta. Dessa forma, surge uma essencial conduta diante dessa situação: a realização de um diagnóstico preciso para averiguar a existência, ou não, de uma causa orgânica. Isso porque, nesse caso, o peso do bebê tende a estacionar em um determinado valor ou apresentar um declínio significativo. As respostas às intervenções de tratamentos são evidenciadas como sendo singulares. Alguns bebês com anorexia nervosa do segundo semestre melhoram rapidamente (com base nos estudos de Kreisler), outros, no entanto, exigem abordagens diferentes e levam os sintomas em sua trajetória de vida durante anos, embora sem riscos sérios à vida. Diferente da situação anterior surge então um subtipo intitulado como sendo “anorexia mental das meninas”, esse sim, apresentaria riscos graves à manutenção de um quadro clínico minimamente apto à sobrevivência.

Com o intuito de tornar essa separação mais didática será usada, nesse momento, a nomenclatura que o autor adota para distinguir essas formas clínicas da anorexia precoce. A primeira forma denominada “Anorexia Simples” define-se como um distúrbio de origem reativa estritamente (não no sentido de um comportamento). Nesse caso, a recusa inicial do alimento tende a ser no desmame que possivelmente estaria vinculado à introdução de outros alimentos, a alimentação excessiva ou, até mesmo, a alimentação em um horário inoportuno que gere desconforto ou dificulte o sono dessa criança. Nesse quadro se encontram também as anorexias de origem orgânicas, ou seja, aquelas onde existe um incidente patológico físico presente.

Surge diante dessa situação o estabelecimento de uma relação na qual a mãe insiste em tentar alimentar essa criança e ela continua rejeitando essa alimentação, dita, forçada. E dessa forma o quadro tenderia a continuar por meses ou até anos, até que a tática materna se inverta, ou modifique-se, e somente assim os sintomas cessariam. Ou seja, nesse momento já fica evidente um primeiro ensaio

sobre a importância do cuidado e entendimento dessa mãe e de uma terapia psicológica voltada a lhe dar condições para conseguir mudar o seu repertório de tentativas frustradas de alimentar seu filho.

A segunda apresentação da anorexia precoce é denominada “forma complexa de anorexia”, de origem psicossomática, e essa é reconhecida pela intensidade da sintomatologia e uma pequena eficácia dos métodos de tratamento habitualmente utilizados na pediatria da época. Segundo a percepção de Kreisler (1981) essas crianças comportavam-se de modo a apresentar pouco interesse pelos alimentos; sendo assim, ficaria evidente um real distúrbio do apetite. Nesse momento já entra em destaque a relação conflituosa com a figura materna como sendo um contribuinte para o surgimento/manutenção de formas severas dessa psicopatologia. Utilizando da nomenclatura da Psicanálise o autor evidencia uma crescente ansiedade materna e uma ferida narcísica considerável diante dessa recusa alimentar por parte de seu filho. Os estudos de Anna Freud são apresentados na obra mencionada e contribuem evidenciando que a satisfação que era voltada para o alimento concreto estende-se para a mãe que oferece esse alimento. E, apesar de por volta do segundo ano de vida a criança se tornar capaz de fazer uma diferenciação, a aproximação simbólica mãe-alimento continua ativa em nível inconsciente, o que poderia ser causa de futuras anorexias.

A evolução clínica da anorexia do segundo semestre seria diversificada, assim como as formas de apresentação; os sintomas poderiam ceder tanto ainda na infância, como durante a adolescência, e junto a eles não seria pouco comum a comorbidade da bulimia nervosa. Além disso, seria possível aparecer uma seletividade alimentar maior nessas pessoas, quando mais velhas. Quanto ao futuro o autor afirma que não foi raro, em sua experiência, encontrar crianças com problemas escolares que no passado apresentaram a anorexia; elas teriam dificuldade de internalizar ensinamentos, assim como, um dia, recusaram ingerir o alimento.

As contribuições posteriores de Soulé e Fain (1981) nessa obra literária se encaixam para ambas as formas de anorexia precoce. Entretanto, como o foco escolhido por mim foi o estudo da participação psíquica e dos relacionamentos primários, eu irei me concentrar na apresentação daqueles aspectos que exemplificam esse ideal de forma mais diretiva. Apesar de reconhecer que em ambas as formas de

apresentação o papel dos relacionamentos familiar dá cor à sintomatologia da anorexia precoce, esse estudo irá concentrar-se no olhar sob a Anorexia Complexa.

O primeiro aspecto oriundo da personalidade materna que poderia contribuir para a apresentação/manutenção da anorexia precoce seria a busca pelo perfeccionismo. Algumas características dos bebês tornam-se motivo de admiração e contentamento para seus pais, principalmente aquilo que eles consideram bom e belo. Uma criança que se alimenta da forma “esperada”, e que se torna mais gordinho, costuma ser evidenciado como saudável; entretanto, aquele bebê que recusa a ingestão do alimento que lhe é oferecido torna-se um desafio para mães ansiosas, ou até mesmo, aquelas que buscam o mínimo de controle sobre essa criança nos primeiros meses de vida.

Muitas vezes, a alimentação torna-se uma “obrigação” exclusiva de quem exerce o papel da maternagem; como a mãe é a detentora do leite materno ficaria sob sua responsabilidade garantir que essa criança adquira os nutrientes essenciais para sobreviver. Entretanto, essa responsabilidade exigida socialmente, por vezes torna-se auto imposta por algumas mães e pode vir a tornar-se um fator complicador da anorexia. Afinal, para ser vista socialmente como uma boa mãe, essa mulher precisará estar sempre disponível para atender as necessidades do bebê, antes mesmo que ele reivindique, por meio do choro, a necessidade da alimentação. Sendo assim, diante da contextualização desse quadro, é importante frisar que a mãe não deve ser enxergada como má, a única responsável por todos os sintomas do bebê, ou até mesmo como aquela que torna seu filho um ser humano “doente”.

Fain (1981) começa sua fala trazendo justamente uma afirmação que inicia um possível caminho de compreensão para a Anorexia Precoce:

*“O distúrbio central da anorexia mental já envolve operações mentais complexas. Entretanto, trata-se incontestavelmente de um distúrbio de comportamento que pode abrir caminho a um distúrbio psicossomático ulterior, quando examinado em maior detalhe, pois comporta em si mesmo um freio a uma mentalização por deslocamento para as condutas alimentares de um conflito que é normalmente o primeiro conflito psíquico.”*

(FAIN, M. 1981, p 125).

---

O pensamento do autor segue pela compreensão da fobia inicial que uma criança por volta dos oito meses apresenta diante de um estranho; frequentemente a criança enxerga a figura materna como sendo o seu lugar seguro, e um terceiro elemento nessa relação primal mãe-bebê seria visto como uma ameaça à sua própria integridade. A aparição do alimento nesse cenário paradisíaco, no qual a mãe e o bebê são, sob a percepção da criança, um único ser, traria recusa e amedrontamento. Esse alimento torna-se então um depositário de “impulsos agressivos” - usando os termos do autor – assim como qualquer outro indivíduo estranho. Entretanto, segundo Fain (1981), não seria apenas esse “deslocamento” o responsável pela anorexia em sua forma complexa; algo ulterior constituinte da relação primal está envolvido no percurso dessa patologia.

O mal estar geral que toma conta da disposição libidinal do bebê, ou seja, que torna seu desejo alimentar menor, tem como fonte distorções consideráveis na relação entre mãe e bebê, de forma recíproca. Aliado a esse fator, outro possível contribuinte para o aparecimento da anorexia nesse período, seriam as grandes mudanças no desenvolvimento pelas quais o bebê passa aos oito meses; surge a noção de distancia, a auto-regulação corporal torna suas necessidades menos urgentes e o meio interno e externo começam a separar-se psiquicamente. O momento da alimentação traria ao bebê uma revivência da amamentação e, como a discussão está sendo postulada de forma a afirmar que de alguma forma essa fase teria sido “perturbada” ou conflituosa, a criança tende a evitar esse momento; segundo palavras de Fain (1981) essa alimentação “equivale a uma intoxicação”. Sendo assim, a criança tenta manter a figura materna distante por meio da recusa alimentar.

O bebê que por vezes foi superalimentado, ou recebeu o alimento antes mesmo de sentir fome, tenderá a evitar uma aproximação com essa situação assim que tiver recursos para isso. Essa satisfação da necessidade alimentar, antes mesmo do bebê ter tempo de formular o desejo de receber a comida, atrapalhará funções importantes do desenvolvimento. Principalmente quando esse alimento serve de substituto aos afetos que a mãe não consegue dispor, ou não tem conhecimento sobre a importância de fornecer para a criança, desde os primórdios do cuidado maternal.

Conclui-se, portanto que a anorexia mental precoce diferencia-se da anorexia estritamente orgânica; na primeira a fome continua sendo uma resposta

fisiológica presente, entretanto, o bebê tende a recusar o alimento, como nos casos clínicos relatados por Kreisler (1981), para tentar afastar-se da presença materna. Surge assim um novo questionamento: em que local fica o cuidado paterno dentro de toda essa complexidade psicopatológica que se instaura? Acredito ser importante evidenciar posteriormente a importância da contribuição paterna no cuidado com o bebê desde o seu nascimento, e não uma sobrecarga e exclusividade de cuidados por parte da mãe.

---

### ***Patogênese da Anorexia Nervosa***

---

Observando a descrição clínica da Anorexia Nervosa fica perceptível que o quadro expressa-se por meio de duas esferas, a primeira delas é a relação com o corpo. Nesse quadro o sujeito apresenta uma hipertrofia em relação à importância dirigida ao corpo, suas noções de identidade parecem estar atreladas principalmente a uma perfeição da imagem corporal, muitas vezes, inalcançável. Além disso, o controle do peso é valorizado, traz uma sensação de força, autonomia e um falso poder de decisão sobre sua vida. A segunda esfera é o comportamento alimentar, que se apresenta como inadequado para aquilo que se considera saudável e apto para a sobrevivência.

Diante da Anorexia o que tende a chamar a atenção é o movimento contrário que as ações da anoréxica/o possuem em relação ao tratamento, existe uma enorme resistência perante a oferta do alimento. O sintoma ocupa um papel de solução para um impasse no desenvolvimento dito normal, ocorre em momentos de transição da vida e torna-se uma fonte de orgulho que é mantido com dedicação.

Existe uma grande contradição em relação à identidade e autoconhecimento, o indivíduo expressa uma batalha para controlar as dimensões do seu corpo e sua imagem perante o social, entretanto, não consegue seguir em frente no desenvolvimento que é esperado para sua faixa etária.

A disposição farta de alimentos tende a representar, em nossa sociedade, uma sensação de prazer e satisfação, muitas vezes atrelada a uma sensação de felicidade que vai além da satisfação biológica. Na Anorexia<sup>1</sup>, entretanto, esse contato com vivências ligadas ao consumo de alimentos parece ser perpassada por ideais perigosos, representa desejos e prazeres que devem ser evitados, e diante dessa situação, o doente não pode se enxergar como sendo corrompível, dessa situação muitas vezes surge uma rigidez no cotidiano.

