



**WETILLA RAYANY PAZ DE MORAIS**

**A ABORDAGEM PSICANALÍTICA NA COMPREENSÃO E  
INTERVENÇÃO DA ANOREXIA NERVOSA EM ADOLESCENTES**

**Sinop/MT  
2022**

**WETILLA RAYANY PAZ DE MORAIS**

**A ABORDAGEM PSICANALÍTICA NA COMPREENSÃO E  
INTERVENÇÃO DA ANOREXIA NERVOSA EM  
ADOLESCENTES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do **Departamento de Psicologia**, do Centro Educacional Fasipe-UNIFASIPE, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup> Me. Poliana L. Freitas

**Sinop/MT  
2022**

**WETILLA RAYANY PAZ DE MORAIS**

**A ABORDAGEM PSICANALÍTICA NA COMPREENSÃO E  
INTERVENÇÃO DA ANOREXIA NERVOSA EM ADOLESCENTES**

Projeto de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Departamento de Psicologia do Centro Educacional Fasipe -UNIFASIPE, como requisito para aprovação da disciplina de TCC II.

Aprovado em \_\_/\_\_/\_\_

---

**POLIANA L. FREITAS**

Professora Orientadora

Departamento de Psicologia - UNIFASIPE

---

Professor (a) Avaliador (a)

Departamento de Psicologia - UNIFASIPE

---

Professor(a) Avaliador(a)

Departamento de Psicologia - UNIFASIPE

---

**ANA PAULA PEREIRA CESAR**

Coordenadora do Curso de Psicologia

Departamento de Psicologia – UNIFASIPE

## **DEDICATÓRIA**

Dedico a presente monografia aos meus familiares, a orientadora do trabalho, aos meus amigos e a todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste projeto.

## **AGRADECIMENTOS**

- À Deus por permitir que eu chegasse até aqui.
- Aos meus familiares e amigos, por fornecerem todo o apoio para a concretização de mais essa etapa.
- À minha orientadora, Poliana que com sua dedicação, paciência e atenção, me auxiliou e me deu todo o suporte para realizar esse trabalho.
- Aos meus professores do curso, por transferirem seus conhecimentos e as diferentes abordagens da Psicologia.

## **EPIGRAFE**

“É o paciente, e apenas o paciente que tem as respostas. Nós podemos, ou não, capacitá-lo a abarcar aquilo que é inconsciente em sua própria história”.

Donald Wood Winnicott

MORAIS, Wetilla Rayany Paz. **A abordagem Psicanalítica na compreensão e intervenção da anorexia nervosa em adolescentes**. 2022. 62 f. Trabalho de Conclusão de Curso – Centro Educacional Fasipe - UNIFASIPE.

## RESUMO

Sendo a adolescência o período de vida que marca a transição entre a infância e a idade adulta e se tratando de uma fase caracterizada por inúmeras transformações em diversos aspectos da vida do indivíduo, não é incomum se tornar um período propício para o desenvolvimento de diversas patologias, entre elas a anorexia nervosa, considerada um dos transtornos mais prevalentes na adolescência e que se caracteriza por uma perda de peso intensa e intencional através de dietas extremamente rígidas com uma busca incessante pela magreza, associada à distorção de imagem corporal. As intervenções psicanalíticas buscam ir em direção a uma concepção do psiquismo a partir de seus processos dinâmicos, criando um caminho em direção ao *insight*, para ir além da diminuição dos sintomas e auxiliando o indivíduo para que ele desenvolva maior compreensão de suas dificuldades nos diversos âmbitos da vida. Os objetivos deste estudo são compreender a concepção da adolescência e da anorexia nervosa na visão psicanalítica e investigar as contribuições da abordagem psicanalítica para atuação clínica em casos de anorexia nervosa em adolescentes. Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica, de caráter descritivo-exploratório e abordagem qualitativa com o período de publicação dos anos de 2000 a 2022. Concluiu-se que a abordagem psicanalítica tem muito a contribuir para o tratamento de adolescentes que vivenciam a anorexia nervosa centralizando o seu manejo na escuta do adolescente, buscando identificar o modo de gozo implicado no sintoma, além de auxiliar na recuperação e fortalecimento da autoestima e na tradução de sensações e afetos que estão no inconsciente.

**Palavras chaves:** Adolescência. Anorexia Nervosa. Psicanálise.

MORAIS, Wetilla Rayany Paz. **A Psychoanalytic Approach to the Understanding and Intervention of Anorexia Nervosa in Adolescents**. 2022. 63 f. Completion of Course Work - Fasipe Educational Center - UNIFASIPE.

### **ABSTRACT**

Since adolescence is the period of life that marks the transition between childhood and adulthood and if it is a phase characterized by numerous transformations in various aspects of the individual's life, it is not uncommon to become a period conducive to the development of various pathologies, including anorexia nervosa, considered one of the most prevalent disorders in adolescence and characterized by intense and intentional weight loss through extremely rigid diets with an incessant search for thinness, associated with distortion of body image. Psychoanalytic interventions seek to go towards a conception of the psyche from its dynamic processes, creating a path towards insight, to go beyond the decrease of symptoms and help the individual to develop a greater understanding of his difficulties in the various spheres of life. The objectives of this study are to understand the conception of adolescence and anorexia nervosa in psychoanalytic vision and to investigate the contributions of the psychoanalytic approach to clinical performance in cases of anorexia nervosa in adolescents. This is a bibliographic review study, of a descriptive-exploratory character and qualitative approach with the publication period from 2000 to 2022. It was concluded that the psychoanalytic approach has a lot to contribute to the treatment of adolescents who experience anorexia nervosa by centralizing their management in listening to the adolescent, seeking to identify the mode of enjoyment involved in the symptom, in addition to assisting in the recovery and strengthening of self-esteem and in the translation of sensations and affections that are in the unconscious.

**Keywords:** Anorexia Nervosa. Adolescente. Psychoanalysis.

## LISTA DE FIGURAS

|  |    |
|--|----|
| <b>Figura 1:</b> Rachael Farrokh com 18 kg | 28 |
| <b>Figura 2:</b> Ginasta Christy Henrich   | 29 |

## LISTA DE QUADROS

|   |    |
|---|----|
| <b>Quadro 1:</b> Sintomas de anorexia e bulimia nervosa | 23 |
| <b>Quadro 2:</b> Objetivos de curto e longo prazo       | 57 |

# SUMÁRIO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1. INTRODUÇÃO</b> .....  | <b>12</b> |
| <b>1.1 Justificativa</b> .....  | <b>13</b> |
| <b>1.2 Problematização</b> .....  | <b>14</b> |
| <b>1.3 Objetivos</b> .....  | <b>15</b> |
| 1.3.1 Geral.....  | 15        |
| 1.3.2 Específicos .....   | 15        |
| <b>1.4 Procedimentos Metodológicos</b> .....  | <b>15</b> |
| <b>1.5 Cronograma</b> .....   | <b>16</b> |
| <b>2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....   | <b>17</b> |
| <b>2.1 Adolescência</b> .....   | <b>17</b> |
| 2.1.1 Os lutos vivenciados na adolescência .....                                    | 19        |
| <b>2.2 Transtornos alimentares</b> .....  | <b>22</b> |
| <b>2.3 Anorexia Nervosa: Revisão histórica e evolução do conceito</b> .....         | <b>26</b> |
| 2.3.1. Critérios diagnósticos.....  | 27        |
| 2.3.2 Distorção da imagem corporal na anorexia nervosa .....                        | 30        |
| <b>2.4 A abordagem Psicanalítica</b> .....  | <b>31</b> |
| 2.4.1 A Adolescência na perspectiva Psicanalítica .....                             | 34        |
| 2.4.1.1 <i>A abordagem Psicanalítica aplicada na clínica com adolescentes</i> ..... | 39        |
| 2.2.1 Transtornos Alimentares na perspectiva Psicanalítica .....                    | 42        |
| 2.3.2. Anorexia na perspectiva Psicanalítica.....                                   | 43        |
| <b>2.5 O tratamento da anorexia nervosa na abordagem psicanalítica</b> .....        | <b>47</b> |
| 2.5.1 Manejo técnico .....  | 50        |
| 2.5.1.1 <i>Transferência e contratransferência</i> .....                            | 52        |
| 2.5.1.2 <i>Associação livre</i> .....   | 54        |
| 2.5.1.3 <i>Interpretação</i> .....  | 55        |
| 2.5.2 Objetivos .....   | 56        |
| <b>3. CONCLUSÃO</b> .....   | <b>58</b> |
| <b>REFERÊNCIAS</b> .....  | <b>61</b> |

## 1. INTRODUÇÃO

A adolescência é a fase considerada como a trajetória que ocorre entre a infância e a idade adulta e é um período que é caracterizado por inúmeras mudanças que provocam profundas transformações relacionadas a aspectos psíquicos, sociais e biológicos no indivíduo que está vivenciando essa etapa. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência é a fase da vida que se inicia aos 10 anos e termina aos 19 anos completos (BRASIL, 2017).

Porém, para considerar as demais esferas que também contribuem para conceituação da adolescência, é necessário refletir sobre as transformações em suas significações ao longo da história, pois trata-se de um conceito visto como uma construção social. Antes do século XVIII, não havia distinção entre adolescentes e crianças, e o término da infância era simbolizado pelo fim da relação de dependência com um adulto. Somente no século XX a adolescência foi definida como um estágio de vida (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

A adolescência muda de uma posição de passividade e dependência para um lugar no qual o indivíduo passa a ser considerado dotado de desejos e objetivos próprios. Weinberg (2008), descreve a adolescência como uma fase marcada por profundas mudanças físicas, cognitivas, emocionais e sociais que exigem adaptações para a adoção de novas práticas, novos comportamentos e autonomia para a vida adulta.

Diante de tantas complexidades, as vivências típicas desse período podem conduzir tanto para o desenvolvimento de potencialidades como também instigar rupturas que perturbam e dificultam a experiência de adolecer. Nessas condições o adolescente pode se inserir em práticas como o uso de substâncias, autolesões, comportamentos suicidas e nas patologias alimentares como formas de aliviar o sofrimento psíquico (GRICORIEFF; MICHELS, 2015).

O conceito "transtorno alimentar" refere - se a um distúrbio nos padrões alimentares ou no comportamento relacionado à alimentação que altera o consumo ou a absorção de alimentos

e compromete o bem-estar físico ou psicológico de uma pessoa (DSM-V, 2014). Um dos transtornos mais proeminentes na adolescência é a anorexia, que se caracteriza por uma perda de peso rápida e intencional, conseguida por meio de dietas extremamente restritivas e busca desenfreada por um corpo extremamente magro e também é acompanhada por alterações no ciclo menstrual e distorções da imagem corporal (CORDÁS, 2004).

Ao longo dos anos, inúmeros autores da abordagem psicanalítica se dedicaram ao estudo da anorexia, a fim de melhor compreendê-la. Embora a conceituação dessa patologia alimentar não pertença a esse campo do saber, a abordagem psicanalítica nos permite obter subsídios suficientes para o entendimento (LADEIRA; COPPUS, 2016).

Essa abordagem cria um caminho para o *insight* ao aderir a uma noção psicodinâmica do psiquismo. A prática visa desenvolver e resolver conflitos intrapsíquicos enquanto busca a reorganização, desenvolvimento e reestruturação da personalidade. De acordo com essa interpretação, o sintoma é uma comunicação simbólica sobre a natureza e o alcance de um conflito não reconhecido. Esses conflitos, associados a inúmeros os afetos que o atravessam, e ao padrão das relações infantis, expressam-se no vínculo terapêutico, o que torna o espaço transferencial um âmbito primordial para as possibilidades do terapeuta (GORGATI et al., 2002).

Outro foco pertinente para o pensamento psicanalítico concerne ao espaço conativo, ou seja, a determinação inconsciente de desejos, motivações ou medos no contexto da ação. Os processos mentais funcionam como mecanismos de defesa com o objetivo de remover o desconforto causado por determinadas percepções ou desejos. Na condução das concepções psicanalíticas processa-se em modelos teóricos contemporâneos que apresentam uma compreensão do funcionamento psíquico e que muito podem colaborar para uma proposta terapêutica específica nos casos de transtornos alimentares (CORDIOLLI, 1998).

Apesar de a abordagem psicanalítica não apresentar um conceito único e preciso, ela tem o propósito de auxiliar os pacientes a assimilar os significados dos sintomas apresentados, obtendo assim opções mais assertivas para lidar com o sofrimento psíquico (GORGATI et al., 2002).

## 1.1 Justificativa

A adolescência é um período marcado por decisivas mudanças que ocorrem paralelamente. O corpo do adolescente ganha nova configuração e a percepção de si mesmo é modificada. Além disso, é o momento em que se inicia a formação de identidade e dos

valores sociais e o desejo de inserir-se faz com que o adolescente faça restrições alimentares, o que pode ocasionar consequências graves (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

Os transtornos alimentares como a anorexia nervosa afetam, em sua maioria, adolescentes e adultas jovens do sexo feminino. De acordo com as estatísticas, estas correspondem a 90% dos casos dessa psicopatologia e a incidência dos casos só vem crescendo nos últimos anos. Outro fator alarmante que as pesquisas apresentam é que entre os pacientes acometidos pela anorexia nervosa, apenas um terço consegue se recuperar e cerca de 20% morrem em função do estado agudo de desnutrição; a magreza excessiva pode causar complicações renais, hormonais, gástricas e parada cardíaca (DUNKER; PHILIPPI, 2003).

O interesse por esse tema surgiu a partir de estudos anteriores sobre a temática que permitiram emergir um anseio mais acurado sobre a anorexia através de uma vertente psicanalítica, oportunizando maiores conhecimentos de como intervir com esta psicopatologia enquanto profissionais de psicologia.

A explanação do que é a anorexia nervosa é de suma importância para conscientizar a sociedade, para que existam novas formas de perceber o adolescente acometido com anorexia, possibilitando, assim, uma mobilização social que favoreça uma melhoria na qualidade de vida para o adolescente e a diminuição do aumento da incidência de tratamentos de forma precoce.

Além disso, esta pesquisa é pertinente para a comunidade científica, já que no Brasil os estudos sobre anorexia nervosa ainda são escassos e, por se tratar de uma psicopatologia de alta incidência, faz-se interessante o estudo e a compreensão para que seja possível o desenvolvimento de mecanismos de atuação e intervenção, contribuindo para a redução do sofrimento acarretado no adolescente.

## **1.2 Problematização**

A adolescência pode ser entendida como uma fase do desenvolvimento humano instituída por complexidades que abarcam aspectos psíquicos, sociais e biológicos. Diante desses fatores, surgem as singularidades do adolescente que, além de expectativas quanto a si próprio, convive com o enfrentamento de demandas referentes às características que a sociedade lhe atribui (GRICORIEFF; MICHELS, 2015).

Ainda de acordo com os autores, o fato de a anorexia nervosa encontrar maior expressão em adolescentes remete a refletir sobre algumas questões e, mesmo que o DSM-

V cumpra com o seu objetivo descritivo de ênfases nas manifestações sintomáticas, não exclui a possibilidade de recorrer à abordagem psicanalítica para compreender a complexidade presente nesta psicopatologia.

A abordagem psicanalítica aponta para uma clínica do sujeito e não apenas do sintoma e, ao perceber a anorexia através de um viés psicanalítico, o quadro sintomático que forma o diagnóstico não é um mero conjunto de critérios e se torna relevante que, para além de buscar uma causalidade entre os casos a fim de justificar uma motivação sobre a raiz do transtorno, a singularidade de cada caso seja respeitada, buscando compreender no cenário que está inserido quais elementos propiciam e sustentam essa condição (OLIVEIRA *et al.*, 2013). Diante disso, indaga-se: como a abordagem psicanalítica pode contribuir na compreensão e na intervenção de adolescentes com anorexia nervosa?

### **1.3 Objetivos**

#### 1.3.1 Geral

Investigar as contribuições da abordagem psicanalítica para atuação clínica em casos de anorexia nervosa em adolescentes.

#### 1.3.2 Específicos

- Abordar a concepção de adolescência nos estudos psicanalíticos;
- Compreender a etiologia da anorexia nervosa e a sua visão psicanalítica;
- Discorrer acerca da intervenção de pacientes adolescentes com anorexia nervosa utilizando a abordagem psicanalítica.

### **1.4 Procedimentos metodológicos**

As pesquisas bibliográficas envolvem exclusivamente materiais já elaborados, constituindo-se principalmente de livros, artigos científicos, publicações periódicas e impressos diversos que possuam uma base científica (GIL, 2002). O presente trabalho consistirá em uma revisão de literatura narrativa, que será construída através de uma pesquisa qualitativa e descritiva e que utilizará um levantamento bibliográfico para sua elaboração.

Segundo Cordeiro *et al.* (2007) o método de revisão narrativa tem como propósito mapear a literatura indexada em bases científicas sobre o assunto, possibilitando a elaboração de uma revisão ampliada sobre a temática, e identificar o “estado da arte” da literatura e suas lacunas. Para a realização deste levantamento bibliográfico serão consultadas, nos meses de



## **2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

Esse capítulo seguirá a seguinte ordem: primeiramente será explanado sobre a conceituação de adolescência, como tal conceito é compreendido de maneira geral e algumas possibilidades da compreensão desse período do desenvolvimento humano na perspectiva psicanalítica. Em seguida abordará a conceituação de transtornos alimentares e alguns apontamentos que a psicanálise faz para essa classe de psicopatologias. Abordará ainda conceituação da anorexia nervosa juntamente com um breve resumo da sua evolução histórica e seus critérios diagnósticos, destacando também a perspectiva psicanalítica para o entendimento dessa patologia. Por fim, buscará compreender a abordagem psicanalítica e o tratamento da anorexia nervosa.

### **2.1 Adolescência**

Na tentativa de caracterizar a adolescência é possível encontrar algumas ambivalências quanto à definição e desenvolvimento, por isso, a maioria dos estudiosos a conceituam como um ciclo intermediário entre a infância e a fase adulta, ou como fase de desenvolvimento, que se manifesta pela apresentação das modificações naturais da puberdade que é encerrada através do amadurecimento psicossocial (ALBERTI, 2009).

A adolescência como ciclo de desenvolvimento é bastante representada por situações como as chamadas crises de identidade pela transição da infância à maturidade juvenil; o início da escolha profissional; a constante busca por autonomia; pelo ingresso na vida sexual; pelos comuns conflitos familiares e de caráter emocional; as famosas transformações naturais e irregularidades hormonais, associadas a um novo entendimento de mundo que se alia à necessidade da apropriação de novos papéis e responsabilidades do jovem na sociedade como sujeito desejante e portador de conceitos próprios da realidade e, ainda, principalmente, pela reconstrução e formatação da identidade (CAMPOS,1998).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2007), a adolescência compreende o período entre os 11 e 19 anos de idade, que irrompe por mudanças corporais comuns da maturação fisiológica. É definida como uma fase biopsicossocial, em que ocorrem alterações corporais e de adaptação a novas estruturas psicológicas e ambientais que encaminham o indivíduo da infância à idade adulta. É na adolescência que o sujeito toma consciência das alterações em seu corpo, gerando um ciclo de desorganização e reorganização do sistema psíquico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Diversos autores concordam que a adolescência, conhecida hoje no mundo Ocidental, compreende uma etapa da vida caracterizada por demandas complexas. Sejam elas biológicas, quando coincidem com a puberdade, ou psíquicas, uma vez que constituem uma árdua tarefa de metabolização das transformações psicossociais (ALBERTI, 2009).

De acordo com Berger (2017), a adolescência é a fase em que o ser humano atravessa a grande fronteira entre a infância e a idade adulta envolvendo aspectos biossociais, cognitivos e socioculturais e é impossível dizer que esse transcurso seja fácil. O aspecto biológico ocorre bastante depressa; os aspectos cognitivos e psicológicos são mais longos, podendo chegar até aos 18 anos e, muitas vezes, até os 22, os 25 ou, até mesmo, os 30 anos.

Ainda de acordo com a autora citada, a adolescência é provavelmente a fase mais desafiadora e complicada da vida para ser descrita e experimentada. As mudanças biológicas da puberdade, que caracterizam o início desse período, são universais. Porém, sua expressão, seu ritmo e sua extensão apresentam uma variedade enorme, dependendo do gênero, dos genes e tipo de nutrição. O desenvolvimento cognitivo varia em muitas características; muitos adolescentes são autocentrados, enquanto outros raciocinam lógica, hipotética e teoricamente. Em relação às mudanças psicossociais durante esta segunda década da vida, mostram uma diversidade cada vez maior à medida que os adolescentes desenvolvem sua própria identidade.

Para Marcelli e Braconnier (2007) há algo em comum na experiência do adolescente, todos eles compartilham das mesmas tarefas desenvolvimentais: é preciso adaptar-se ao tamanho e à forma do corpo que se modifica, o manifestar-se da sexualidade e às novas maneiras de pensar. Além disso, todos tentam alcançar a maturidade emocional e a independência econômica que caracterizam a idade adulta, porém os esforços para enfrentar essas demandas estão muitas vezes relacionados a confusão e sofrimento.

A adolescência é a fase de grandes mudanças, do modo que a origem do termo “*adolescere*”, que significa “crescer” em latim, e não é uma simples passagem entre a infância e a vida adulta. Algumas vezes de maneira errônea costuma-se dizer que o adolescente é, ao

mesmo tempo, uma criança e um adulto; porém, efetivamente ele não é mais uma criança e ainda não é um adulto e esse repetido movimento, negação de sua infância, de um lado, busca por uma posição segura, de outro, compõe um dos eixos centrais da crise, do desenvolvimento psíquico que todo adolescente vivencia (MARCELLI; BRACONNIER, 2007).

Ainda de acordo com os autores citados, entender essa época transitória, retratar as vertentes de energias em volta das quais essa transição psíquica e corporal, que pouco a pouco se ordenará, constitui uma tarefa árdua e perigosa, devido às contínuas alterações das muitas rupturas, das diversas incongruências que movimentam o adolescente.

### 2.1.1 Os lutos vivenciados na adolescência

Foram os psicanalistas argentinos Aberastury e Knobel que introduziram o conceito de luto na adolescência e identificaram neles um dos grandes impulsores da conduta adolescente, bem como uma circunstância primordial para submeter-se a uma nova realidade associado à identidade, sexualidade, corpo e pensamento. Eles declaram que o indivíduo adquire uma identidade adulta de modo completo se está preparado para assimilar os lutos desse período referente ao seu corpo, à sua identidade infantil e aos seus pais da infância (OUTEIRAL, 2008).

Sobre o luto, entende-se como sendo o afeto desencadeado pela perda de algo muito importante para o sujeito, bem como sua respectiva elaboração. Freud, em seu texto de 1915 intitulado “Luto e Melancolia”, lança as bases para sua compreensão psicanalítica, descrevendo processos de identificação, cisão no Eu, bem como a formação de instâncias ideais. Segundo ele, o luto pode ser uma reação à perda de uma pessoa amada ou qualquer abstração que a ela equivalha, como uma ideia, uma identificação, um estado (MATHEUS, 2007).