A aproximação do quadro clínico e seus sintomas em relação à Psicologia Analítica proposta por Jung pode ser realizada estabelecendo uma amplificação no nível dos arquétipos. O arquétipo materno carrega em si conteúdos ligados à sensualidade. prazer/necessidade. corporeidade. alimentação e diante da

1. Os dados explicitados trazem como contribuição a palestra “Transtornos Alimentares” (2016), que foi lecionada pela Profª Drª Cristhina Marcondes Morgan em uma aula do Núcleo de Abordagem Junguiana da Graduação na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Como pode, se observarmos os arquétipos maternos que trazem os conteúdos mais rígidos (obrigação, lei, cumprimento da tarefa, organização) se observa que são condizentes com os comportamentos expressos para se manter o controle alimentar milimétrico que ocorre nessa psicopatologia. Sendo assim, de imediato seria interessante perceber o quanto esse indivíduo está distante dos conteúdos maternos e dessa forma precisa entrar em contato com esses arquétipos.

Lacava (2005) expressa uma concepção sobre o simbolismo das patologias para evidenciar seu papel na vivência humana, para isso faz uso de uma citação de Denise Ramos: *“Toda e qualquer doença é um símbolo, o qual revela uma disfunção no eixo ego-Self, provocada provavelmente por um complexo e que aponta, pela compreensão do seu significado, a correção a ser feita (mecanismo de compensação).”*. (Ramos, 1994, p.59). Segundo Lacava, no caso da Anorexia, o

complexo ativado é o materno e existe um sentido explícito quando se faz a uma correlação a associação entre alimentação/comida e o ato de cuidar, que é função atribuída à mãe. A doença então agiria no núcleo do complexo; ao impedir que seja alimentada, a anoréxica nega esse cuidado vindo do materno.

O porquê desse distanciamento, se é que se pode hipotetizar, será discutido posteriormente. Porém, nesse momento, pode-se pensar em uma possibilidade da existência de uma fragilidade narcísica, que começa a ser construída nos primeiros contatos com os cuidadores, e que se expressa por inúmeros sintomas. No início da vida de um indivíduo, o olhar narcisante é a base para que a identidade se construa e que essa pessoa consiga se perceber como um indivíduo único, independente e que vale a pena. Seria uma falha relacional nesses primeiros anos de vida um contribuinte para a patogênese da anorexia?

Lacava (2005) traz, em sua tese, a afirmação de Minuchin (apud Herscovici, 1997) na qual o autor identifica uma patologia familiar na anorexia, onde o perfil da família psicossomática revela: aglutinamento, superproteção, rigidez, falta de resolução do conflito e participação do paciente designado nos conflitos familiares. A aglutinação indica a *“interdependência das relações, intromissões constantes nos pensamentos e sentimentos do outro. A percepção de si mesmo e dos outros membros da família está pobremente diferenciada”*. (Herscovici, 1997, p.26). A anoréxica não é reconhecida como um membro familiar indiferenciado em consequência do contato quase simbiótico entre os membros familiares (principalmente com os membros femininos).

Fazendo uma menção ao Trabalho de Conclusão de Curso de Lacava (2005) observa-se que os resultados de sua pesquisa evidenciaram esse padrão de estrutura familiar que se repete e que, além de impedir a diferenciação, também dificulta independência de seus membros. O pai é tido como uma figura sem voz ativa e bastante ausente, sendo que sua principal atribuição é o sustento material da família. A mãe, por outro lado, cria os filhos de maneira extremamente dedicada e é ela quem decide e coordena o que se passa dentro dessa família.

A bibliografia consultada traz relatos de que as mães de pacientes anoréxicas tendem a ser consideradas “muito boas”, presentes e atenciosas, mas isso vai além daquilo considerado suficiente para o cuidado materno. Ou seja, muitas dessas mães anulam outras funções que possuem em meio à sociedade para vivenciar apenas a função materna e assim mantêm essa criança em um contínuo

ciclo matriarcal. Como essas mães passam muito de seu tempo dentro das residências dedicando-se ao cuidado materno e, muitas vezes, chegam a atender necessidades que ainda nem foram trazidas pela criança, os pais acabam sendo exclusivamente provedores da residência e por vezes, afastando-se do papel de educar os filhos.

Além de diminuir o poder de decisão que o pai vai ter sobre questões familiares, essa mãe que abraça de forma individualista a criação dos filhos também atrapalha a capacidade de a criança distinguir suas necessidades vitais de fome e isso dificulta a diferenciação que é essencial diante da relação de simbiose mãe-bebê. Dessa forma, a resposta materna as necessidades do bebê são impróprias, a alimentação ocorre com base naquilo que a mãe julga que seja uma ânsia da criança, no entanto, essa exigência tende a ser dela própria.

Foi observado, no contato de Lacava (2005) com suas entrevistadas, um padrão repetitivo de estrutura familiar que impede não só a diferenciação, mas também, a independência de seus membros. O pai é uma figura sem voz ativa e bastante ausente, sendo que sua principal atribuição é o sustento material da família. A mãe, por outro lado, tem como função criar os filhos de maneira extremamente dedicada e é ela quem decide e coordena o que se passa dentro dessa família.

Segundo Assis (1995) quando a família não é evidenciada como sendo causadora da anorexia nervosa, é vista como, no mínimo, contribuinte para a manutenção do caso, e determinados padrões parentais seriam os responsáveis por isso. Nesses casos a mãe nutridora acaba tornando-se culpada pela sintomatologia. Essa culpa exclusiva é um diagnóstico injusto pois todo o contexto familiar precisa ser observado.

Nicoletti (2000) traz contribuições de Woodman para elucidar sua construção

didática sobre as relações familiares que culminam ou influenciam a manutenção da patologia. Segundo a autora:

*“Woodman (1982) classifica dois tipos de dinâmica psíquica que podem culminar na anorexia nervosa. A primeira se caracteriza pela identificação inconsciente com a mãe. Neste caso, a consciência pede o reconhecimento da diferenciação entre mãe e filha, o que definiria os sentimentos da menina em relação à mãe. Ao mesmo tempo que a menina é capaz de reconhecer aquilo que recebeu de bom da mãe, sente a negatividade ocultada em seus atos e se a própria negação enquanto pessoa. A segunda dinâmica a que*

*Woodman (1982) se refere à da mulher-anima. Neste caso, trata-se de filhas de mãe identificadas com padrões patriarcais e que tem pouco contato com a própria feminilidade. O pai costuma ser “puer”, enquanto a filha nasce tende a projetar a figura amada na mesma. A filha passa a viver para agradar a este pai e a mãe costuma ser experienciada como ausente ou rival. A anima do pai está sendo projetada na filha e ela se vivencia como a amada do pai. Contudo, tendo consciência de que não poder dividir o leito com ele, sua libido acaba ficando incestuosa, não tendo a menina acesso ao próprio corpo.*

(NICOLETTI, 2000, p. 11)

Trazendo contribuições de Neumann (1995) a autora Lacava (2005) relata um aspecto imprescindível para o desenvolvimento da autonomia do ser humano; a mãe deve, durante o crescimento do filho, ir diferenciando-se dele de forma gradual. Essa afirmação pode ser enunciada com uma passagem do livro “A criança” (1995):

*“A união com a mãe só vai se dissolvendo gradualmente, à medida que a individualidade e a consciência do ego da criança se desenvolve. C.G. Jung atribui muito dos distúrbios da psique infantil a distúrbios psíquicos dos pais.”* (NEUMANN, 1999, p.20).

A passagem acima descrita contribui para a concepção de que, até que a criança ultrapasse a fase da infância, as suas relações com os pais trazem uma união parcialmente inconsciente entre eles, principalmente entre o filho e a figura materna. Entretanto, no caso da anorexia, aparentemente o contato entre mãe e bebê é de tamanha intimidade que os outros familiares tornam-se negligenciados; não possuem um papel a cumprir e, dessa forma, não interferem nessa relação tão simbiótica que se estabelece. A criança precisa da diferenciação para adquirir autonomia e também para perceber-se como um ser único e com um corpo fisicamente separado da figura materna; só assim será possível que ele aprenda a identificar o seu papel no mundo e o quanto as suas atitudes vão modificar o ambiente e vice-versa.

Além disso, a citação anterior faz menção à correlação existente entre a construção da individualidade da criança e os distúrbios psíquicos das figuras parentais. Ou seja, a forma pela qual as figuras parentais vão dispor seu cuidado para com o bebê tende a apresentar conteúdos inconscientes que eles próprios adquiriram ao longo da vivência e são esses conteúdos que vão “dar cor” aos papéis arquetípicos de cuidadores.

---

---

**PRIMEIRO ANO DE VIDA**

---



Figura 3 - Primeiro ano de vida

Fonte: Catraca Livre, 2016.

Disponível em: <https://catraquinha.catracalivre.com.br/geral/encantar/indicacao/app-cria-lindas-arvores-da-vida-com-fotos-de-amamentacao/>, último acesso: 07/06/2017

Desde a vida uterina o bebê recebe do mundo sensações; sua convivência com a mãe e as pessoas do seu círculo afetivo mais próximo começa desde a gravidez por meio das vozes exteriores que ele escuta antes mesmo do parto. Entretanto, é justamente após o parto que o bebê começa sua vida como ser separado fisicamente da figura materna e desenvolve-se cada vez mais em direção a alcançar sua autonomia. O parto, mesmo quando feito de forma humanizada, é considerado um evento estressor para o bebê; ele sai de um espaço quente, confortável e não iluminado para um mundo desconhecido, repleto de pessoas, e de novas experiências. Além disso, o esforço para nascer produz grandes quantidades de adrenalina e noradrenalina que são causadoras do estresse. Esses hormônios também atuam limpando o fluido pulmonar em excesso e assim tornam possível que se inicie a respiração e, somente assim, as células podem receber oxigênio, levá-lo para a corrente sanguínea e então o cérebro pode funcionar como esperado. Ao mesmo tempo, essa descarga hormonal serve para deixar o bebê alerta e facilitar o vínculo materno de forma recíproca.

Papaila, Olds & Feldman (2009) dissertam sobre os vários estágios do desenvolvimento da criança e do adolescente, abarcando várias visões adotadas pela Psicologia do Desenvolvimento para compreender melhor as mudanças que ocorrem em cada fase. A seguir serão trazidas algumas contribuições da obra *“O mundo da Criança – Da infância à adolescência”*, em especial dos capítulos 05 ao 08 da mesma, que são voltados aos iniciais anos de vida; meu enfoque irá restringir do nascimento ao primeiro deles.

Antes do parto, os mecanismos corporais do bebê são regulados pelo corpo materno e, após o nascimento, a respiração, nutrição, entre outros, devem começar a acontecer de forma autônoma, e essa modificação começa a ocorrer desde algumas horas após a sala de parto. Entretanto, a nível afetivo, o vínculo com a mãe se mantém tão íntimo como durante a gravidez. Ambos os pais tendem a formar vínculos consistentes com seus bebês, e uma demonstração da contribuição dos recém-nascidos para que isso ocorra é o ato de agarrar os dedos dos cuidadores quando se aproximam dele. Segundo a perspectiva evolutiva de Bjorklund & Pellegrini (2000), citada no livro, o vínculo com os pais tende a ser um mecanismo que assegura o investimento de energias e recursos por parte dos pais para que o bebê tenha os cuidados essenciais à sua sobrevivência. E para isso, seria indispensável

uma busca de equilíbrio entre as necessidades do recém-nascido e a de seus pais, ou seja, os benefícios oriundos da relação com o bebê precisam tornar-se compensatórios ao esforço que os adultos vão despender ao cuidado.