Para que aconteça o desenvolvimento desse período de luto, o sujeito deve aos poucos desinvestir o ego e descobrir novos objetos aos quais possa investir. Assim, aquele objeto perdido vai aos poucos sendo desinvestido a ponto de apenas ser lembrado com indiferença afetiva. O adolescente vivencia esse momento de perdas de forma dinâmica, movimentando-se, e não passiva, pois ao mesmo tempo em que se desprende de um ou outro objeto, ganha outros novos, mais gratificantes e necessários ao seu desenvolvimento. Assim, a perda e o desinvestimento são sempre precedidos de novas conquistas (CARVAJAL, 2001).

O processo desenvolvimental da adolescência irá envolver, entre outros fatores, três perdas básicas que acabam por despertar lutos próprios a cada uma dessas: a perda do corpo

infantil, a perda da identidade infantil e, finalmente, a perda dos pais da infância. Para cada uma dessas perdas, pouco a pouco o processo de luto vai sendo vivenciado, abandonando a condição passada e dando lugar a uma nova (TANIS, 2009).

Para Tanis (2009), em relação ao luto pelo corpo, o adolescente se angustia ao se dar conta que está perdendo aos poucos seu corpo infantil e que ainda possui uma mente de criança diante de corpo que aos poucos vai se modificando e se transformando em um de adulto. Essas mudanças corpóreas o levam a ter que reformular um novo esquema mental a seu respeito e, sendo impedido de combater tais mudanças, ele conduz sua impotência do âmbito da ação para a do pensamento, obtendo um pensamento onipotente como uma recompensa pela derrota que teve na luta contra as mudanças da realidade. Tudo isso se configura como um processo de elaboração de luto, que termina quando o adolescente passa a aceitar a perda de seu corpo e bissexualidade infantis (bissexualidade em seu aspecto psicológico: ele deve aceitar que não possui os dois sexos como antes acreditava possuir e agora necessita do outro para sentir prazer).

O luto pela identidade infantil ocorre pelo fato de que antes o sujeito está, naturalmente, como dependente de seus pais e na adolescência, porém, fica difícil definir um posicionamento concreto. Cada nova tentativa de desprender-se e independentizar-se é acompanhada por medo, insegurança e, por vezes, de retrocessos em posturas infantis. Como saída para esse problema, ele identifica nos grupos, onde pode entregar sua confiança e segurança, deixando a responsabilidade e obrigação para os pais, e o grupo passa a ter a função de permitir que o sujeito se reconheça com outras figuras que não a dos genitores e acabe por se distanciar deles, levando-o a construir e reconstruir aos poucos a sua personalidade. Ao final, o adolescente poderá ter vivenciado uma diversidade de papéis e identificações procedente de diferentes figuras e grupos sociais, até que consiga sintetizar e integrar todas essas, resultando, assim, em uma identidade congruente e que resultará na sua identidade (GARRITANO; SADALA, 2010)

Para Garritano e Sadala (2010), o luto pelos pais da infância ocorre porque estes antes eram tidos como heróis e exemplos a serem seguidos e agora são percebidos pelos filhos como também sendo seres incompletos, como pessoas imperfeitas e não mais donas da razão, instigando-os em busca de novas identificações. A necessária desestruturação e reestruturação da personalidade provoca intensa angústia e sofrimento e visa a restituição do senso de existência e continuidade histórica.

Cabe ressaltar que não se trata de uma morte real dos pais, mas sim a morte de suas imagens até então cultivadas pelos filhos. Laplanche e Pontalis (1983, p. 205), definem imagem como sendo a forma como o indivíduo apreende o outro e “é elaborado a partir das primeiras relações intersubjetivas reais e fantasmáticas com o meio familiar”. Ou seja, imagem trata-se de uma representação simbólica inconsciente do que o outro é ou significa para o sujeito e, nesse sentido, os filhos têm de lidar com a perda dos pais.

Constata-se nesse período uma confusão de papéis, pois o adolescente busca sua independência, subestima os modelos parentais, mas ainda necessita delas pois são tudo o que ele tem. Não pode mais manter a figura dependente da criança infantil, mas também não consegue bastar-se sem ela. Necessita desinvestir os pais que antes foram idealizados e, para isso, muitas vezes pode ocorrer um comportamento de hostilidade ou menosprezo. A formação de grupos surge como uma tentativa do jovem de buscar identificar-se e ressignificar seu papel no mundo. As defesas narcísicas (como apegos exagerados a grupos sociais) são respostas à incapacidade de onipotência da criança e dependência dos pais. Os novos relacionamentos são uma resposta contra antigas introjeções, bem como tentativas de ressignificá-las (OUTEIRAL, 2008).

De acordo com Ladeira e Coppus (2016), a adolescência é também um período em que o corpo se manifesta em uma posição de relevância. Com a perda do corpo constituído na infância, o adolescente deverá lidar com as inúmeras transformações de sua imagem, em um atravessar doloroso no qual o corpo, além de estranho, vem a ser fonte de angústia e inquietação nesse descobrir que traz o novo, o desconhecido. Nessa nova organização libidinal, subordinada do abandono dos primeiros objetos de amor, as demandas corporais tornam-se mais intensas.

Diante disso, é comum que essa percepção seja de difícil compreensão para o adolescente, pois essas mudanças no seu corpo acontecem de forma natural, sem a sua permissão. Nas adolescentes, o aumento de gordura no corpo é maior, expandindo os efeitos na percepção do novo corpo. Essas mudanças irão fazer com que seu corpo se equipare na maioria das vezes ao do adulto. Com isso, terá como dever primordial adaptar seu comportamento a uma condição diferente do que era vivenciado. Em compensação, há um entusiasmo do adulto a essa incerteza quando requer que desempenhem papéis ora de adulto ora de criança (PEREIRA, 2005).

Ainda de acordo com Pereira (2005), sobre as múltiplas transformações que o adolescente precisa vivenciar e assumir em relação ao corpo, acredita-se que essas transformações tem a potencialidade de influenciar no desenvolvimento de transtornos

alimentares. No entanto, a adolescência é um período favorável para o surgimento de psicopatologias pois é uma fase de inúmeras mudanças, que demandará do adolescente recursos psíquicos para lidar com elas e, na falta deles, o adolescente acaba ficando impossibilitado de respondê-las e muitas vezes se problematizando nessa tentativa, ou seja, adoecendo.

No entanto, tornando-se estranho em sua própria casa, o corpo transforma-se em um dos pontos centrais dos conflitos do adolescente, transparecendo sua angustiante estranheza na relação com esse novo corpo através de sintomas que chegam a ameaçar a vida do sujeito, como é o caso dos transtornos alimentares como a anorexia, a bulimia, automutilações, entre diversos outros comportamentos de risco (LADEIRA; COPPUS, 2016).

## **2.2 Transtornos alimentares**

A última versão do Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM-V) afirma que os transtornos alimentares são apontados como uma irregularidade persistente na alimentação e no comportamento alimentar, causando alterações no consumo ou na ingestão de alimentos, e que traz complicações à saúde física e ao desempenho psicossocial do indivíduo (DSM –V, 2014).

Os aspectos históricos dos transtornos alimentares em geral podem ser descritos desde os primeiros registros dessas incidências através de três momentos históricos. O primeiro na Idade Média, onde o jejum autoimposto era considerado admirável e relacionado a espiritualidade e as praticantes recebiam títulos de santas; o segundo momento é caracterizado pela chegada do Renascimento, onde houve uma mudança na forma de pensar sobre esse comportamento que passou a ser visto como bruxaria e passível de levar à fogueira, ou seja, período da Santa Inquisição; o terceiro período acontece no século XIX, no qual esses comportamentos passam a ser vistos como patologias com a entrada da ciência médica (WEINBERG; CORDÁS, 2006).

Os transtornos alimentares, de modo frequente, podem apresentar seus primeiros sintomas na infância e adolescência. Assim sendo, pode-se classificar as alterações do comportamento alimentar neste ciclo em dois grupos: o primeiro grupo são os transtornos que ocorrem primordialmente na infância e que estão associados às irregularidades da relação da criança com a alimentação, que seria o transtorno alimentar restritivo/evitativo, pica e o transtorno de ruminação; o segundo grupo refere-se aos transtornos que tem o seu início principalmente na adolescência e inclui o transtorno de compulsão alimentar, anorexia nervosa

e bulimia nervosa. O presente trabalho pretende discorrer acerca da anorexia nervosa (APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000).

Os casos de transtornos alimentares vêm aumentando significativamente nas últimas duas décadas, acometendo principalmente adolescentes e jovens adultos, e acredita-se que este aumento tenha relação com o padrão estético cada vez mais exigente que liga a magreza à imagem de sucesso e perfeição (DUNKER, PHILIPPI, 2003), bem como fatores genéticos, associações com alterações na serotonina cerebral; uma variante da proteína BDNF (influencia a ingestão de alimento); e o estrogênio (KLUMP; CULBERT, 2007 *apud* PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Segundo Fairburn e Cooper (2016), os transtornos alimentares mais prevalentes, anorexia e bulimia, têm em comum uma psicopatologia central que se refere à superestimação da forma e do peso. À medida que a maioria das pessoas avalia a si mesma com base em seu desempenho percebido em uma série de domínios da vida, as pessoas que têm estes transtornos avaliam seu valor, em grande parte, ou até mesmo exclusivamente, somente baseando-se em sua forma, seu peso e sua capacidade de controlá-los.

A quadro 1 traz a sintomatologia de ambas (anorexia e bulimia), para ilustrar características de diferenciação entre as duas doenças:

**Quadro 1:** Sintomas de anorexia e bulimia

| <b>Anorexia</b>   | <b>Bulimia</b>   |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usar laxantes, enemas ou diuréticos inadequadamente na tentativa de perder peso</li> <li>• Compulsão alimentar</li> <li>• Ir ao banheiro logo após as refeições</li> <li>• Exercitar-se compulsivamente</li> <li>• Restringir a quantidade de alimento ingerido</li> <li>• Cortar o alimento em pedaços pequenos</li> <li>• Cáries dentárias devido ao vômito autoinduzido</li> <li>• Confusão ou pensamento lento</li> <li>• Pele manchada ou amarelada</li> <li>• Depressão</li> <li>• Boca seca</li> <li>• Sensibilidade extrema ao frio</li> <li>• Cabelo fino</li> <li>• Pressão sanguínea baixa</li> <li>• Ausência de menstruação</li> <li>• Memória ou julgamento deficientes</li> <li>• Perda de peso significativa</li> <li>• Perda de massa muscular e perda de gordura corporal</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abuso de laxantes, diuréticos ou enemas para evitar ganho de peso</li> <li>• Compulsão alimentar</li> <li>• Ir ao banheiro logo após as refeições</li> <li>• Pesagem frequente</li> <li>• Vômito autoinduzido</li> <li>• Comportamento perfeccionista</li> <li>• Cáries dentárias devido ao vômito autoinduzido.</li> </ul> |

Fonte: Papalia e Feldman (2013, p. 397).

Conforme visto no quadro 1, existem alguns sintomas vistos em ambas doenças, podendo ocorrer episódios de uma na outra. O diagnóstico diferenciado define que, no caso da anorexia, o indivíduo apresenta “índice de massa corporal (IMC) de 18 ou menos, ou a perda de mais de 10 por cento do peso corporal dentro de um mês ou dois, indica anorexia nervosa” (BERGER, 2017, p. 713), enquanto um diagnóstico de bulimia considera a frequência, dois episódios por semana durante pelo menos três meses, e o sofrimento psicológico intenso que as crises geram, mesmo em casos de crises menos frequentes (MARCELLI; BRACONNIER, 2007).

Para Saikali (2004) a adolescência é um terreno fértil para a anorexia e bulimia nervosa por se tratar de um período de descobertas. A personalidade está em fase de configuração e, com isso, a tentativa de se adequar para seguir os modelos impostos pela sociedade pode se tornar um problema. De acordo com Pereira (2005), os transtornos alimentares são consequências de diversos fatores como ambiente, sociedade, genética, família e todos esses fatores podem ser desencadeantes para o desenvolvimento desses transtornos.

Segundo Gorgati *et al.* (2002), por se tratarem de transtornos multideterminados e que se originam da inter-relação entre diversos fatores, os aspectos envolvidos determinam as dimensões necessárias para o diagnóstico e o tratamento dos transtornos alimentares. Além disso, as comorbidades psiquiátricas são muito comuns em quadros de transtorno alimentar, sendo de extrema importância identificá-las para que o tratamento seja delineado de modo a atender as necessidades de cada paciente. É importante ressaltar que diante de problemáticas complexas, como é o caso dos transtornos alimentares, é preciso dotar o atendimento com uma equipe interdisciplinar, cujas intervenções tendem a se constituir como a melhor postura profissional diante de transtornos com causas multifatoriais.

De acordo com Sassi Jr e Sassi (2011), as comorbidades mais frequentes são os transtornos de humor, os transtornos ansiosos, o abuso de substâncias psicoativas e os transtornos de personalidade. Para os autores, a incidência de sintomas de transtornos de humor ao longo da vida em pacientes com anorexia nervosa é quase universal, chegando até a 98%. Os transtornos de humor mais observados são a depressão, a mania e o transtorno afetivo bipolar. É necessário cautela para realizar o diagnóstico de depressão, visto que esses pacientes possuem baixo peso corporal e alterações no metabolismo da glicose que podem reforçar, como sintomas secundários, a hipótese de depressão, sendo está, a comorbidade mais frequentemente encontrada na bulimia nervosa.

Os transtornos alimentares afetam predominantemente adolescentes e adultos jovens do sexo feminino, podendo prejudicar a consolidação de funções orgânicas essenciais bem como o amadurecimento de fatores estruturantes da personalidade, ameaçando o desenvolvimento biopsicossocial do indivíduo. O pico de maior incidência dos transtornos alimentares ocorre entre os 15 e 19 anos, sendo que a anorexia nervosa tem seu pico entre 12 e 15 anos e atinge entre 0,5% e 3,7% da população (FLEITLICH-BILYK, 2008).

Ainda de acordo com Fleitlich-Bilyk (2008), estudos realizados no Sudeste brasileiro apontam que 12,5% de crianças e adolescentes com idade entre 7 e 14 anos apresentam pelo menos um transtorno psiquiátrico, o que representa uma fragilidade psíquica desta população, sendo notório como os transtornos alimentares avançam a passos largos acompanhando os transtornos psiquiátricos, apontando, assim, a necessidade de que se invista em pesquisa, tratamento e projetos de prevenção nas escolas e instituições de saúde, pois se ainda afetam 1% dos adolescentes somente, são responsáveis por 1% a 18% da mortalidade desta população.

Alvarenga e Phillippi (2011) consideram como fatores importantes para compreender os transtornos alimentares o consumo, a estrutura e as atitudes alimentares dos pacientes. As autoras salientam que estes padrões estão seriamente comprometidos, os pacientes fazem uso de dietas restritivas como verdadeiros nutricionistas, no sentido de saberem o valor calórico de cada alimento, restringindo a maioria dos alimentos e utilizando de mecanismos compensatórios para a perda de peso com laxantes, diuréticos e exercícios físicos excessivos.

O consumo e a estrutura alimentar inadequados têm uma relação direta com as atitudes alimentares disfuncionais próprias do T.A. Os indivíduos estabelecem um padrão irregular e não saudável, com consumo inadequado de energia e nutrientes porque possuem uma relação complicada com o alimento, crenças extremas ou radicais sobre nutrição, sentimentos confusos sobre o ato de alimentar e sobre os alimentos (raiva, desejo, culpa, negação) e, ainda, pensamentos obsessivos com a alimentação e seus possíveis efeitos no peso e no corpo e com o significado de comer (controle versus descontrole, por exemplo), (ALVARENGA; PHILIPPI, 2011, p. 23).

Em relação ao prognóstico e evolução dos transtornos alimentares, as taxas de recuperação são muito variáveis. Segundo Ribeiro e Santos (2013), 30% a 40% dos pacientes com AN conseguem uma recuperação completa, 30% a 40% têm evolução mediana oscilando entre melhoras e recaídas, podendo inclusive evoluir para BN. O restante dos pacientes tem um mal prognóstico porque podem evoluir para quadros mais sérios. Já quanto à BN, 60% dos pacientes conseguem uma recuperação completa, 30% têm evolução mediana e 10% não se recuperam.

### 2.3 Anorexia nervosa: revisão histórica e evolução do conceito

As primeiras informações de prováveis quadros de anorexia nervosa datam da Idade Média, com as descrições do modo de vida das santas e beatas da Igreja Católica e suas práticas de ascetismo. Era expressivo o número de mulheres beatificadas pela Igreja que faziam do jejum autoimposto uma prática comum em suas vidas. Elas eram as chamadas “santas anoréxicas” (BUCARETCHI; WEINBERG, 2003).

Richard Morton, médico inglês, no ano de 1694 é visto como o primeiro autor a fazer um relato médico de anorexia nervosa, retratando o tratamento de uma jovem mulher com recusa em alimentar-se e ausência de ciclos menstruais, que não admitiu qualquer ajuda oferecida e morreu de inanição (CORDÁS, 2004).

De acordo com Fuks e Campos (2010) no século XIX, Pinel, inquieto com os casos de distúrbios alimentares, faz uma série de considerações sobre a conduta alimentar de vários grupos sociais através dos séculos e constitui uma semelhança com os distúrbios alimentares, onde, de acordo com ele, cada sociedade e cultura criam uma questão alimentar. E assim passa a associar sob o nome de neuroses das funções nutritivas algumas doenças, entre elas a anorexia.

Porém, a anorexia passou a ser considerada uma entidade clínica no século XIX, mais precisamente em 1868, quando o médico inglês Willian Gull descreveu o quadro clínico de três moças entre 14 e 18 anos, caracterizando a enfermidade primeiramente de “apepsia histérica” e passando a chamá-la de “anorexia nervosa” em 1874 (BUCARETCHI; WEINBERG, 2003).

Nesse mesmo período, na França, C. Laségue, possuidor de uma grande sensibilidade clínica, estabelece um agrupamento de informações e comentários sobre a psicologia da jovem anoréxica bastante parecidos ao que é encontrado atualmente: a) a anoréxica aceita todas as restrições que a doença lhe causa e não demonstra um desejo de cura; b) mostra-se sempre inflexível em sua atitude e demonstra um otimismo insuperável contra o qual vêm se quebrar súplicas e ameaças; c) apresenta um prazer extremo pelo exercício do autocontrole (FUKS; CAMPOS, 2010).

O termo anorexia deriva do grego *orexis* (apetite), acrescido do prefixo *An* (privação, ausência). Para Cordás (2004) esse vocábulo não seria o mais adequado na perspectiva psicopatológica, pois não ocorre uma perda efetiva do apetite, ao menos nos estágios iniciais da doença, e sim uma negação da fome pelo indivíduo. Ainda de acordo com o autor, essa negação do apetite e o controle obsessivo do corpo tornariam o vocábulo alemão *pubertaetsmagersucht*, isso é, “busca da magreza por adolescentes”, mais adequado.

### 2.3.1. Critérios diagnósticos

Atualmente a anorexia nervosa é descrita no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM - V) pelos seguintes critérios diagnósticos:

A. Restrição da ingesta calórica em relação às necessidades, levando a um peso corporal significativamente baixo no contexto de idade, gênero, trajetória do desenvolvimento e saúde física. Peso significativamente baixo é definido como um peso inferior ao peso mínimo normal ou, no caso de crianças e adolescentes, menor do que o minimamente esperado. B. Medo intenso de ganhar peso ou de engordar, ou comportamento persistente que interfere no ganho de peso. C. Perturbação no modo como o próprio peso ou a forma corporal são vivenciados, influência indevida do peso ou da forma corporal na autoavaliação ou ausência persistente de reconhecimento da gravidade do baixo peso corporal atual (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p.339).

A anorexia nervosa pode ser dividida em dois subtipos. O primeiro é o restritivo, onde o indivíduo não se envolve regularmente em um comportamento de comer compulsivo ou de purgação (autoindução de vômito, uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas). Nesses casos predominam os comportamentos voltados ao controle da ingestão alimentar, como refeições restritivas e diminuição no número de refeições diárias ou jejum (FLEITLICH *et al.*, 2000).

Ainda de acordo com Fleitlich *et al.* (2000), o segundo subtipo é o purgativo, onde o indivíduo se envolve regularmente em um comportamento de compulsão alimentar purgativa. Nesses casos predominam os comportamentos purgativos como vômitos autoinduzidos, abuso de laxantes e de inibidores de apetite e prática de exercícios excessivamente. Além disso, os comportamentos restritivos podem estar presentes.

Fernandes (2006) aponta que os pacientes que desenvolvem condutas purgativas apresentam características de personalidade, traços de impulsividade e histórico de obesidade diferentes dos pacientes com condutas restritivas. Essa autora ainda aponta a importância de discriminar os pacientes anoréxicos com condutas purgativas dos pacientes com bulimia, pois os primeiros têm complicações clínicas decorrentes da desnutrição. Um aspecto relevante, é que na anorexia o peso do paciente está abaixo do esperado e na bulimia ele está normal ou acima do índice desejado. Na anorexia existe a privação à alimentação, já na bulimia existe uma vontade incontrolável de comer e em seguida o expurgo provocado, seja por vômitos induzidos, laxantes ou diuréticos.

Segundo Neto (2006), na visão médica os quadros de transtornos alimentares como a anorexia nervosa são considerados de ordem psiquiátrica, em que o indivíduo apresenta um

comportamento alimentar e uma visão do próprio corpo de forma distorcida, ocorrendo um grande comprometimento da saúde física e mental, onde os fatores ligados ao corpo e aos alimentos trazem ao indivíduo um grande sofrimento e dificuldades no dia a dia. Ainda que a anorexia nervosa não seja um diagnóstico comum, ela se destaca pela enorme gravidade e impacto na qualidade de vida dos pacientes. Além disso, não é incomum que esta disfunção seja confundida como alguma escolha do estilo de vida do indivíduo, o que, de sobremaneira pode encobrir os sintomas.

A figura 1 traz a imagem de Rachael Farrokh, 44 anos, que pesava 18 kg no estado mais crítico da anorexia e que desenvolveu a doença ao tentar perder um pouco de peso. Conseguiu se recuperar, embora muitos médicos desacreditassem devido ao extremo em que a doença a levou e qualquer intervenção se mostrava arriscada (BBC, 2015).