Quando se fala em cuidados direcionados aos bebês rapidamente associamos isso à alimentação; entretanto, apesar de indispensável para a sobrevivência, a amamentação não seria o cuidado mais importante, e sim, a satisfação da necessidade de apego e a proximidade corporal. Esse papel ainda tende a ser visto como uma responsabilidade materna; mas ambos os pais são importantes como figuras afetivas, aliás, o pai aparece em muitas culturas como responsável pela construção social. Porém, não podemos deixar de lado a importância do ato emocional e físico de alimentar. O contato com o corpo materno estimula uma conexão entre a mãe e o seu filho, contato esse que pode se estabelecer também nos casos onde a alimentação se dá pelo uso de objetos substitutos ao seio. Além disso, em termos de nutrição, o leite materno costuma ser essencial para suprir as necessidades nos primeiros seis meses de vida.

Ao nascer, o bebê já possui reflexos que estão relacionados às necessidades instintivas de sobrevivência e também à sua autoproteção. O tato seria o primeiro sentido a desenvolver-se; todas as partes do corpo do bebê são sensíveis ao toque antes do nascimento e essa sensibilidade multiplica-se nos primeiros dias de vida. O paladar e o olfato também começam seu desenvolvimento no período uterino. Os sabores diversificados da alimentação ingerida pela mãe são transmitidos por meio do líquido amniótico e, após nascer, essa troca se instaura por meio da amamentação. A audição torna-se aguçada antes do parto. Os fetos demonstram reações aos sons e essa capacidade pode vir a ser fundamental para a sobrevivência inicial por ser a base do relacionamento com a voz da mãe. Por fim, ainda falando da percepção sensorial, temos a visão, e esse é o sentido menos evoluído ao nascimento. Essa capacidade só vai desenvolver-se conforme o bebê vai tornando-se mais ativo e entrando em contato com estímulos externos.

Quanto às habilidades motoras, o bebê já nasce com algumas capacidades básicas pré-programadas: rolar, engatinhar e futuramente andar. Entretanto, é essencial que esteja em um espaço seguro onde possa se mover com liberdade para saber o que pode vir a fazer. Após os três meses de idade os bebês

tendem a começar rolar, por volta de seis meses sentam-se e aos oito meses e meio já conseguem manter-se sentados sem ajuda. Em relação à aquisição da linguagem, a primeira forma conhecida de comunicação que aparece é a “comunicação pré-linguística”, que inclui o choro e balbucios e que evoluem para a fala imitatória (acidental e depois proposital). Além de fazer parte da aquisição de habilidades cognitivas, a linguagem é uma forma de interação social entre bebê e o seu mundo, e, nesse sentido, a interação com os pais e demais cuidadores é fundamental.

É importante ressaltar os sinais de emoção que os bebês já revelam desde o nascimento. Os recém-nascidos demonstram o descontentamento por meio do choro e gritos enquanto agitam seus membros. A alegria por outro lado é demonstrada de uma forma mais sutil nos primeiros meses, é percebida por meio dos momentos de calma, que ao longo do tempo se tornam sorrisos às figuras conhecidas e sons guturais. O sentimento de controle sobre o mundo ao seu redor vai se tornando maior à medida que o bebê percebe que suas solicitações são atendidas e que ao sorrir ele é retribuído de forma também afetiva. Entretanto, é essencial frisar que as “*emoções autoconscientes*” (Papaila , Olds & Feldman 2009) só aparecem depois do desenvolvimento da autopercepção, ou seja, da compreensão de que eles são seres únicos e diferentes do resto do mundo. Somente entre quinze e vinte e quatro meses sentimentos como inveja e empatia irão surgir.

Por fim, para expressar a importância das primeiras relações psicossociais, tecerei algumas considerações sobre o desenvolvimento da confiança, também abordado na obra “O mundo da Criança” (2009). Para tanto, serão expostas contribuições de Erikson (1950) que se referem ao primeiro estágio do desenvolvimento psicossocial denominado “Confiança básica versus Desconfiança”. Segundo o autor esse estágio começa após o nascimento e perdura até os dezoito meses e seriam já nesses primeiros momentos de vida que o bebê desenvolve a noção de que pessoas/objetos podem ser depositários da sua confiança, permitindo a construção de relações mais próximas, e a desconfiança que ensina a criança a se proteger. A forma como essas disposições opostas aparece na vivência do indivíduo dirá se eles desenvolverão a noção de esperança de realizar suas necessidades ou se o mundo será um ambiente hostil diante de seus olhos.

Sendo assim, um cuidado inicial efetivo e compreensível é elemento essencial para o desenvolvimento da confiança e a alimentação seria uma expressão clara onde é necessário um equilíbrio entre confiar e desconfiar. A certeza de que será alimentado faz com que a criança consiga internalizar a mãe de forma a prever que ela irá retornar, e se torna uma base estável para relacionamentos posteriores. A relação de confiança será também coincidente com a noção de apego desenvolvida por Ainsworth e Bowlby (1991): será a partir dela que o bebê conseguirá estabelecer um modelo funcional sobre a mãe e assim rever o modelo de apego conforme as atitudes maternas mudam para com ele.

Assim que chega ao mundo uma criança é um ser altamente frágil, que depende de cuidados essenciais para que possa sobreviver. Assim sendo, precisa da presença de um adulto responsável por lhe atender (seja mãe, pai ou alguém que desempenhe a função materna). Além da dependência fisiológica, o bebê nasce com o Self indiscriminado com o de sua mãe: para ele existe pouca divisão entre o que é seu e o que faz parte da vivência do cuidador. E esse dinamismo deve continuar até que a criança consiga assumir as mínimas responsabilidades de seus cuidados próprios. Neumann (1995) deixa evidente sua percepção da pouca independência dos bebês; segundo ele, uma gravidez deveria durar cerca de vinte e dois meses para que o humano nascesse com o mínimo de aparato biológico necessário para depender menos de um adulto.

*“Com o nascimento do corpo, a ligação da criança com sua mãe em parte é rompida, mas a importância da segunda fase embrionária específica do homem é precisamente o fato de, após o nascimento, a criança permanecer parcialmente retida na relação embrionária primal com a mãe. A criança ainda não se tornou ela mesma. Ela só se torna ela mesma ao longo dessa relação primal, cujo processo se completa normalmente apenas após o primeiro ano de vida.”*

(NEUMANN, 1995, p.12).

Após o nascimento o bebê, que passou por um fase embrionária intra-uterina, entra na fase extra-uterina, e o primeiro ano de vida é visto por Neumann como uma continuação gestacional. Nesse momento o bebê iniciará seu contato direto com a sociedade por meio da linguagem e sua consciência e ego começam a desenvolver-se. A relação dominante durante esse período é denominada “Relação Primal” que envolve a criança e a sua mãe. Essa mãe é tida como o único mundo reconhecível para o bebê; entretanto, também é por meio dela que serão transmitidos ao recém nascido características novas sobre o mundo que o cerca. Essa mãe vive imersa em um contexto cultural e os valores e as crenças compartilhadas por meio da linguagem influenciam de modo inconsciente, o desenvolvimento dessa criança. Além de se adaptar às exigências externas, esse bebê também possui desde essa tenra idade, o início do automorfismo, que segundo Neumann (1995) é a necessidade de formar-se como ser único a partir das características que lhe constituem de forma subjetiva.

Voltando o olhar para o dinamismo psíquico, nesse estágio o que predomina é o inconsciente; somente em fases posteriores do desenvolvimento surgirá de fato a consciência. A personalidade (aqui definida por Neumann como um todo) e o Self, seu centro diretor, existem antes do Ego tomar forma e assim poder desenvolver-se como centro da consciência. Esse centro da totalidade – o Self – encontrar-se-ia ligado de forma muito próxima aos arquétipos parentais assim como a regulação da totalidade do organismo infantil, que é definida pelo símbolo de Self Corporal, está abarcada pelo Self da mãe. Observa-se assim aquilo que o autor denomina como Estado Urobórico, no qual bebê e mãe vivem dentro de um movimento circular onde seus componentes pessoais estão entrelaçados de forma muito próxima e pouco indiferenciada. A criança ainda não se tornou singular; ela encontra-se em uma unidade composta e esse processo de separação inicial só ocorrerá após o primeiro ano de vida.

Para o bebê, nessa fase, o alívio de sensações desagradáveis está acoplado à figura da mãe, ou seja, a fome e o frio são retirados quando essa cuidadora aproxima-se, o leite que alimenta e a mãe que possui o seio são percebidos como uma coisa só. Nessa relação inicial a mãe, ou melhor, uma parte dela, vive uma realidade arquetipicamente determinada, a “Grande Mãe” que conduz seu cuidado para com o bebê. Contudo, essa criança está completamente mergulhada nessa relação: para ela, a mãe é seu mundo e o Self. Essa fase na qual a tensão é mínima e a sensação de segurança e conforto são máximas traz ao bebê traz uma relação paradisíaca. A experiência dessa etapa sem diferenciações ou limitações esculpe marcas que atuarão em todo o desenvolvimento futuro, torna-se uma fonte de nostalgia e pode atuar de forma progressiva, mas também, regressiva na vivência adulta. Essa relação é fundante de todas as dependências e relações posteriores.

Nesse momento seria importante uma reflexão sobre a ausência ou perda de uma mãe nesse cuidado inicial do bebê, pois é evidente que essa relação vai muito além de suprir necessidades ditas fisiológicas. A mãe, não necessariamente a figura humana com parentesco biológico em si, mas, aquele cuidador que disponibilize afeto em direção ao recém-nascido contribui também para a existência psíquica do bebê. A “Grande Mãe Boa”, fazendo uso das palavras de Neumann (1995, p.19), é arquetípica, componente de uma constelação humana que se instaura entre a mãe e o bebê, arquétipo esse necessário para o desenvolvimento do filho.

Segundo Neumann (1995); “Na fase pós-uterina da existência na realidade unitária, a criança vive numa *participation mystique*”. (Neumann, 1995, p.15). Definindo a terminologia de forma resumida, seria um fluido psíquico materno, onde os pares de opostos ainda não foram cristalizados, a condição psíquica do bebê é de uma identidade ainda inconsciente: trata-se de um estado de passividade. Os componentes que a consciência irá separar futuramente (físico, psíquico, biopsíquico) constituem ainda uma unidade. O inconsciente materno é lido pelo inconsciente do bebê cuidado e, de forma a regular esse dinamismo, a mãe tende a responder a esse “chamado” de forma também inconsciente. E essas reações, muitas vezes instintivas, também são produto do inconsciente coletivo.

Entrando em contato com os referenciais trazidos pelo autor fica evidente a importância dessa relação inicial entre mãe e bebê. Será ela que vai, de certa forma, conduzir a construção do Ego dessa criança, que poderá então adquirir uma separação do ego materno e se estruturar como um ego infantil. Somente a segurança trazida por uma relação suficientemente boa e recíproca entre eles poderá dar suporte para que a criança cresça e explore o mundo ao seu redor e assim descole-se gradativamente dessa relação simbiótica. Para explicitar de forma mais sistematizada essa ideia está inclusa abaixo uma citação da obra de Neumann já mencionada anteriormente;

*“A disponibilidade ou indisponibilidade da mãe para relacionar-se com a unidade biopsíquica do filho é de importância crucial não apenas para essa unidade, mas também para a formação inicial do ego da criança, pois a consciência independente da criança e as formas positivas e negativas de suas reações egóicas estão diretamente conectadas com sua experiência corporal. 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).