**Figura 1:** Rachael Farrokh aos 18 kg



**Fonte:** BBC (2015).

Já a figura 2 traz a ginasta Christy Henrich, que morreu em decorrência de falência múltiplas de órgãos aos 22 anos de idade, sofrendo de anorexia e bulimia desde a adolescência. Transtornos alimentares, em especial a anorexia e a bulimia, são particularmente comuns em ginastas, patinadoras, bailarinas e nadadoras profissionais pela imposição da perda de peso para melhor desempenho (PAPALIA; OLDS; FELDMAN (2006).

**Figura 2:** Ginasta Christy Henrich, falecida no ano de 1994



**Fonte:** Papalia, Olds e Feldman (2006, p. 459).

Embora a aparência não seja tão extrema quanto a apresentada na figura 1, a imagem demonstra que tais doenças acarretam consequências mais amplas, diminuindo a eficácia de todo o sistema corporal do indivíduo e, em parte das vezes, leva à morte.

Para Landeiro (2015) a anorexia tem como aspecto básico a perda de peso intensa e intencional, onde o indivíduo tenta alcançar isso através de dietas extremamente rígidas, com uma busca obsessiva por um corpo idealizado e uma grande distorção da imagem corporal. Ainda de acordo com a autora, mesmo estando magro e abaixo do peso adequado, o indivíduo tem uma percepção distorcida do próprio corpo: o adolescente percebe que emagreceu, perdeu peso, mas ainda assim percebe seu corpo como desproporcional, forçando-se a perder mais peso para atingir uma meta ou ideal muitas vezes impossível.

Além disso, o adolescente não considera essa busca incessante como um problema, pelo contrário, a busca é valorizada e, em decorrência disso, geralmente o indivíduo apresenta pouca ou nenhuma vontade de mudar (LANDEIRO, 2015).

Dumas (2011), aponta que a autoestima de um adolescente com anorexia está estreitamente ligada ao quanto ele consegue controlar o seu peso. Ao conseguir atingir o objetivo proposto, consideram o resultado como um sinal de valor e de autocontrole. Porém, se o oposto acontece, é interpretado como um fracasso inaceitável que demonstra fraqueza e um sinal para redobrar o esforço para perder peso.

De acordo com Fleitlich *et al.* (2000), o transtorno alimentar mais prevalente entre os adolescentes é a anorexia nervosa e suas hipóteses de morbidade e mortalidade estão em torno de 4% a 8%. A anorexia torna-se, cada vez mais, uma importante preocupação na área de saúde

pública no mundo ocidental. Além da idade mais comum de início ser a adolescência, há um grande aumento da prevalência entre as mulheres, sendo que somente 5 a 10% dos pacientes com anorexia são do sexo masculino. Estima-se que a incidência de anorexia nervosa em mulheres é de 8 por cem mil indivíduos, enquanto entre homens o número cai para 0,5 por cem mil indivíduos por ano.

Não há uma definição única sobre as causas que desencadeiam a anorexia nervosa, contudo, acredita-se que há questões de ordem multifatorial que abrangem fatores biológicos, genéticos, psicológicos, socioculturais e familiares. É comum os autores sobre o tema classificarem os fatores em predisponentes, precipitantes e mantenedores. Os fatores predisponentes são aqueles que contribuem para o aparecimento dos transtornos alimentares, porém, não são determinantes. Já os fatores precipitantes são os disparadores dos sintomas e os fatores mantenedores são os que perpetuam a doença (FERNANDES, 2006).

Os fatores predisponentes são classificados em três grupos: individual, familiar/hereditário e sociocultural. Entre os fatores predisponentes de carácter individual, os traços obsessivos e a tendência ao perfeccionismo têm sido amplamente aceitos na literatura científica como atributos característicos dos pacientes anoréxicos. A respeito dos fatores predisponentes familiares, há uma concordância na comunidade científica sobre a influência da dinâmica familiar no aparecimento dos transtornos alimentares, sendo que o vínculo mãe-filha é especialmente complicado na anorexia nervosa (RAMALHO *et al.*, 2002).

Ainda, segundo os autores, o padrão de beleza feminino, focado na extrema magreza, e o nível socioeconômico são os principais fatores predisponentes de carácter sociocultural. Sobre os fatores precipitantes, tanto o início de uma dieta quanto eventos estressores de alto impacto emocional podem ser considerados frequentes. Em relação aos fatores mantenedores, incluem as alterações psicológicas e neuroendócrinas decorrentes do estado de desnutrição e privação alimentar.

### 2.3.2 Distorção da imagem corporal na anorexia nervosa

A distorção da imagem corporal é considerada um dos principais aspectos da anorexia nervosa e essa distorção trata-se de uma perturbação na percepção do formato corporal, em sua totalidade ou em uma de suas partes específicas. Esse conflito na maneira de experienciar a forma corporal estimula o empenho cada vez mais arriscado pela magreza e a negação dos riscos envolvidos. A imagem corporal é a concepção que o sujeito tem do seu corpo e essa concepção como imagem mental compõe a constituição da personalidade, uma vez que

representa um conjunto de características que possibilita que o sujeito se diferencie do outro (LEONIDAS; SANTOS, 2020).

Segundo Moura e Moreira (2013), ainda que a imagem corporal tenha seu início na infância, é na adolescência que uma transformação mais intensa ocorre, pertinente à estruturação de uma nova configuração corporal em consequências das inúmeras mudanças que acontecem na adolescência. Ainda de acordo com os autores, é nessa fase que surge a necessidade de reestruturar a representação construída sobre o corpo, ou seja, restabelecer uma nova imagem corporal, visto que esta refere-se à imagem mental que se tem deste e a forma como é percebido.

São muitos os fatores que atuam e interagem entre si na formação da imagem corporal, pois esta se configura como uma mistura do envolvimento do indivíduo com ele próprio e com os outros e esse aspecto revela que além das dificuldades internas que esbarram na construção de uma imagem autêntica de si mesmo, ainda que essa se transforme com o passar do tempo, existem as exigências sociais da contemporaneidade. E ao esbarrar com estes padrões socialmente divulgados, e por se perceber distante das expectativas sociais de normalidade, a adolescente que já possuía em si dificuldades internas de relacionar-se com o seu corpo em transformação passa a manifestar uma propensão maior a ter uma baixa autoestima e, conseqüentemente, mais vulnerabilidades às patologias como a anorexia (MOURA; MOREIRA, 2013).

## **2.4 A abordagem Psicanalítica**

Segundo Eizirik *et al.*, (2019) o método psicanalítico instituiu-se como ciência a partir dos estudos realizados por Sigmund Freud sobre o funcionamento mental de pacientes psiquiátricos e daqueles em sofrimento psíquico. Com o passar dos anos, os conceitos teóricos e os preceitos técnicos propostos por ele foram evoluindo, o que contribuiu para um vasto conhecimento sobre os processos mentais, com o desenvolvimento de importantes ferramentas para o alívio de sintomas, redução do sofrimento, melhora da qualidade das relações interpessoais, aumento da criatividade e melhora na capacidade de adaptação dos pacientes.

De acordo com Silva *et al.* (2015) mesmo a psicanálise e psicoterapia psicanalítica vindo da mesma fundamentação teórica, é comum encontrarmos divergências em torno do que caracteriza a psicoterapia psicanalítica e dos seus limites e convergência em relação à técnica psicanalítica clássica. Na psicanálise clássica é possível pontuar o uso do divã, sessões de 4 a 6 vezes na semana, pautando-se sempre nos princípios da neutralidade e a regra da abstinência,

onde o trabalho interpretativo acontece através de uma neurose de transferência para elaborar conflitos infantis. Já na psicoterapia psicanalítica é possível pontuar a possibilidade de frequência menor, o não uso do divã e a utilização de diversas intervenções em relação a interpretação transferencial. Porém, ambas se constituem pelo estabelecimento de uma investigação sobre os mecanismos de defesa e conflitos inconscientes do paciente, na busca da compreensão de fantasias latentes associadas.

Para Zimerman (2007), investigar o campo das diferenças entre psicanálise e psicoterapia psicanalítica é entrar em uma área carregada de controvérsias e poucos consensos. Ainda de acordo com o autor, “as semelhanças, diferenças, tangências e superposições entre o que se costuma denominar psicanálise e psicoterapia psicanalítica têm sido muito estudadas e discutidas, principalmente desde a década de 40, permanecendo na atualidade como um assunto controverso e polêmico”.

A confusão conceitual entre psicanálise e psicoterapia pode ser compreendida pelo fato da palavra psicoterapia abranger uma série de possibilidades terapêuticas, psicanalíticas ou não, tanto nas suas bases teóricas quanto nas suas aplicações práticas. Prosseguindo na direção das psicoterapias com base teórica da psicanálise, a psicoterapia psicanalítica faz referência a terapia sistemática, de fundamentação psicanalítica, voltada para o insight, ou seja, para a percepção dos próprios impulsos ou desejos e de sua origem. E também pode ser encontrada na literatura sob os nomes psicoterapia expressiva, psicoterapia dinâmica, psicoterapia de orientação psicanalítica, dentre outros (ZIMERMAN, 2007).

Cassorla (2003), considera psicanálise e psicoterapia como pólos de um mesmo contínuo, podendo um mesmo tratamento oscilar de um pólo ao outro, onde a psicanálise pode ser mais flexível, de acordo com as necessidades do paciente, e que o treinamento de psicoterapeutas não deveria ser diferenciado do de analistas. Ainda de acordo com o autor, a diferenciação entre as técnicas poderia ser dispensada, pois, um mesmo processo de tratamento poderia ser identificado em ambas as modalidades.

Porém, inúmeros outros autores adotaram um posicionamento mais inflexível na diferenciação entre as palavras que indicam “psicoterapia” e “psicanálise”, indicando uma separação pela qual reunia a psicanálise de modo específico situada em um polo, ao passo que no polo oposto ficariam as psicoterapias como sendo basicamente variações de métodos da sugestão, ou seja, como “formas impuras” de análise. Ao mesmo tempo que outros autores foram considerando posições menos rígidas, gradualmente foi se expandido o número daqueles

que foram evoluindo no desenvolvimento da psicoterapia dinâmica psicanalítica, fundamentada teoricamente nos mais rigorosos princípios da psicanálise (ZIMERMAN, 2007).

De acordo com Silva *et al* (2015), mesmo que para alguns autores estas práticas não se caracterizem como práticas distintas, e para outros são práticas que podem se assemelhar ou se distanciar, os pontos de concordância entre os diferentes autores seriam de que são abordagens técnicas que se constituem em uma mesma fundamentação teórica – a teoria psicanalítica – e nos mesmos princípios técnicos fundamentais – interpretação, transferência, dentre outros – embora possam ser empregados de formas diferentes. Além desses pontos, contudo, há muitas discordâncias, principalmente em relação aos fatores extrínsecos aos tratamentos (em especial o número de sessões) e aos critérios de indicação como sendo fatores que diferenciariam – ou não – psicanálise e psicoterapia psicanalítica.

Para Zimerman (2007) pode-se considerar que o termo “psicanálise”, por sua vez, aponta de forma específica o modo de tratamento que se estabelece aos referenciais e fundamentos da ciência psicanalítica tal como ela foi legada por Freud, isto é, o terapeuta trabalha fundamentalmente com a noção dos princípios e leis que dominam o inconsciente dinâmico. A prática clínica conserva uma obediência aos requisitos psicanalíticos básicos, tais como a instituição e a manutenção de um *setting* adequado, uma atenção prioritária na existência de um campo analítico, com as respectivas resistências, transferências, contratransferência, além de uma continuada atividade interpretativa.

A psicoterapia psicanalítica vem pouco a pouco ganhando uma alta respeitabilidade como uma modalidade terapêutica capaz de proporcionar resultados verdadeiramente psicanalíticos. Os objetivos de tratamento nas psicoterapias psicanalíticas são mais abrangentes, além da diminuição de sintomas espera-se que o paciente desenvolva maior compreensão de suas dificuldades nos diversos âmbitos da vida. Esse alcance se deve à maneira como a psicoterapia é estruturada, focando os afetos e a expressão das emoções à exploração de sentimentos e pensamentos, à identificação de padrões repetitivos, à discussão de experiências do passado, ao ajuste das relações interpessoais e da relação com o terapeuta e a investigação de desejos e fantasias (EIZIRIK *et al.*, 2019).

Ainda segundo os autores citados, a evolução das psicoterapias psicanalíticas compreende a reativação do processo de desenvolvimento normal. As experiências na relação terapêutica contribuem para revisões produtivas do self, que se manifestam por meio de mudanças nas representações de si e dos outros a partir do aperfeiçoamento de habilidades reflexivas. Os tratamentos bem sucedidos permitem maior liberdade interna, aumento da

segurança na exploração de pensamentos e sentimentos complexos, otimização das capacidades adaptativas e maior habilidade em utilizar recursos internos.

Segundo Zimerman (2007 *apud* MACDOUGALL, 1991, p. 73), “mesmo que seja um trabalho difícil diferenciar psicanálise ou psicoterapia psicanalítica, o objetivo básico de tornar consciente o inconsciente é o mesmo nas duas”. É comum em algumas situações reduzir os objetivos porque o paciente não pode suportar ir mais longe. Uma enorme distinção que pode ser apontada entre psicoterapia e psicanálise consiste no fato de que somente o aprofundamento possibilitado pelas peculiaridades dessa última é que permitiria uma reconstrução do passado como compreensão para o comportamento do presente do sujeito. Porém, mesmo que essa característica conserve sua importância na atualidade, já não é mais considerado um instrumento terapêutico tão mágico e exclusivo como se considerava até há algumas décadas. Muitos outros fatores concorrem, e que estão igualmente presentes na prática das psicoterapias psicanalíticas.

Eizirik *et al.*, (2019), aponta que as psicoterapias psicanalíticas buscam ampliar a capacidade da mente e as possibilidades de escolha do indivíduo, além da melhora dos sintomas. Estudos recentes evidenciam que diversos modelos de psicoterapia fundamentados na teoria psicanalítica são tão eficazes quanto outras psicoterapias tradicionalmente consideradas como “baseadas em evidências” no tratamento de uma série de transtornos mentais.

#### 2.4.1 A Adolescência na perspectiva Psicanalítica

De acordo com Macedo e Gobbi (2010), uma visão psicanalítica sobre a adolescência rompe com a ideia de um naturalismo predeterminado e traz lugar a uma singularidade ao compreender e explorar a emaranhada tarefa psíquica de uma construção de identidade. Além disso, a adolescência não é um conceito da psicanálise, mas na medida que se dispõe a ampliar o olhar sobre a sexualidade humana, os subsídios psicanalíticos auxiliam de forma decisiva desde seus inícios até os dias atuais para que a adolescência não fique reduzida a uma mera compreensão de elementos químicos.

Ainda de acordo com os autores citados, compreender a adolescência sob a ótica psicanalítica é mergulhar-se em temas repletos de investimentos psíquicos. É defrontar-se com rupturas, transformações, reivindicações, solidão, desafios, projetos, sonhos, desesperança, desamparo, angústias, alegrias, descobertas e ressignificações e, em meio a isso tudo, deparar-se com sentidos que demonstram da dinamicidade e da não linearidade deste singular percurso humano.

Segundo Macedo *et al.* (2004), mesmo que não seja possível encontrar dentro da obra Freudiana uma “teoria da adolescência”, seus apontamentos sobre a sexualidade o levaram até essa temática, o seu entendimento da dimensão desse termo conduziu-o a ideia de sexualidade infantil, assim como a formulação de um desenvolvimento bifásico (sexualidade infantil e genitalidade adulta) da sexualidade humana. Sendo assim, mesmo não se tendendo especificamente ao estudo da adolescência, foi apresentada sob o nome “transformações da puberdade” em seu texto "Três ensaios sobre sexualidade”, uma rica e minuciosa descrição desse momento do desenvolvimento psicosexual.

Em sua obra "Três ensaios sobre a sexualidade", Freud descreve as transformações da puberdade como sendo próprias de um período, cuja tarefa principal reside na integração pulsional na sexualidade genital, produzindo, assim, importantes alterações na organização da sexualidade infantil. É nesta obra que Freud destaca um ponto imprescindível na compreensão psicanalítica acerca da adolescência: a reatualização do que fora adiado pelo recalçamento, no período de latência, isto é, a adolescência é apresentada como sendo um momento de retorno da conflitiva edípica e da parcialidade pulsional relativa às primeiras satisfações sexuais (MATOS, LEMGRUBER, 2010).

Por esse caminho a adolescência abrange “a reedição do Complexo de Édipo, devendo nela o objeto de desejo, interditado anteriormente, ser agora definitivamente abandonado para que seja possível o investimento libidinal em novos objetos. Nesse sentido, o retorno às questões edípicas na adolescência se dá com uma força ainda maior. Isso porque o objeto abandonado é o que primeiro o criou narcisicamente, permitindo que o adolescente acreditasse ter “garantido” um afeto incondicional” (PINHEIRO, 2001, p.54).

Desse modo, como não há garantias de que, nas relações com a sociedade, os objetos substitutos reproduziram este modelo, os sentimentos ambivalentes em relação às figuras parentais são, frequentemente, observados. E assim, o adolescente remove os objetos antes idealizados, colocando-os em uma posição de desqualificação, para que possa buscar novos objetos. Além disso, a desqualificação é bastante pertinente à tentativa adolescente de não ser tomado pela angústia provocada pela reedição edípica, uma vez que, agora, com as profundas transformações em seu corpo, o incesto, que anteriormente era impossível, torna-se uma alternativa viável e, portanto, absolutamente angustiante (MACEDO *et al.*,2004).

Ao ponto que diversos fatores explicam muitas das características e comportamento do processo da adolescência, a descoberta da vida sexual infantil só poderia diminuir o significado da adolescência aos olhos dos pesquisadores pois, antes do aparecimento dos “Três

Ensaio sobre a sexualidade”, foi atribuída importância primordial para este período como o iniciador da vida sexual do indivíduo após a descoberta infantil. No entanto, a adolescência veio a ser considerada com uma fase final de transformação ou como uma ponte simples entre a sexualidade infantil e difusa e a sexualidade adulta centrada na genitalidade (MATOS, LEMGRUBER, 2010).

Para Macedo *et al.* (2004) este trabalho marcado pela afirmação da sexualidade infantil apresenta a puberdade como um tempo fundamental de trabalho psíquico para viabilizar acessos e conquistas da vida adulta. Assim sendo, está presente nas concepções freudianas a noção da articulação e mútua interferência entre o físico e psíquico. Em 1916, Freud ocupa-se novamente sobre o tema puberdade pontuando em sua Conferência XXI - “O desenvolvimento da libido e as organizações sexuais” - que nesta fase da vida inicia-se o processo de escolha do objeto, baseado nas vivências amorosas da infância. Além disso, estabelece a necessidade de que o sujeito se desvincule dos pais para ingressar na comunidade social.

De acordo com Pinheiro (2001), o intenso trabalho psíquico que a adolescência impõe evidencia um tempo de retomada e de transformações do que foi o patrimônio da sexualidade infantil. Ainda de acordo com o autor, a adolescência sob o olhar da psicanálise pode ser compreendida como um momento de retorno a uma questão adiada, a latência adia o que retorna na adolescência: a busca do prazer genital e a ultrapassagem da questão edípica e a adolescência assemelha-se a um tempo paradoxal de permanências, mudanças e inúmeras questões.

Para Levisky (1998), essas questões abrangem um espaço privilegiado no mundo intrapsíquico do adolescente e essas formulações são dirigidas a si mesmo de forma mais ou menos consciente e intensa e a ocupação com diversas perguntas e o desejo de encontrar respostas exige um tempo marcado por repetições, conquistas e perdas. Assim sendo, em meio a dezenas de desejos, sentimentos e medos, os jovens fazem uma profunda revisão de seu mundo interno e experiências infantis, buscando dar conta das modificações físicas da puberdade e da necessidade de trabalho psíquico que invade o seu mundo.

Esse complicado processo de busca de si mesmo é o elemento condutor na transição da identidade infantil para a adulta, processo doloroso e prazeroso, assustador e fascinante, desejado e temido, e essas ambiguidades mostram a dimensão da crise de identidade do adolescente. A puberdade vai impelindo ao crescimento no mundo adulto e, conseqüentemente, ao abandono da condição infantil e, diante desses desejos contraditórios de permanecer o mesmo e de mudar, surgem as defesas, a busca pelo grupo de iguais, as atuações, as mudanças

com relação às figuras parentais e o redirecionamento dos investimentos libidinais (MACEDO *et al.*, 2004).

O fenômeno da adolescência é somente encontrado no desenvolvimento do ser humano e, em um viés psicanalítico, pode ser compreendido como uma reorganização de defesas contra as pulsões sexuais que surgem em virtude da puberdade, como uma reedição da separação dos pais ocorrida na infância anteriormente ou ainda como um caminho para alcançar a independência ou busca pela própria identidade. De acordo com pensamento Winnicottiano, a adolescência é um momento em que o jovem busca adaptar-se à realidade, pois seu sentimento é de irrealidade, e a sua luta baseia-se em ser alguém e definir seu espaço dentro de um grupo através de um ambiente firme, seguro e suficientemente bom (OLIVEIRA; FULGÊNCIO, 2010).

O psicanalista Erik Erikson foi a principal referência no campo da adolescência a partir da década de cinquenta. Ele vivencia uma fase da psicanálise em que a atenção que antes era totalmente voltada para o id, agora volta-se para o ego e seu desenvolvimento e, mesmo não rompendo com a teoria psicosssexual de Freud, muda seu enfoque para o problema da identidade e das crises do ego, fornecendo elementos para a compreensão do processo de internalização da cultura no inconsciente individual e na formação da personalidade do ser humano (MATHEUS, 2007).

Ainda de acordo com Erik Erikson, tanto a patologia quanto a normalidade deveriam ser entendidas dentro de padrões culturais, ou seja, ambos os conceitos podem mudar conforme a época e a cultura e se modificam de tempos em tempos, onde, nesse período, o adolescente passa por uma revolução fisiológica interior que se soma com as exigências do mundo adulto. Diante dessa revolução, sua principal função é a de buscar seu próprio eu nos outros a fim de conquistar uma identidade una, coesa e própria que concilie suas obrigações com a vicissitude de sua libido. A adolescência seria, então, uma época de experimentação onde erros são esperados (MATHEUS, 2007).

De acordo com Carpigiani (2010), a teoria de Erikson considera a personalidade como sendo o resultado da interação permanente e simultânea entre as dimensões biológica, social e individual. O ciclo vital, em sua teoria, é dividido em estágios ou crises e essas não devem ser consideradas como crises catastróficas, mas sim como eventos necessários e uma oportunidade de mudança e desenvolvimento que precisa ser vivido, suportado e ultrapassado. Além disso, em cada um desses estágios descritos pelo autor há um conflito a ser superado, onde cada um deles contribui para a construção da personalidade, relacionando e dando sentido às memórias

e experiências vividas num determinado momento da vida com as experiências vivenciadas nos estágios anteriores.