O desenvolvimento do bebê segue seu curso e ao longo desse processo o Self da criança, que tomou forma por meio do contato materno, começa a tornar-se experiência contribuinte para a formação da criança e desloca-se de forma gradual para o seu interior. Somente assim ela irá se tornar aberta para novos relacionamentos

e o bebê deixa de ser um Self Corporal e torna-se uma totalidade individual, que possuirá um Self completo. Ao findar-se essa primeira fase, a mãe que apareceu como mundo continente dará aos poucos lugar à mãe humana, que apesar de suas características pessoais, ainda será influenciada pela Grande Mãe arquetípica. Com a consolidação do ego, ao fim dessa fase, a criança segue em direção de tornar-se um indivíduo, mas até chegar nesse estágio, terá passado por fases arcaicas que são retomadas ao nascimento de todas as pessoas e que fazem parte da história dos humanos como espécie.

### ***Desenvolvimento do Ego***

---

O desenvolvimento orgânico do corpo da criança depende da disponibilidade materna para que o alimento e supra suas necessidades mais básicas. Entretanto, não é só o desenvolvimento orgânico que depende desse contato; a alimentação também se dá no nível psíquico. Essa relação de trocas mútuas,

conectada às experiências corporais, é de importância essencial para a formação primeira do ego infantil. No segundo capítulo do livro “*A Criança*” (1995), formulado por Neumann, essa ideia foi discutida de modo a conciliar a importância dessas duas formas de alimentação para a construção futura do Self, que nessa idade precoce ainda é corporal e não diferenciado do “outro”. Levando em consideração a importância dessa relação primal e do alimento dentro desse contexto para o melhor entendimento da Anorexia Precoce, dissertarei sobre o assunto fazendo uso de contribuições da Psicologia Analítica que o autor apresenta.

Nessa primeira fase, após o nascimento, a criança está envolta em um mundo totalmente compartilhado com sua mãe, aonde essa cuidadora é vista pelo bebê como o seu mundo. E o simbolismo dessa fase refere-se ao calor, satisfação, segurança: o bebê sente-se envolvido por um vaso que o protege e contém. O Self Corporal do bebê é completado pelo Self Racional/Externalizado que lhe é apresentado por meio de sua mãe. Durante esse estágio grande parte da experiência de personalidade da criança ocorre por meio das sensações corporais, suas e de sua cuidadora. Sendo assim, as funções fisiológicas de engolir, respirar, chorar, urinar, entre outros, passam a ser um grande foco da afetividade, sejam ações ativas do bebê, mas também, aquelas onde ele é passivamente amparado por seu cuidador.

Esse desenvolvimento inicial é denominado por Neumann (1995) de *instinto de autopreservação* e por um impulso para o desenvolvimento, e torna-se explicitado pela nutrição como simbolismo, porque esse alimento vai além da comida concreta: traz um significado de vida, de processo vital. Ou seja, a alimentação oferecida trará a percepção de um mundo amistoso para o bebê, simbolizando o arquétipo da Grande Mãe. A esfera oral transpõe o ideal de via para alimentação, torna-se um símbolo de troca com o exterior, trata-se do *uruboros alimentar* (Neumann, 1995, p.27) por meio do qual a criança poderá interpretar o mundo e agregar-se a ele.

Nessa fase inicial da vida o pré-ego enxerga a realidade como uma experiência fragmentada e o conhecimento daquilo que o rodeia se dá por meio da íntima relação com a mãe, que não se resume às sensações de troca corporal, mas também, o afeto consciente/inconsciente que lhe é disponibilizado. A relação primal, quando satisfatória, é um dos fatores que predispõe um bom desenvolvimento intelectual, e, além de ser a realidade no primeiro ano de vida, continua a ser um

fundamento da existência humana mesmo quando a nossa consciência começa a basear-se em verdades científicas que objetivam o mundo.

As primeiras experimentações que o bebê exerce sobre o mundo são de nível simbólico: trata-se de um simbolismo ligado ao instinto da fome; ainda não se trata de um instinto sexual/genital. Ou seja, o contato com o mundo expressa-se por meio do simbolismo alimentar, incluindo assim os polos orais e anais. O prazer experimentado nesse estágio é denominado “orgasmo alimentar”: segundo Neumann (1995), trata-se de uma satisfação interna que abarca todo o sistema digestivo. Sendo assim, quando se fala da fome psíquica do primeiro ano de vida, a referência é uma fase precoce onde a fome ainda é uma experiência que unifica corpo e alma e não existe uma separação que tende a aparecer ao longo do desenvolvimento.

Com o passar dos meses os órgãos genitais começarão a tomar o primeiro plano e assim o instinto passa a ser o sexual, este apreende e interpreta o externo a partir da sua posição. Entretanto, uma citação de Neumann parece explicitar de forma mais elucidativa essa dinâmica:

*“A sexualidade não é uma diferenciação posterior do instinto alimentar, nem o instinto alimentar é um estágio preliminar da sexualidade. É característico dos estados de transição que uma fase posterior neste caso, a sexual – seja apreendida inicialmente por meio do simbolismo da anterior – no caso, a fase alimentar [...]”.*

(NEUMANN, 1995, p. 33)

Tendo como base a citação, fica evidente que o ato de se alimentar está ligado à incorporação do externo, a imagem da mãe boa/má ou do seio satisfatório/não satisfatório não devem, segundo o autor, serem evidenciados como projeções de sentimentos em relação à mãe, sejam eles agressivos ou positivos, e sim, uma expressão de uma situação objetiva. A imagem da mãe negativa seria, para Neumann; “[...] uma figura da ansiedade secundária a uma situação perigosamente prejudicial produzida por uma relação primal insatisfatória”, (Neumann, 1995, p.33), ou seja, não é um representante de projeções infantis primárias de caráter agressivo. A Grande Mãe boa é evidenciada como uma base essencial para o desenvolvimento do ego infantil; a relação experienciada por meio dessa figura arquetípica traz sensações prazerosas ao bebê por meio do toque físico, mas também, essa mãe arquetípica é capacitada para amenizar os sofrimentos da criança.

A relação primária será também determinante quando a criança começar a construir outros relacionamentos interpessoais. Parte dessa correlação estaria, segundo Neumann (1995) vinculado à noção de segurança apreendida; “[...] *Confiança na mãe equivale à confiança na sociedade que ela representa*”. ( p. 35). Com o tempo, o bebê aprende que uma experiência desconfortável será seguida de alguma ação materna, ou ainda, que a presença da mãe irá trazer-lhe satisfação e alívio. Somente assim ele irá adequar-se futuramente às situações estressoras que o convívio social possui.

A criança torna-se capaz de conviver em um meio social porque possui um “aparato” psíquico que lhe dispõe um estabelecimento de relações eróticas. É importante frisar que, para Neumann (1995), esse erotismo estaria ligado a um sentido amplo. Nesse momento é importante abordar a noção trazida pelo autor de que a vivência do humano sempre está entrelaçada a um “tu”, e esse mesmo “tu” se torna uma fonte avaliativa externa. Sendo assim, percebe-se que desde muito cedo o bebê já começa a se adequar de forma a trazer contribuições sociais que lhe tornem aceito e produtivo. Farei uso de uma citação para elucidar o valor do “tu” na construção do ego:

*“O desdobramento das relações entre ego e o “Tu”, e entre ego e Self que na relação primal encontram-se inextricavelmente ligados, encontra-se entre os processos essenciais do desenvolvimento da criança; em grande parte a doença ou a saúde do indivíduo e seu sucesso ou fracasso posteriores na vida dependem desse processo.”*

(NEUMANN, 1995, p. 38)

Ainda na mesma obra, Neumann (1995) menciona outra decorrência da relação primal quanto ao desenvolvimento do ego:

*“Não só a segurança do ego e sua percepção do Self, mas também a capacidade do ego de fazer contato com o Self e com o inconsciente dependem de um contato positivo propiciado pela relação primal. Pois o inconsciente também confronta o ego e a consciência com um “tu”. Da mesma forma que o contato seguro adquirido na relação primal torna possível uma relação segura com o “tu” sob qualquer forma em que este se apresente (“tu” humano, mundo, corpo, Self e inconsciente), também uma insegurança adquirida na relação primal sabota o contato com qualquer “tu”, inclusive com o inconsciente, que é para a criança ao mesmo tempo aquilo que lhe é alheio, a um só tempo outro mundo e oposto psíquico.”*

(NEUMANN, 1995, p. 39)

Seguindo esse mesmo pensamento, exponho a baixo mais uma citação do autor que agora explicita sua concepção sobre a experiência da capacidade humana de amar:

*“[...] A possibilidade de amor entre os sexos tem origem na relação primal, ou, para dizer a mesma coisa em termos mitológicos, a Grande Mãe, o arquétipo matriarcal de feminino, é o guardião e depositário de todo o amor humano.”*

(NEUMANN, 1995, p. 39)

Possuindo como base as citações apresentadas, fica ainda mais clara a correlação entre a primeira relação estabelecida na vida, por meio das disposições arquetípicas maternas, e o desenvolvimento humano. A disposição libidinal durante a relação primal, quando não sofre algum impasse, é o primórdio para que a criança adquira interesse pelo ambiente. Sendo assim, a separação de quem exerce o papel de mãe e do seu bebê e a vivência do materno como algo “terrível”, irá trazer graves consequências, muitas vezes, patologizantes, para vivências posteriores. Essa criança que nasce muito mais passiva e dependente de cuidados precisa de uma relação estável e segura para conseguir tornar-se autônoma e ativa quanto às escolhas de interesses quando o ego estiver estabelecido.

Por fim, em resumo, o desenvolvimento do ego começa a ocorrer na fase urobórica, momento no qual o bebê e sua mãe estão em uma fusão psíquica, seus conteúdos inconscientes conversam de forma muito direta e essa figura materna torna-se a representação de mundo para o recém-nascido. Somente após passar pela primeira fase da relação primal, depois do primeiro ano, o ego começará a se desenvolver de forma integrativa e assim a criança irá dar seus primeiros passos em direção a tornar-se alguém único e ativo.

**SIMBOLISMO CORPORAL**

---



Figura 4 - Simbolismo Corporal  
Fonte: Hemocord Magazine, 2015

Disponível em: <http://hemocord.com.br/magazine/tecnica-oriental-previne-colicas-e-aumenta-o-vinculo-afetivo-com-o-bebe/> , último acesso: 07/06/2017

### ***Contextualização Geral sobre o Tema***

---

Ao longo do desenvolvimento humano a imagem corporal também vai se formando e se integrando à percepção que o indivíduo terá de si mesmo, mas não são apenas as experiências pessoais que irão influenciar nessa construção. Em sua obra *“A psique do corpo - a dimensão simbólica da doença”* (2006), Denise Gimenez Ramos traz contribuições significativas à compreensão das correlações existentes entre corpo e psique e mostra que a imagem corporal baseia-se também na relação entre Ego e Self. O desenvolvimento do ego seria, segundo Ramos (2006),

influenciado por sua capacidade de absorver símbolos, imagens e sensações corporais, que serão capazes de fornecer ao indivíduo informações referentes ao Self. Sendo assim, é importante evidenciar que, quando uma pessoa apresenta algum tipo de somatização, não necessariamente deixou de ser capaz de simbolizar mas sim, que faz isso no plano somático.

Focalizando a proposta de abordar conceituações referentes ao primeiro ano de vida farei uso de citações que transmitem a correlação entre o corpo do bebê e a construção de estruturas psíquicas:

*“Sabemos que os bebês reagem corporalmente ao medo ou à sensação de abandono. As estruturas psíquicas são construídas primeiramente nas relações psicofisiológicas. Podemos supor que, quando um adulto reage com um sintoma físico à sensação de abandono, ele revive um padrão infantil de comportamento, como uma criança, que, por não ter uma linguagem verbal, responde psicossomaticamente à dor emocional”.*

(RAMOS, 2006, p.58)

Ainda abordando a mesma conceituação:

*“Quando a relação mãe-bebê é suficientemente boa, a partir da matriz somatopsíquica inicial ocorrerá uma diferenciação progressiva na criança entre seu corpo e o corpo da mãe, o qual é a primeira representação do mundo externo. Os conteúdos psicológicos lentamente se diferenciam dos somáticos na psique infantil. Dentro do padrão normal, por meio da relação com a mãe a comunicação simbólica verbal desenvolve-se em harmonia com a corporal, completando-a. A diferenciação psique-corpo estabelece-se paulatinamente e a relação mãe-bebê dá a base para a formação da função transcendente. Aos poucos os arquétipos se deintegram com as suas polaridades, tornando-se conscientes.”*

(RAMOS, 2006, p.59)

A relação com a mãe é evidenciada como uma base tão importante para que o indivíduo desenvolva sua capacidade simbólica que, segundo Ramos (2006), uma interrupção prematura na relação com a cuidadora/mãe seria uma das causas que explicam uma dificuldade de simbolização a nível abstrato, nos indivíduos adultos. Além dos cuidados básicos que um bebê precisa para sobreviver, também lhe é ofertado pela mãe o deciframento dos estímulos internos e sensações corporais através de uma comunicação verbal ou gestual. Dessa maneira, ela tem como função fornecer um ambiente que torne possível a aprendizagem do bebê, no sentido de que é por meio dela que será apreendida a identificação corporal a nível abstrato e também a tradução das sensações corporais em sentimentos nomeados.

Ainda na obra citada anteriormente Ramos (2006) faz uso da terminologia “corpo simbólico” (p.67) para explicitar características desse corpo que vão muito além dos aparatos fisiológicos. Segundo a autora esse corpo seria um conjunto de significados psicológicos que falam sobre o corpo somático. Esse corpo simbólico seria vivenciado de forma ativa ou passiva. Essa forma de vivenciar traria formas diferentes de apresentação sintomatológica. Fazendo uso das palavras da autora: “[...] Quando é *constelado passivamente*, temos, por exemplo, a *formação de sintomas e o surgimento de fantasias*; quando é *vivido ativamente*, temos o *estabelecimento de uma relação com o símbolo emergente, integrando-o na consciência [...]*”. (Ramos, 2006, p. 67).

Os símbolos abrangem uma união entre inconsciente e a consciência, ou seja, surgem entre uma união de componentes opostos. Aparecem como uma ponte para o desconhecido e sua expressão pode se dar por meio de sonhos, como uma realidade simbólica, ou seja, abrangendo elementos pessoais e coletivos. As patologias de ordem psíquica, principalmente aquelas que se expressam por meio de sintomas corporais apresentam-se como símbolos que dariam abertura para uma possível compreensão da doença e, assim, fariam menção a um complexo, cuja natureza própria tende a expressar-se pelo corpo. Os complexos são compostos de imagens que se encontram associadas e memórias de momentos traumáticos que ficam “submersos” no inconsciente e assim tornam-se difíceis de serem acessadas/recuperadas pelo ego. Esses elementos encontram-se unidos por afetos, e apesar da maioria deles ser formado ao longo da história de vida, também existem complexos familiares e sociais que pertencem ao inconsciente coletivo, ou seja, possuem em si uma base arquetípica.

Seguindo a linha de raciocínio que reconhece um elemento transcendente incorporado ao dinamismo psíquico, é importante salientar a visão de que, segundo Ramos (2006), a Psicologia Analítica adota como metodologia dentro desse contexto de apreensão psíquica. Para tanto estão elencados abaixo algumas ideias expostas no capítulo 3 “A doença como expressão simbólica: uma nova proposta” que se insere na obra “A psique do corpo – dimensão simbólica da doença”, elaborado por Denise Gimenez Ramos (2006).

*“1. Os primeiros testes de associação provaram que todas as emoções e fenômenos psíquicos têm um correlato fisiológico.”*

(RAMOS, 2006, p. 75)

*“2. Os Sintomas somáticos ou psíquicos têm origem nos complexos. A constelação de um complexo provoca uma alteração no nível fisiológico e psicológico sincronicamente, tenha o indivíduo ou não percepção dessas alterações.”*

(RAMOS, 2006, p.79)

*“3. Todo complexo tem um padrão específico de imagens e sensações, as quais têm raiz no arquétipo. Por essa razão, as manifestações fisiopatológicas e psicopatológicas de um complexo têm certa universalidade [...]”*

(RAMOS, idem.)

*“7. Tanto a saúde quanto a doença podem ser vistas como representações simbólicas da relação ego-Self”.*

(RAMOS, 2006, p.77.)

*“11. No paciente que expressa essa disfunção com uma simbologia orgânica, podemos levantar a hipótese de que, em decorrência de uma problemática na relação primária, sua vida fantasiosa tenha-se cindido das impressões sinestésicas e, portanto, se expresse por um funcionamento simbólico pré-verbal. Outra hipótese é que a consciência tenha dificuldade de integrar o símbolo emergente devido à complexidade nele envolvida. Situações existenciais profundas ou traumáticas podem trazer certos questionamentos que o ego, não conseguindo integrá-los no plano abstrato, é induzido a somatizar”.*

(RAMOS, idem.)

As contextualizações mencionadas conduzem à construção de um pensamento no qual a doença orgânica, ou mental, é simbólica no sentido de representarem complexos e arquétipos que não podem ser experienciados de forma consciente pelo indivíduo, seja por falta de elaboração destes conteúdos, mas também pela repressão. Como esse “significado” não é incorporado pelo ego, formam-se sintomas que irão atuar como tentativas de integração desse conteúdo e essa patologia tende a persistir, muitas vezes variando quanto ao quadro clínico, mas sua significação se mantém.

*“Os sintomas somáticos tiveram clara conexão com complexos parentais, tanto na sua origem quanto ao desenvolvimento posterior.”*

(RAMOS, 2006, p. 189)

A relação com os pais/cuidadores é uma situação que toma um papel de destaque como base de desenvolvimento tanto orgânico quanto psíquico e os sintomas somáticos não ficam fora dessa constatação. O surgimento e a manutenção

dessa sintomatologia possui conexões com os complexos parentais. Segundo Ramos (2006) cabe à figura parental primária realizar uma mediação psique-corpo adequada para os seus filhos durante a tenra infância para que a função transcendente não se fixe no corpo e possa transformar-se em palavras e outros componentes que podem ser assimilados pelo ego.

Essa ligação dos sintomas com a relação familiar não se restringe à primeira infância, onde a relação com os pais tende a ser íntima. A constelação desses complexos pode ocorrer em qualquer momento da vida do indivíduo e este é ameaçado com uma possível perda de controle sobre suas emoções e comportamentos. Os complexos possuem uma energia própria que, quando estimulado por determinadas situações, expressam-se de uma forma mais potente e segue por sucessivos níveis do dinamismo em direção à consciência, e é justamente em decorrência desse movimento que aparecem os sintomas.

Por possuírem uma base arquetípica, os complexos que se apresentam em diferentes indivíduos, podem potencializar o aparecimento de quadros patológicos com componentes sintomatológicos em comum. Ou seja, essas semelhanças dentro de determinadas doenças, podem refletir uma proximidade de disfunções equivalentes a complexos, arquétipos e dinâmica egóica de indivíduos distintos. Algo no desenvolvimento dessas pessoas é compartilhado e reflete-se em sua sintomatologia, e a anorexia nervosa, assim como outros transtornos alimentares, não fugiria a essa correlação.

## **PARTICIPAÇÃO ARQUETÍPICA**

---

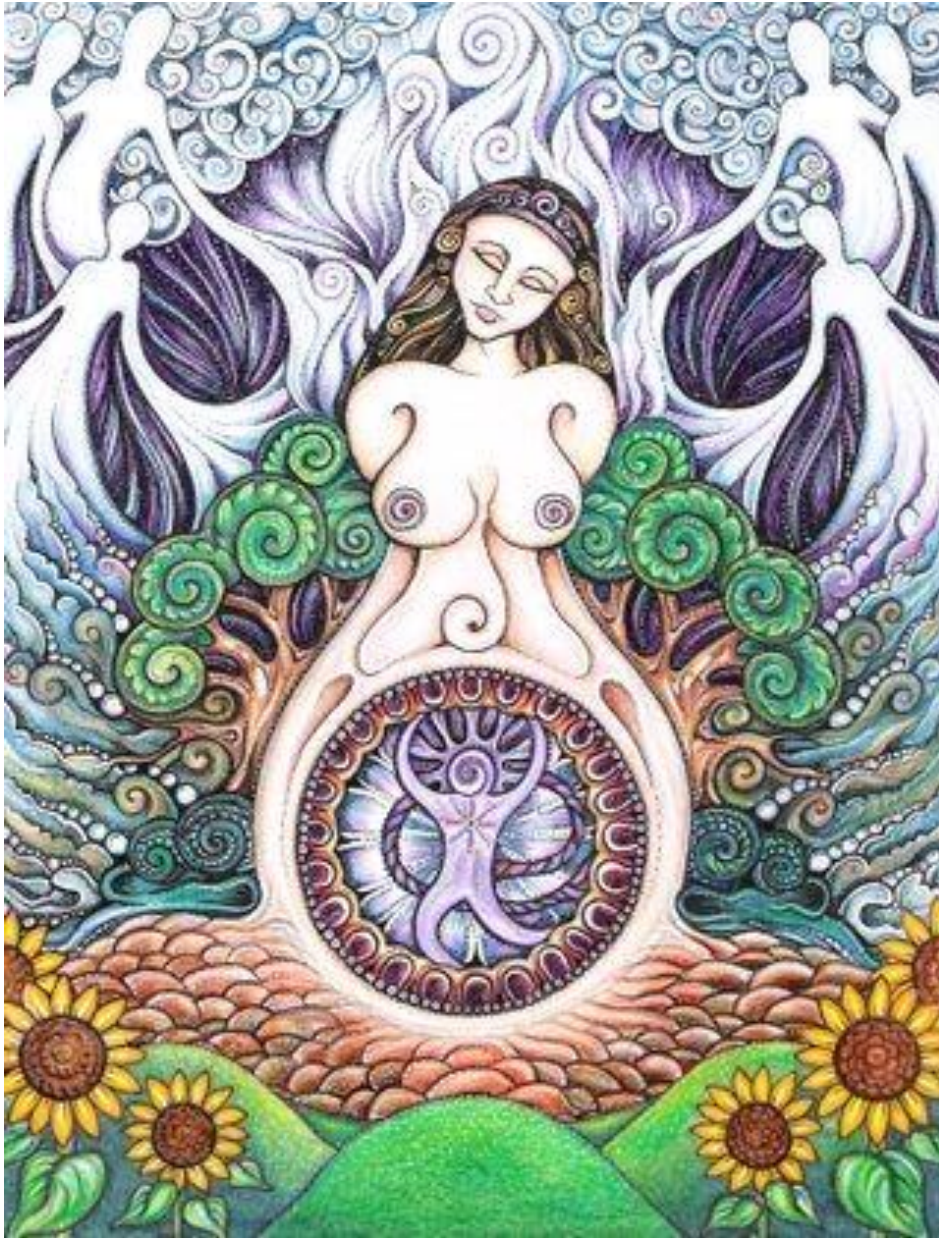


Figura 5 - Arquétipo da Grande Mãe

Fonte: Vera Faria Leal, 2012.