A elaboração teórica de Erikson possui algumas características peculiares, como: o desvio do foco da sexualidade para as relações sociais; o envolvimento de outras etapas do ciclo vital além da infância; a mediação e adaptação entre exigências pessoais e exigências do meio. Em cada estágio o sujeito passa por uma crise que pode ter um desfecho positivo ou negativo e, como característica última a ser apontada, pode se dizer que a cada estágio a personalidade se reformula e se adapta a seus sucessos e fracassos (MATHEUS, 2007).

Na teoria de Erik Erikson, o conflito relativo ao período da adolescência se define por identidade versus confusão de identidade e se estabelece, aproximadamente, entre os doze e dezoito anos de idade. Aqui o encontro e fortalecimento de uma personalidade se dá através da integração e identificação das identidades até então encontradas pelo sujeito. O ego deve conseguir integrar as identificações realizadas em estágios anteriores, mais as aptidões naturais da pessoa, mais as oportunidades oferecidas pelas funções sociais e a forma como esse ego vivenciou os conflitos de estágios anteriores, como se sobressaiu deles, facilita ou dificulta esse processo de aquisição de identidade (CARPIGIANI, 2010).

Para Domingues *et al.*, (2009) o adolescente entra no mundo em um primeiro momento através de seu corpo, da explosão biológica que lhe acomete. Logo após, entra no mundo através de suas ideias, seus afetos. Para isso, é preciso que olhe para o seu passado, onde o terreno da infância ainda lhe é conhecido e seguro. Necessita fazer as pazes com seu passado para poder viver no presente e imaginar o futuro. Intellectualiza, elabora para compensar o seu não agir, pois enquanto não se situa, não o consegue. Assim, flutua entre o querer desprender-se e o medo ao desconhecido. O que lhe dá energia para encarar tal movimento são as vivências infantis consolidadas em seu mundo interno. A adolescência depende da experiência infantil para lhe tomar a forma que lhe é possível.

Outra característica sobre o adolescente é sua expressão através do corpo, sendo esta sua principal ferramenta para se expressar. Por ele expressa suas angústias, ansiedades, preferências pessoais, contentamento, descontentamento, tristezas, entre outras coisas, através de vestimentas, gostos audiovisuais e características físicas. Neste sentido, compreende-se a forma de alimentação como uma expressão de conteúdo, na maioria das vezes, não verbalizado. O que escolhe comer, os momentos em que escolhe, na quantidade que escolhe e até o que deixa de comer (MARCELLI; BRACONIER, 2007).

#### *2.4.1.1 A abordagem Psicanalítica aplicada na clínica com adolescentes*

Castro e Sturmer (2009) apontam que discorrer sobre os conceitos centrais da psicoterapia com adolescentes é uma árdua tarefa, pois existem diversas características que envolvem esse processo e diferencia-se da psicoterapia com adultos. Para as autoras, há três pontos essenciais que precisam ser destacados inicialmente. Primeiramente, por se tratarem de pacientes geralmente menores de idade e dependentes da família, a participação e a interferência de pais ou responsáveis pode ocorrer de forma intensa, o que torna o campo psicoterápico mais complexo. Porém, esse envolvimento tem como objetivo proporcionar a base necessária ao prosseguimento do tratamento, assim como entender ansiedades e modos de funcionamento da família.

De acordo com as autoras citadas, o segundo ponto importante a ser destacado refere-se à solicitação do tratamento. Muitos adolescentes em sofrimento emocional costumam buscar o tratamento por iniciativa, diferentemente do que acontecia antes da década de 90 onde, na maioria dos casos, eram encaminhados por pais ou escolas. Os adolescentes que buscam ajuda pontuam terem procurado a psicoterapia por motivação pessoal, mas também através de incentivos e apoio de familiares, namorados e amigos. Em relação aos motivos, os temas são variados, indo de depressão à tristeza ou perdas reais.

Um terceiro ponto refere-se às formas comunicativas do adolescente, pois eles não usam as palavras no mesmo nível dos adultos, fazendo uso de outras formas comunicativas além da expressão verbal. Os adolescentes, por estarem vivenciando uma fase de intensas transformações no corpo e maior pressão pulsional, estão envoltos no rearranjo da imagem corporal, entre diversas outras ressignificações. Diante disso, é comum usarem, além das palavras, formas comunicativas pré e paraverbais, que podem incluir expressões lúdicas, gestos, movimentação, comunicação pelo modo de se vestir, tatuagens e outras expressões corporais (CASTRO; STURMER, 2009).

Lewkowick e Brodacz (2015) afirmam que a psicoterapia na adolescência acarreta questões essenciais que se apresentarão desde o início do processo e o entendimento é de que é imprescindível para a qualidade do processo que irá se iniciar. É de suma importância definir o setting no atendimento com adolescentes para uma ampliação do campo psicanalítico e, nessas circunstâncias, deve compreender os efeitos que as fantasias inconscientes dos pais representam na definição da fantasia inconsciente do campo que se cria na relação do adolescente com o seu terapeuta.

Diante disso, ao observar a complexidade do atendimento com adolescentes, é importante que os conceitos-chaves para que esse processo terapêutico ocorra sejam bem delimitados, como a relação terapêutica e o desenvolvimento do vínculo; a transferência, contratransferência, além dos aspectos resistências, fatores que se desenrolam misturados, fazendo parte do campo psicanalítico (CASTRO; STURMER, 2009).

Ainda de acordo com as autoras, o campo psicanalítico diz respeito aos eventos em que os acontecimentos psíquicos são entendidos através de seus conteúdos no cenário de relações intersubjetivas, no qual a dupla terapêutica não pode ser considerada duas pessoas isoladas e sim como uma estrutura, resultado dos integrantes da relação que estão comprometidos em um processo dinâmico e criativo, cujo desenvolvimento resulta da relação e dos fatores inconscientes da dupla. E nesse movimento emocional, o setting atua como um enquadre desse campo, formado pela junção de duas subjetividades.

A relação terapêutica é um elo autêntico e com aspectos próprios e discriminados dos relacionamentos comuns da vida do adolescente e esta relação está no centro de toda psicoterapia psicanalítica, sendo singular e intransferível, pautada pelos preceitos teórico-clínicos que embasam a prática, assim como pela capacidade emocional do psicoterapeuta e sua aptidão em manter um local para simbolizações e o pensar do que o adolescente está comunicando no “aqui e agora” (CASTRO; STURMER, 2009).

A transferência com adolescentes é similar ao visto em adultos e tende a repetição de padrões de relações e desejos infantis que se revivem no *setting* e no vínculo, ou seja, a reincidência de necessidades e desejos que foram compreendidos e satisfeitos no passado. A transferência é um ponto essencial para que aconteça o processo psicanalítico. No cenário da transferência é possível processar os excessos psíquicos da adolescência e o psicoterapeuta deve ter uma atitude mais flexível, maleável e próxima do adolescente, questionando-se constantemente se está ocupando alguma posição na relação transferencial (DOURADO; SOARES, 2021).

A contratransferência é conceituada como um conjunto de reações inconscientes do psicoterapeuta em relação à transferência do sujeito. No processo psicanalítico ela aproxima a dupla, promovendo um trabalho de totalidade. Além disso, permite que o psicoterapeuta compreenda sentimentos que surgem em sua mente ou são despertados pela vivência e sentimentos do adolescente e que, por se tratarem de sentimentos inconscientes, podem indicar pontos cegos do profissional (CASTRO; STURMER, 2009).

Segundo Dourado e Soares (2021), é de suma importância ter a capacidade de domínio, de internalizar os princípios da teoria e técnicas psicanalíticas e reconhecer-se como um contínuo, com a habilidade de concentrar-se temporariamente nas angústias do adolescente para, então, compreendê-las, decifrá-las e devolver ao paciente em forma de interpretação.

O desejo de trabalhar com adolescentes deve ser autêntico, pois é imprescindível disponibilizar-se para estar “presente” no setting analítico com o adolescente, deixando-o à vontade, com objetivo de possibilitar a expressão de suas mais profundas dores e angústias, firmando, assim, um bom vínculo. Nessa perspectiva, ser flexível e criativo facilita o manejo de manifestações inusitadas, sentimentos hostis e ataques (CASTRO; STURMER, 2009).

Dourados e Soares (2021) comentam que o processo psicanalítico poderá ser prejudicado se o psicoterapeuta ocupar uma “posição”. As autoras referem-se às posições citadas por Rassial (1999), de adultos, cúmplice e mestre. No início do processo o adolescente poderá colocar o psicoterapeuta em alguma das posições citadas ou, se o próprio psicoterapeuta se coloca em uma dessas posições, o processo poderá caminhar para o fracasso. O profissional visto como adulto será percebido pelo adolescente como qualquer outro adulto que não é capaz de compreender suas dores, com isso será desqualificado e rejeitado. Já a posição de cúmplice também não é aconselhável, ela deve ser evitada tendo uma prática ética e mantendo-se a sua adolescência em dia. E, por fim, no caso de o psicoterapeuta ocupar a posição de um mestre, sendo a posição mais difícil de evitar, o profissional seria o detentor do saber, o possuidor de todas as respostas e que jamais se engana. O adolescente “induzirá o analista a assumir esse papel”, cabe ao psicoterapeuta saber se diferenciar do mestre, demonstrando que não é o possuidor de todas as respostas, “mas aquele que abre questões e as deixa abertas”.

Para Coutinho (2006), o processo psicanalítico com adolescentes extrapola as palavras. Nesse campo o silêncio é comum e o psicoterapeuta deve suportá-lo, reconhecer e compreendê-lo como um fator que vai além da resistência. Durante o silêncio o adolescente expressa, de forma singular, o que não se pode manifestar no plano verbal. O psicoterapeuta deve encarar o silêncio como um idioma a ser traduzido e uma possibilidade de elaboração, essa perspectiva propicia o acolhimento ao sofrimento psíquico do adolescente.

Kupermann (2007), ao discorrer sobre os objetivos do processo psicanalítico com adolescentes, tendo como base teórica as contribuições de Winnicott, argumenta que o final do atendimento pode ocorrer quando o adolescente conquista a “capacidade de estar só”. Deste modo, terá autonomia em relação aos pais, trilhando o caminho rumo à independência, com possibilidade de estar sozinho, mas sem uma vivência de abandono.

A clínica psicanalítica com adolescentes é preenchida de adversidades, situações incomuns e fatores surpresas. Acima de tudo, é necessário prezar e aperfeiçoar-se nessa faixa etária carregada de particularidades, considerando o importante tripé da formação psicanalítica. No percurso do ofício, cada profissional deverá desenvolver de forma única um estilo de manejo clínico, cumprindo e respeitando as regras e técnicas que regem a clínica psicanalítica e o exercício da profissão de psicólogo (CASTRO; STURMER, 2009).

### 2.2.1 Transtornos alimentares na perspectiva Psicanalítica

Segundo Malzyner (2019), mesmo reconhecendo enorme valor do conhecimento produzido pelas diversas áreas que abordam os transtornos alimentares, a perspectiva psicanalítica tem caminhado na contramão do discurso que se estabelece em torno da sintomatologia. A abordagem psicanalítica abandona esse foco para se debruçar sobre a dinâmica que se origina da história psicoafetiva do paciente, reconhecendo a importância das motivações inconscientes, das experiências narcísicas e da problemática centrada nas relações de objeto que são estruturadas a partir do contexto familiar, social e cultural do paciente.

Para França (2010), o alimento desde o nascimento está ligado ao vínculo e os transtornos alimentares não poderiam ser pensados se não como transtornos do vínculo. Além disso, deve-se pensar como a compulsão/rejeição alimentar junto com as toxicomanias e o alcoolismo se enquadram no que nomeiam atualmente de novas adições.