Disponível em: <http://www.verafarialeal.com.pt/wp-content/uploads/2012/10/Mother-earth.jpg>, último acesso: 07/06/2017

### **Definição**

*“[...] Há um fator apriorístico em todas as atividades humanas, que é a estrutura individual inata da psique, pré-consciente e inconsciente. A psique pré-consciente, como por exemplo, a do recém-nascido, não é de modo*

*algum um nada vazio, ao qual, sob circunstâncias favoráveis, tudo pode ser ensinado. Pelo contrário, ela é uma condição prévia tremendamente complicada e rigorosamente determinada para cada indivíduo, que nos parece um nada escuro porque não a podemos ver diretamente. No entanto, assim que ocorrerem as primeiras manifestações visíveis da vida psíquica, só um cego não veria o caráter individual dessas manifestações, isto é, a personalidade singular. [...]”.*

(JUNG, 1976, p.85)

O arquétipo é uma potencialidade de atuação em relação ao mundo e possui um núcleo de significado que definirá uma espécie de contorno quanto aos conteúdos abrangidos por ele. Nomeá-lo não torna possível definir concretamente o modo como ele irá se apresentar à nível pessoal. Sendo assim, é evidente o fato que os arquétipos, principalmente para fins didáticos e de compreensão psíquica, podem ser determinados em relação à sua forma, mas o seu conteúdo só será passível de apreensão quando tornar-se consciente e preenchido por experiências vivenciadas conscientemente.

Após anos da formulação do conceito de arquétipos desenvolvido por Carl Gustav Jung (1875 – 1961) fica cada vez mais evidente a aparição dos arquétipos como fundantes de mitos e contos de fadas; mas também, surgem na prática clínica como manifestações involuntárias de processos inconscientes por meio de sonhos e fantasias. Com o intuito de conceituar a diferenciação entre os conteúdos arquetípicos daqueles oriundos de vivências individuais exponho abaixo uma citação de Jung que se encontra na obra; “*Os arquétipos e o inconsciente coletivo*” (1976):

*“A psicologia moderna trata produtos da atividade da fantasia inconsciente como autorretratos de processos que acontecem no inconsciente ou como asserções da psique inconsciente acerca de si própria. Podemos distinguir duas categorias em tais produtos. Primeiro: fantasias (inclusive sonhos) de caráter pessoal, que indubitavelmente se reportam a vivências pessoais, a coisas esquecidas ou reprimidas, podendo, portanto ser inteiramente explicadas pela anamnese individual. Segundo: fantasias (inclusive sonhos) de caráter impessoal e pessoal, que não podem ser atribuídas a vivências do passado individual e conseqüentemente não podem ser explicadas a partir de aquisições individuais.”*

(JUNG, 1976, p.156)

Observando a citação observa-se que para a Psicologia Analítica junguiana os conteúdos arquetípicos são manifestações inconscientes de nível

coletivo. Sendo assim, torna-se impossível encaixar essa manifestação dentro de uma definição causal concreta. A experiência da primeira infância, na qual o estado da consciência ainda não foi de fato totalmente desenvolvido poderia, segundo Jung (1976), trazer conteúdos arquetípicos importantes para o estudo de casos clínicos.

Os arquétipos, mesmo que pertencentes ao inconsciente coletivo, podem trazer perturbações psíquicas aos conteúdos pessoais quando são negligenciados em nosso cotidiano. Eles são “forças de vida anímica que querem ser levadas a sério [...]” (Jung, 1976, p. 158) e que se apresentam à consciência de forma indireta, mais comumente por metáforas. A constatação dessa expressão por uma via direta condiz com a concepção de que não se pode explicar um arquétipo; afinal, a única possibilidade racional que possuímos para entrar em contato é por meio de traduções das imagens arquetípicas.

*“Arquétipo é um padrão potencial inato de imaginação, pensamento ou comportamento que pode ser encontrado entre seres humanos em todos tempos e lugares”. (Stein, 2000, p.205). Após o nascimento o humano passaria por ciclos arquetípicos e nesses momentos singulares são trabalhados comportamentos que assim podem integrar-se ao ego.”*

(LACAVA, 2005, p.15).

Dentro dessas conceituações, qual seria então a função do arquétipo? Eles não se restringem apenas à expressão de acontecimentos mitológicos passados, mas também, são à base de dinamismos presentes. Trata-se de um sistema que atua em prol da harmonia psíquica porque é destinado a compensar conteúdos unilaterais da consciência. Um exemplo dessa funcionalidade atemporal é expresso por Jung (1976) quando aborda o arquétipo da criança: “Um aspecto fundamental do motivo da criança é o seu caráter de futuro [...]” (p.166) Ou seja, o arquétipo de motivo da criança seria uma potencialidade para desenvolvimentos futuros.

*“Trata-se de um recipiente que nunca apodemos esvaziar, nem encher. Ele existe em si apenas potencialmente e, quando toma forma em alguma matéria, já não é mais o que era antes. Persiste através dos milênios e sempre exige novas interpretações.”*

(JUNG, 1976, p. 181/182).

### ***Arquétipo Materno***

---

*“O caráter elementar do aspecto feminino tem uma tendência a conservar para si aquilo que deu origem. Estará em evidência quando o ego e a consciência ainda forem infantis e o inconsciente dominante. A característica mais marcante é a de conter.”*

(NICOLETTI, 2000, p. 19).

O arquétipo da Grande Mãe é o que rege o ciclo materno (esse arquétipo é responsável por impulsionar a mãe ao cuidado e a suprir as necessidades do bebê que irá solicitá-la).

*“Neumann (1999) afirma que a proteção da continuidade da existência é a experiência fundamental dessa fase, sendo assim, característica da Grande Mãe. As primeiras experiências de polarização – prazer e desconforto, interno e externo, por exemplo – estão a salvaguarda de um processo de compensação proporcionado pela mãe. Desde modo, mesmo tensões que produzem desconforto são suportadas e integradas graças a uma confiança, inconsciente, é claro, e não percebida pelo ego, de que elas são descarregadas. Pois só em casos raros, a mãe arquetípica não deseja ou não é capaz de apaziguar a tensão e o sofrimento da criança.”.*

(LACAVA, 2005, p.10).

Nicoletti (2000) traz como ideal o fato de que a figura materna seria determinante e faz-se presente em todos os aspectos da vida de uma criança. Fazendo uso da obra de Neumann (1990) a autora declara que a criança vivencia sua mãe, em primeiro lugar, através do arquétipo da Grande Mãe, sendo esta a realidade onipotente da qual a criança é dependente. Sendo assim, a criança desenvolveria a sua primeira relação com o feminino numinoso que a mãe “humana” representa e não com a realidade objetiva e pessoal dessa mulher, ou a pessoa que assume esses cuidados. Ainda segundo Nicoletti (2000) o nome dado a esta relação é “primal”, onde a criança presencia o mundo e a si mesma através da mãe, uma vez que a consciência e o ego ainda são infantis e não desenvolvidos.

Ao tentar entrar em contato com o “pano de fundo” da imagem arquetípica da Grande Mãe, dentro dos estudos psicológicos, é necessário refletir sobre o arquétipo de um modo genérico. Seria impossível definir todos os conteúdos abrangidos pelo arquétipo até porque é a vivência individual que irá colorir essas “pré-disposições” mitológicas. Ou seja, assim como os outros arquétipos, o materno também possui um amplo leque de possibilidades de apresentação vivencial.

Observando o arquétipo materno de forma mais elucidativa, o que resumiria a base da experiência por ele proporcionada é o maternal; esse envolveria, segundo Jung (1976), a autoridade do feminino, elevação espiritual, o cuidador, o que sustenta possibilidade de crescimento, fertilidade, alimentação e o renascimento,

assim como, o escuro, o secreto, o sedutor, o fatal. Esses atributos serão construtivos da imagem da mãe amorosa, e também aquela evidenciada como terrível.

A potencialidade da relação com o mundo, expressa através desse arquétipo, será sobreposta pela experiência vivenciada por meio da mãe pessoal, aquela com quem estabelecemos a primeira relação de nossas vidas.

*“Isto significa que não é apenas da mãe pessoal que provêm todas as influências sobre a psique infantil descritas na literatura, mas é muito mais o arquétipo projetado na mãe que outorga à mesma um caráter mitológico e com isso lhe confere autoridade e até mesmo numinosidade. Os efeitos etiológicos, isto é, traumáticos da mãe devem ser divididos em dois grupos; primeiro os que correspondem à qualidade característica ou atitudes realmente existentes na mãe pessoal. Segundo, os que só aparentemente possuem tais características, uma vez que se trata de projeções de tipo fantasioso (quer dizer, arquetípico) por parte da criança.”*

(JUNG, 1976, p. 89)

Realizando uma breve análise sobre a citação explicitada anteriormente, evidencia-se a participação importante que a relação com a representante da imagem maternal tem sob o desenvolvimento infantil. Entretanto, Jung (1976) vai além dessa constatação: ele busca contribuições originárias das neuroses infantis na mãe. Segundo ele, a maior parte das crianças tende a desenvolver-se normalmente e, quando isso não ocorre, um distúrbio dos pais pode ter sido o eliciador da psicopatologia infantil.

Seguindo o raciocínio do impacto relacional materno sobre o desenvolvimento do ego da criança, pode evidenciar-se o complexo materno, que teria como base o arquétipo materno. Porém, é importante ressaltar que as neuroses da infância ou que remetem a essa época, são *“pertencentes à esfera instintiva da criança que encontra-se perturbada, constelando assim arquétipos que se interpõem entre a criança e a mãe como um elemento estranho, muitas vezes causando angústia.”* (Jung, 1976, p. 91). Ou seja, não necessariamente ações da mãe pessoal são comprovadas como causa direta da perturbação, e sim a forma como a criança irá simbolizar esse laço afetivo.

Os efeitos do complexo materno seriam diferentes quando se expressam por meio de uma relação com um filho ou com uma filha. No caso do bebê nascido com o sexo masculino esse complexo evidenciaria a diferença entre ele e sua mãe, no sentido de que a mãe é o primeiro ser feminino com o qual esse futuro homem entra em contato, sendo assim, ela alude, mesmo que de forma indireta, à “masculinidade” do filho, podendo, nas palavras de Jung (1976) ocorrer uma “sexualização anormal”. Por outro lado, no complexo materno da filha, ocorreria uma possibilidade de intensificação dos instintos femininos ou um enfraquecimento/extinção da expressão deles.

Em resumo, a imagem materna é evidenciada de forma diferente quando expressa-se no homem ou mulher. Por pertencerem ao mesmo sexo, a mulher enxergaria em sua mãe uma disposição sexual mais direta. O homem, entretanto, poderia apenas idealizar de forma simbólica, porque ela é uma composição estranha à sua realidade masculina e, sendo assim, esse vazio é preenchido por conteúdos imaginários. Essa idealização pode ocorrer em ambos os sexos; entretanto, somente seria algo normal quando expressa pelo filho.

Diante dessa dissertação teórica referente às diferenças de simbolização da sexualidade por parte do filho em comparação com a filha, acredito ser necessário expor algumas ressalvas pessoais. Quando elaborou essas contextualizações Jung vivia em outra época, em outro contexto cultural e muito do que foi por ele escrito faz menção aos conhecimentos/imaginários do momento histórico. Quando se refere às possibilidades de uma sexualidade “anormal” é incluso, nesse conglomerado de psicopatologias, o “homossexualismo” por parte da figura masculina. Acredito que a homossexualidade é uma posição vivencial que pode ter em sua origem conteúdos referentes à relação primal; no entanto, trata-se de uma questão muito mais complexa e ampla do que apenas isso. A homossexualidade, na atualidade, pode ser evidenciada por alguns teóricos como uma discrepância do que se considera normal. Entretanto, justamente por ser um dado multideterminado que coloca em questão posicionamentos e decisões afetivas pessoais, é importante frisar que cada caso é um caso, e que meu posicionamento sobre o assunto é a favor da diversidade dos relacionamentos humanos, independente dessa constituição homoafetiva ser enquadrada ou não em quadros psicopatológicos.

Retomando a definição do arquétipo materno, conclui-se que ele existe como uma disposição inconsciente e de caráter coletivo, mas quem dará significado relacional a isso é a mãe pessoal. A criança recém-nascida vive em um estado simbiótico com sua mãe/cuidadora e possui uma identificação inconsciente com ela: a mãe é o mundo conhecido da criança. Ou seja, ela é a realidade psíquica da criança; somente conforme a consciência for desenvolvendo-se, o eu da criança começará diferenciar-se da mãe e sua personalidade irá se tornar cada vez mais única e distinta.

Lacava (2005) evidencia a necessidade de que, para transpor para o ciclo seguinte, a criança deve ter aprendido e internalizado os papéis presentes no arquétipo da Grande Mãe. Se ela tiver aprendido pedir aquilo que está precisando e dar a si mesma o que quiser, então terá de olhar para o outro e começar a internalizar regras, funções essas que serão desenvolvidas no próximo ciclo: o patriarcal.

### ***Arquétipo Paterno***

---

Em seu trabalho de conclusão de curso “*O arquétipo do pai e sua atualização através da figura do padrasto: uma realidade possível?*” Azevedo (1999) traz contribuições conceituais referentes ao dinamismo do arquétipo paterno e sua correlação com a saída da fase matriarcal. Segundo a autora: “[...] *aos poucos, o ego vai se desidentificando com o Self e sente a necessidade de sair do mundo matriarcal. Há um movimento de busca por uma discriminação cada vez maior, e se começa uma oposição ao arquétipo da Grande Mãe.*”. (p.23).

O arquétipo paterno é o que sucede o ciclo da Grande Mãe. A criança experencia o complexo paterno originário do arquétipo do pai por meio da relação construída com a pessoa que exerça essa função, independente do vínculo genético. O pai é o responsável por estabelecer limites e ordens à criança, ensinado-a a conviver em sociedade, onde ocorre uma relação bem diferente do mundo paradisíaco em que a criança encontrava-se na relação dual com a mãe.

Fazendo referência aos dinamismos psíquicos, nessa passagem ao patriarcado, o ego vai afastando-se do inconsciente, realizando também uma separação entre a criança e o outro. Além disso, *“No dinamismo patriarcal, a identificação do ego com a persona, e a manutenção rigorosa na sombra dos conteúdos que se opõem a ela, é algo desejável e pode ser visto como estruturante para o ego.”* (Azevedo, 1999, p.24).

O ciclo patriarcal tem a função de mostrar à criança que, apesar do seu desejo, em algumas situações suas vontades não poderão ser realizadas porque existe outra pessoa que também possui desejos e vontades. Os limites e a existência de outro mundo, além daquela relação paradisíaca mãe-bebê, são tópicos aprendidos neste ciclo.

Sendo assim, o pai é visto como aquele que deve se apresentar como barreira na relação urobórica entre mãe e bebê. Existem situações, porém, em que o pai não cumpre esse papel limitador, ou por uma ausência na relação parental de alguém que cumpra esse papel ou porque a saída da relação materna não foi bem feita.

**DISCUSSÃO**

---



Figura 6 - Caminho de Diálogo

Fonte: Ana Faria Blogspot, 2014.

Disponível em: <http://anafariaspsicologa.blogspot.com.br/2014/04/decidir-cora-coralina.html>, último acesso: 07/06/2017

A busca por compreender a Anorexia Nervosa vai muito além do entendimento das características sintomatológicas que o quadro clínico apresenta, principalmente quando se trata de sua apresentação em uma fase precoce da vida, na qual o sujeito ainda não dispõe de mecanismos para relatar verbalmente sua

experiência com a doença. A anorexia precoce possui em sua base uma etiopatogenia tão complexa quanto aquela que se apresenta no início da adolescência/começo da vida adulta; a inapetência alimentar se expressa como um símbolo de conflitos psíquicos na formação da personalidade ainda na fase pré-egóica e que possui íntima ligação com a relação primal e seus desdobramentos.

A queixa referente às dificuldades durante a amamentação, e também na fase de introdução de novos alimentos, é recorrente dentro da prática clínica da Pediatria. Entretanto, muitas vezes essa queixa é compreendida apenas como uma “falta de apetite” por parte do bebê que pode ser resolvida com outras formas de suplementação nutricional. Porém, no caso da Anorexia Precoce de origem complexa, as intervenções convencionais podem não surtir resultados duradouros e a sintomatologia tenderá a retornar em algum momento da vivência, mesmo que por meio de outras expressões corporais simbólicas. Sendo assim, diante de uma criança que ainda não pode minimamente referir-se sobre o seu sofrimento o olhar volta-se para a dinâmica familiar. Afinal, muito daquilo que desenvolvemos quanto à personalidade diz respeito ao ambiente em que vivemos e às relações afetivas que são disponibilizadas para conosco e posteriormente construídas por nós.

Durante o primeiro ano de vida, no qual se encontra o segundo semestre pós-nascimento, onde se evidencia o surgimento dos casos de anorexia precoce complexa, a principal forma de relação afetiva ocorre entre o bebê e sua mãe, ou entre quem desempenhe esse papel de cuidadora primária. Nesse estágio do desenvolvimento, a criança começa a conhecer o mundo no qual está inserida e a ter as primeiras sensações e percepções sobre ela mesma. A mãe aparece justamente como uma mediadora nessa construção; ela é a representação mais próxima que o bebê tem do “outro” e de si, porque a relação primal é tão simbiótica que a criança enxerga sua mãe como uma extensão dele mesmo.

O primeiro ano de vida é um estágio do desenvolvimento no qual o humano ainda precisa de muitos cuidados que lhe tornam apto à sobrevivência, e para que esses cuidados sejam oferecidos é necessária uma satisfação mútua entre o bebê e seus pais, ou seja, a relação precisa ser minimamente desejada por ambas as partes para que ela se torne uma base estável e segura. Além da reação fisiológica de sucção que permite ao bebê se alimentar, os sentidos de percepção lhe permitem entrar em

contato com o mundo e assim construir subsídios que lhe fornecerão capacidades de posteriormente tornar-se um ser ativo. Porém, para conseguir explorar o externo, o bebê precisa encontrar confiança nas relações primais; é necessário que ele desconfie do que lhe é estranho e assim se proteja, mas também deve aprender que os cuidadores podem ausentar-se mas estarão disponíveis quando ele precisar.

Tecendo considerações referentes aos dinamismos psíquicos dessa fase da vida é importante salientar que nesse estágio o inconsciente ainda é o direcionador predominante, o ego ainda não se estabeleceu, ou seja, a vivência de personalidade se dá por meio da relação com o Self e se constrói altamente influenciado pelos componentes arquetípicos parentais. Durante o primeiro ano, e por boa parte da infância, a criança possui uma união parcialmente inconsciente com os pais; muito do que lhe é transmitido e recebido como verdade sobre o mundo ocorre pela via inconsciente e no nível de sensações corporais, principalmente das experiências que ocorrem na companhia de sua mãe/cuidadora.

As ansiedades por parte da figura materna podem trazer conflitos psíquicos para ela como indivíduo singular, mas também dificultar a construção de uma percepção própria das necessidades fisiológicas por parte do bebê; afinal, ele só aprenderá a pedir o alimento quando puder experimentar a sensação da fome. Algumas vezes, influenciadas por sua percepção de que devem ser “mais que boas”, essas cuidadoras não conseguem lidar com a ansiedade de ver seu filho chorando e acabam oferecendo o alimento com a intenção de suprimir o choro, mesmo quando a necessidade do bebê é outra, incluindo o afeto.

Dentro no nosso contexto social um bebê saudável é aquele que se alimenta bem e, dessa forma, suas qualidades são evidenciadas e ele ganha o olhar narcisante dos pais; esse investimento libidinal é fundamental para que o bebê cresça e perceba-se como alguém único e de valor no mundo. Entretanto, a dificuldade de conseguir alimentar o bebê pode gerar uma intensa ansiedade materna, principalmente naquelas mães que já tendem a ser ansiosas e buscam uma espécie de controle sobre as situações familiares. Parte dessa ansiedade que faz com que a mãe se torne uma espécie de polvo que “agarra” todas as responsabilidades do cuidado para si, tem enorme influencia do contexto em que ela vive. Em nossa sociedade, comumente o cuidado do recém-nascido é destinado à mãe/cuidadora e

ela precisa se desdobrar para atender a todas as demandas apresentadas pelo bebê. Entretanto, essa responsabilidade absoluta, além de ser um possível fator de ansiedade, também torna a relação da mãe com seu filho algo ainda mais simbiótico do que esse encontro primário já tende a ser.

A disposição libidinal do recém-nascido ocorre por meio da via oral, estritamente ligada à alimentação e as primeiras experiências ocorrem pelo simbolismo alimentar que ainda não possui uma distinção entre o que é a fome fisiológica e a necessidade de psíquica de internalização de afetos. Sendo assim, a alimentação, que é o cerne do desenrolar da anorexia precoce, tende a ser evidenciada como componente da relação primal, e, dessa forma, não podemos deixar a compreensão dessa construção afetiva subjetiva fora do entendimento do quadro psicopatológico. Após o primeiro semestre, onde mais frequentemente se evidenciam as anorexias precoces, inicia-se uma fase de grandes mudanças no desenvolvimento da criança, inclusive em relação à alimentação; o bebê agora consegue ter uma percepção um pouco mais elaborada de disponibilidade do alimento, de sua presença, e se a relação que teve com essa situação durante a amamentação exclusiva apresentou situações conflitivas nas quais ele sentiu-se ameaçado, ele irá tender a negligenciar a introdução de outros alimentos.

A anorexia precoce possui seus conteúdos simbólicos próprios e a forma como os sintomas tendem a aparecer podem fazer parte de uma forma de comunicação/expressão de conteúdos que não podem ser nomeados pela ausência da capacidade linguística verbal no bebê, mas também, por não fazerem parte do mundo consciente e concreto com o qual lidamos de forma objetiva. O corpo não se restringe a um aparato biológico; nossa constituição como humanos abarca conteúdos psíquicos construídos por nossas experiências pessoais e também as predisposições arquetípicas. Dentro dessa dinâmica, os componentes inconscientes buscam tanta expressão quanto os conscientes e o corpo torna-se por vezes uma tela na qual as cores desses símbolos vão criando imagens. Quando existem conflitos psíquicos, incluindo aqueles que se formam ainda nos primeiros meses de vida, os complexos que constelam irão apresentar-se sintomatologicamente e surgem assim as patologias de origem psicossomática. O alimento e a mãe são um todo composto para o bebê; sua relação com a mãe, incluindo a comunicação a nível inconsciente, irá expressar-se por sua disposição em receber e ingerir os alimentos.

A relação primal é vivenciada por meio da mãe pessoal que possui uma história de vida subjetiva, mas também, pelo arquétipo da Grande Mãe que influenciará na sua disposição ao cuidado para com seu filho. O complexo matriarcal, que é a base do relacionamento entre mãe e bebê, é vivenciado por meio de uma disponibilidade por parte da cuidadora de ser continente e suprir as necessidades básicas do bebê, o que inclui demonstrações de afeto. Entretanto, é importante elucidar que muito dessa relação será apreendida pelo bebê a nível inconsciente e por meio das percepções que são simbolizadas pela criança. Essa constatação é essencial porque deixa claro que a mãe humana não necessariamente irá construir relações concretamente ruins, e sim que essa é a forma como a criança irá simbolizar sua relação primal.

A figura paterna é pouco mencionada quando se faz uma revisão literária acerca do primeiro ano de vida, entretanto, é justamente essa ausência que coloca em cheque a participação do pai/cuidador que exerce essa função durante a formação desses primeiros dinamismos psíquicos. As disposições do complexo patriarcal, que têm como base o arquétipo paterno, irão aparecer mais tarde no desenvolvimento da criança, quando ela começar a incorporar regras e fizer sua transposição para o contato com o externo de forma mais concreta. Entretanto, não seria importante que o pai pessoal estivesse presente como cuidador desde o nascimento? Após discorrer sobre a etiopatogenia da anorexia e evidenciar o quanto da ansiedade materna - ansiedade essa que pode gerar “distúrbios” na mãe e no filho – se refere à grande responsabilidade que essa cuidadora assume no cuidado, surge uma necessidade de refletir sobre como esse pai pode tornar-se uma figura presente antes mesmo da instalação do complexo patriarcal.

A relação primal ocorre de maneira altamente simbiótica e cria um ambiente no qual mãe e bebê estão conectados de forma mútua, um percebe o outro como sendo o seu mundo, e por vezes, o pai ou qualquer outro familiar acaba ficando fora dessa dinâmica. Entretanto, após evidenciar o quanto as ansiedades maternas perante o cuidado com o bebê podem ser influenciadoras da instalação/manutenção da anorexia precoce, torna-se interessante repensar o papel do pai, ainda nesses primeiros meses de vida. A figura materna precisa ter a disponibilidade de ser mais que mãe, ela possui outras áreas de atuação social e privar-se disso pode desencadear sintomas psicopatológicos e ansiedades. Além disso, a disposição

exagerada para suprir as necessidades do bebê pode dificultar que esse se desenvolva em direção à autopercepção; essa criança precisa aprender a reconhecer suas necessidades para somente assim poder suprir as necessidades de cuidado para com o outro.

Incluir a figura paterna, ou a pessoa que desempenhe esse papel, dentro dessa dinâmica urobórica entre mãe e bebê, pode ser uma forma de barrar, em parte, essa busca incessante que a mãe acaba assumindo de dar conta do cuidado sobre seu filho. Além disso, ao dispor de alguém que possa auxiliá-la nessa rotina, ela consegue cuidar de si mesma e o pai adquire uma oportunidade de passar de ser passivo e observador para ser alguém ativo em relação a esses cuidados básicos. Sendo assim, um estudo que começou com o intuito de compreender melhor uma psicopatologia apresentada na primeira infância precisou refletir sobre a dinâmica familiar, tanto para entender como surge e se mantém a anorexia precoce, mas também, para oferecer a essa mesma dinâmica sugestões para um melhor tratamento da Anorexia Infantil.



Figura 7 - Família

Fonte: Comshalom.org, 2016

Disponível em: <http://www.comshalom.org/portal/wp-content/uploads/2016/12/08/portal/familia.jpg>,  
último acesso em: 07/06/2017

O estudo em busca da compreensão da Anorexia Precoce iniciou-se por uma revisão bibliográfica sobre o assunto dentro da Psicologia Analítica. Resultados referentes à simbologia dessa psicopatologia e referências sobre o convívio familiar foram encontrados. Entretanto, tais contextualizações restringiam-se à Anorexia de início na adolescência. Sendo assim, surgiu a dificuldade de encontrar materiais referentes ao estudo das dinâmicas psíquicas dos bebês/crianças muito pequenas dentro dessa abordagem o que evidencia a necessidade de uma ampliação de pesquisas nesse âmbito.

Buscando estabelecer conexões referentes à Anorexia Precoce inicialmente elenquei contribuições da Psiquiatria e da Psicologia para explicitar o quadro clínico e os fatores que estão presentes como influenciadores e mantenedores dessa psicopatologia. Após expor os elementos essenciais para compreender essa dinâmica estendi meu estudo para a compreensão das peculiaridades do primeiro ano de vida, suas características quanto ao desenvolvimento cognitivo, afetivo, motor e também a percepção a respeito da influência das relações com os cuidadores sobre o desenvolvimento dito saudável. Surgiu então a necessidade de compreender o dinamismo psíquico dessa fase da vida e para isso fiz uso de contribuições de Erich Neumann (1995); destaquei o quanto a alimentação é uma questão central no primeiro ano de vida e, dessa forma, as dificuldades na ingestão dos alimentos é uma questão que merece importante destaque.

Seguindo o caminho de reflexão perante a anorexia precoce surgiram indícios que evidenciam a simbologia presente nesse quadro e de que forma essa sintomatologia parece expressar conteúdos de conflitos psíquicos que não puderam ser experienciados de outra forma que não fosse corporalmente. E diante dessa constatação a reflexão sobre a relação primal e suas influências arquetípicas se tornaram essenciais ao entendimento da anorexia precoce como uma situação ampla e repleta de conteúdos simbólicos referentes aos dinamismos parentais e a percepção, a nível inconsciente, que o bebê constrói sobre esses cuidadores. Ou seja, para conseguir trabalhar a anorexia precoce com o propósito de se encontrar uma possível cura, é preciso lidar com conteúdos inconscientes de ambas as partes do contexto familiar.

O desenvolvimento humano, apesar de ter caminhos evolutivos pré-determinados e esperados dentro de cada estágio da vida, é muito influenciado pelas relações afetivas construídas. A maior parte das crianças tenderia a desenvolver-se dentro dos padrões ditos normais, porém, sabemos que as psicopatologias são um fato concreto e observado dentro do contexto clínico do atendimento psicológico. Se formos pensar no papel de influência que o inconsciente tem sobre as relações afetivas, a percepção que temos sobre as outras pessoas e também sobre as condutas de cuidado oferecidas pelas figuras parentais é indispensável refletir o quanto questões conflitivas dos pais irão influenciar no cuidado para com o bebê. Ou seja, cabe à Psicologia a abertura de espaços clínicos e de estudo que ampliem o aparecimento de psicopatologias da infância para a contextualização da dinâmica familiar. O espaço terapêutico, destinado ao cuidado com a criança, deve abordar, na medida do possível, os conteúdos conflitivos dos demais familiares, principalmente um cuidado voltado às ansiedades maternas.

A culpabilização dos pais/cuidadores não é um bom caminho para conseguir uma reflexão de fato efetiva no que se trata de propiciar suportes para que esses pais lidem com suas questões pessoais. O cuidado com um recém-nascido depende muito do tempo e da disposição dos seus familiares e, para conseguir tornar essa relação uma base de satisfação mútua, é necessário que conflitos anteriores e novas questões que venham a surgir ao longo desse processo do cuidado sejam trabalhados. A clínica psicológica é um espaço preparado para isso. Sendo assim, fica aqui uma afirmação do quanto a psicologia pode vir a contribuir ainda mais para o entendimento do humano desde os seus primeiros anos de vida e, com isso, dar um suporte essencial aos seus cuidadores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

ANTUNES, C. A. A. ***O corpo lúdico – Sua utilização na Psicoterapia Infantil de Orientação Junguiana.*** Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1986.

ASSIS, A. D. F. ***Anorexia Nervosa – uma vivência negativa do arquétipo da grande mãe.*** Trabalho de Conclusão de Curso, Faculdade de Psicologia PUC- São Paulo, 1995.

AZEVEDO, C. S. T. R. ***O arquétipo do pai e sua atualização através da figura do padrasto: uma realidade possível?*** Trabalho de Conclusão de Curso, Faculdade de Psicologia PUC- São Paulo, 1999.

FIERZ, H. K. ***Psiquiatria Junguiana.*** São Paulo, Editora Paulus, 2007.

JUNG, C. G (1971) ***O eu e o Inconsciente 7/2.*** In: Obras Completas de C. G. Jung Petrópolis, Editora Vozes, 24ª Edição, 2012.

JUNG, C. G (1971) ***Os arquétipos e o inconsciente coletivo 9/1.*** In: Obras Completas de C. G. Jung, Petrópolis, Editora Vozes, 2011.

JUNG, C. G (1996b) ***Memórias, sonhos e reflexões.***, Rio de Janeiro Nova Fronteira, 1964.

KREISLER, L. FAIN, M. SOULÉ, M. ***A criança e seu corpo - A psicossomática no Primeiro Ano de Vida.*** Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1981.

LACAVA, C. R. ***Anorexia Nervosa e a história de Branca de Neve: uma investigação psicodinâmica orientada pela Psicologia Analítica.*** Trabalho de Conclusão de curso para a faculdade de Psicologia da PUC-SP, 2005.

MICHAELIS. ***Dicionário da Língua Portuguesa.*** Editora Melhoramentos, 2009.

NETO, M. R. L. & ELKIS H. ***Psiquiatria Básica: Capítulo 24.1 – Anorexia e Bulimia Nervosas.*** Artmed, 2ª Edição, 2010.

NEUMANN, E. ***A criança***. São Paulo, Editora Cultrix, 1999.

NICOLETTI, M. ***Fome de morrer ou fome de viver? Uma análise simbólica sobre a vivência da anorexia nervosa***; Trabalho de Conclusão de Curso, Faculdade de Psicologia, PUC – São Paulo, 2000.

PENNA, E. M. D. ***Processamento simbólico-arquetípico – Pesquisa em Psicologia Analítica***. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2009

RAMOS, D. G. ***A psique do corpo – A dimensão simbólica da doença***. São Paulo, Summus Editorial, 3ª Ed, 2006.