Ainda de acordo com França (2010), ao observar os estudos de Winnicott os transtornos alimentares são patologias que acontecem entre o uso e o abuso, algo que começa com uso e passa a converter o alimento em um objeto e, gradativamente, vai havendo um abuso desse uso e a patologia está no abuso. Além disso, o ser humano busca a satisfação do desejo e da necessidade e, nos transtornos alimentares, a necessidade e o desejo adquirem uma condição patológica e nessas patologias observamos “maus tratos” infligidos ao corpo.

De acordo com Miranda (2007), a conduta adicta instala-se para suprimir estados afetivos insuportáveis, existindo uma relação causal entre as dificuldades vividas entre a mãe e o bebê nas primeiras semanas de vida e o surgimento dessas condutas adictas. A autora recorre à teorização de Winnicott sobre a “constelação mãe-bebê” para falar sobre o surgimento do mecanismo de adição.

Pereira (2005), cita o psicanalista André Green ao tratar de questões que considera centrais na psicanálise, tais como representações, afetos, caráter, inibições e compulsões. Considera que nos últimos anos os comportamentos alimentares passaram a ocupar um espaço

muito grande na clínica. Este autor faz uma associação entre inibição e anorexia, de um lado, e entre compulsão e bulimia, de outro.

Miranda (2007) considera que estes pacientes transitam entre as modalidades de funcionamento histérico, psicótico e psicossomático. Tratar-se-ia de fenômeno histérico porque alguns pacientes apontam para um conflito edípico, mas também psicótico e psicossomático, por sugerir que o sentido do transtorno é pré-simbólico e expresso pelo corpo. Sua hipótese teórica faz referência a um curto-circuito na representação da palavra, resultando no uso do corpo como metáfora daquilo que não pôde ser simbolizado.

Miranda (2007, p.34) concebe o transtorno alimentar como organização defensiva que termina por escravizar o indivíduo que não tem outros recursos para lidar com o sofrimento psíquico. Esta manobra teria “por objetivo não somente o de restaurar a imagem deteriorada de si mesmo, mas também de regular, de resolver os problemas ou, melhor dizendo, de ‘acertar as contas’ com as figuras parentais do passado” (p. 34).

França (2010) aponta que Melanie Klein (1946/1991) também contribuiu com a compreensão psicanalítica dos transtornos alimentares quando se refere à incorporação de objetos nas etapas precoces do desenvolvimento infantil, segundo a perspectiva esquizoparanóide. Na impossibilidade de lidar com as ansiedades persecutórias, as ambiguidades da vida e a própria ambivalência de sentimentos despertados pelo contato com os diferentes aspectos dos objetos da infância, a criança faz uso dos recursos de que dispõe, promovendo cisões violentas no objeto e no *self*, a fim de lidar separadamente com os aspectos bons e maus das experiências vividas

### 2.3.2. Anorexia na perspectiva Psicanalítica

Na perspectiva psicanalítica diversos autores investiram no estudo da anorexia nervosa com o intuito de compreendê-la e determinar sua definição, embora sua conceituação não pertença ao campo psicanalítico. Diante disso, é possível compreender a anorexia nervosa sob o viés psicanalítico a partir de diferentes ângulos e isto se deve em grande parte à complexidade que a anorexia nervosa representa (FERNANDES, 2006).

Para Goulart (2003), é possível compreender a anorexia nervosa na perspectiva psicanalítica em duas fases, a primeira, que abarca a importância da oralidade e a segunda fase onde diminuiu-se a preocupação sobre a oralidade e passou-se a focar na intensidade da relação objetal com foco na relação mãe-filha.

De acordo com Santoro (2003), Freud em seus escritos trouxe em alguns momentos trechos sobre a anorexia. No Rascunho G, (1895), ele faz referência a anorexia como uma neurose nutricional que estaria ligada à melancolia. Já no seu relato da Sra. Emmy Von N. exibe a anorexia como uma possível paralisia motora, que age em certas abulias, que são paralisias psíquicas. No caso Dora, Freud traz que a paciente comia mal e sentia repulsa à comida.

É notório na trajetória de Freud que ele mostra a anorexia como o sintoma de uma outra doença, como a histeria ou a neurose obsessiva, não a abordando como um transtorno propriamente dito, e para ser considerada como uma patologia a anorexia deveria ter um agrupamento de sintomas e não ser apenas um sintoma de outra patologia psíquica (SANTORO, 2003).

De acordo com Bleichmar (2000), muitos autores relacionam a anorexia à adolescência, pois seria nesse período de transição entre a infância e vida adulta que eles buscam uma explicação para as causas dessa patologia, já que é um período de muitas mudanças corporais, mentais e sociais onde o adolescente procura se diferenciar para buscar uma identidade própria. Diante dessa busca por si mesmo, a anorexia encontra um espaço favorável na adolescência e seria na identificação projetiva que a anoréxica evitaria a dor depressiva que a aceitação de uma nova identidade produz e encontraria nesse caminho a possibilidade de adquirir uma identidade feminina no meio externo e através de ideais femininos, de tal forma que a denominação “anoréxica” adquira status de identidade (não *estão* anoréxicas; *são* anoréxicas).

Segundo Neto *et al.* (2006), esse período se mostraria para o sexo feminino como mais crítico que o Édipo e o medo da castração no menino. Não seria a inveja do pênis, mas os riscos à integridade corporal com o início da menarca pela possibilidade de realização do desejo sexual. E nesse ponto estaria o laço entre a anorexia e a histeria, a problemática de uma identidade feminina ante a experiência sexual. Além disso, latente à perturbação com a estética estão as angústias ligadas a temores de penetração dos genitais masculinos, ameaças ao corpo e violência sexual.

Bleichmar (2000), destaca o aspecto traumático do início da adolescência na menina e a sua relação com a anorexia, e nesse sentido a sexualidade seria vista pela anoréxica como violência: para ela, ser penetrada seria semelhante a ser destruída. Diante disso, evoca-se a castração para entender essa manifestação, onde a não aceitação da situação feminina de passividade (castração) e a falta de simbolização sobre os limites da vagina levariam o

indivíduo, no caso da anorexia, a fechar todas as saídas, como defesas narcísicas diante da possibilidade de abertura do corpo ao mundo.

Ainda de acordo com autora, essa devoção às formas na atualidade põe a mulher excessivamente exposta, onde o seu corpo é invadido pelo olhar do outro e há uma superexposição do corpo. A aparência já não está em um nível superficial do ser, mas toca no íntimo das mulheres. Ao mesmo tempo em que permite essa invasão escópica e deseja o corpo-espetáculo, para não ser excluída da cultura, teme por sua integridade corporal. Diante disso, a fantasia fica prejudicada, pois já está tudo dito e exposto acerca de sua sexualidade.

Gabbard (2016), ao analisar os trabalhos de Bruch sobre as origens das possíveis causas da anorexia, traz apontamentos das relações conturbadas entre a criança e a mãe. De acordo com os estudos de Bruch, a mãe cuida da criança segundo as suas próprias necessidades em vez da necessidade da criança. Assim sendo, como suas iniciativas não são respondidas ou validadas, a criança não tem a capacidade de desenvolver um *self* saudável. Diante disso, a criança passa a se perceber como uma extensão da mãe.

Sztajnberg (2003), também aponta enfoques no vínculo mãe-filha para as explicações da anorexia nervosa e pontua as ideias de Deutsch, que compreende os sintomas como neuróticos histéricos, representando um conflito de uma ligação infantil com a mãe e fracassadas tentativas de liberta-se dessa última. Ainda para a autora, na sociedade atual os papéis de mãe e filha estão muito próximos, ou seja, disputam pelo o mesmo espaço, pela mesma maneira de se vestir, anseiam o mesmo corpo, de uma forma que a menina tem o árduo trabalho de desprender-se da figura materna e ir em busca de uma identidade própria e caberia à mãe a função de favorecer a separação para que o bebê tenha uma identidade própria e saudável.

Diante disso, a anorexia nervosa se instala como uma forma de mostrar-se separada da mãe, de mostrar-se enquanto um sujeito com desejos próprios, uma vez que a mãe, não deixando espaço para o sujeito constituir-se, preencheu todos os espaços com suas palavras e olhares e o sujeito, por sua vez, na tentativa de desfazer este laço infinito com a mãe, investe em seu corpo na tentativa de construir a si mesmo. Coloca-se a vida em risco, a fim de garantir a própria vida (SZTAJNBERG, 2003).

Para Green (2008) a relação entre a anoréxica e sua mãe é permeada na ambivalência, feita de dependência e de luta para se livrar dela, na qual a filha sente na maioria das vezes que não poderá sair da relação fusionada estabelecida com a mãe, relação esta que a impede de se

desenvolver física e psicologicamente. Não se alimentar constitui uma defesa da anoréxica que visa interromper o crescimento, recusando seu corpo sexuado e uma maternidade potencial.

Segundo Goulart (2003), para o desenvolvimento da anorexia nervosa não seria apenas aspectos da filha que resultam em comportamentos anoréxicos, a figura materna da anoréxica é vista como opressora, possessiva e superprotetora e tem a filha como parte inseparada. Essa relação impossibilitaria a consciência de que a filha venha a usar o seu corpo como objeto que gere prazer, formando um vínculo que atrapalha a autonomia de pensamento e ação e resultando diante do comprometimento de identificar as necessidades do corpo. Diante disso, na incapacidade de controle sobre sua mãe, a adolescente busca controlar o próprio corpo.

Mesmo a grande maioria dos estudos apontando para as possíveis origens da anorexia nervosa na relação mãe e filha, alguns trazem observações dos padrões característicos dos pais com as filhas anoréxicas. O pai típico era carinhoso superficialmente e apoiador, mas abandonava emocionalmente a filha de fato quando ela precisava. Outro ponto a ser destacado era que muitos pais, nos casos de pacientes anoréxicas, buscavam amparo emocional nas filhas em vez de lhes proporcionar isso (GABBARD, 2016).

Diante disso, em relação ao self psicológico, a filha pode ser definida como um self objeto que possibilita espelhamento e funções de validação para os pais e tem o seu próprio senso de self negado. A adolescente passa a não confiar nas pessoas para preencher suas necessidades de self objeto e põe em dúvida a ideia de que os pais, ou qualquer outra figura significativa, colocaram os próprios interesses de lado para atender as necessidades dela de afirmação, tranquilização e espelhamento. A adolescente pode intensificar os seus sintomas anoréxicos na busca desesperada de forçar os pais a dar atenção ao seu sofrimento e a reconhecer a sua necessidade de ajuda (GABBARD, 2016).

Na anorexia nervosa o sujeito também sustenta uma relação de paixão com o alimento e a abdicação deste objeto gera um masoquismo mortal. Existe uma situação de paradoxo, ao mesmo tempo que há desobjetivação – não preciso de nada – há uma preocupação exagerada consigo mesmo. A ameaça à sua própria vida não é por falta de interesse, mas sim porque não consegue se interessar por mais nada, ocupando-se somente com objeto de sua necessidade, levando ao paradoxo que leva à busca de uma excitação masoquista (a dor da fome) e a renúncia de qualquer satisfação que o ato de se alimentar traria, mantendo a dor da falta (RAMALHO, 2003).

A anorexia pode ser considerada um comportamento aditivo, onde o adolescente apresentaria um comportamento defensivo que visa livrar-se do sentimento de dependência do

objeto de apego e do medo de ficar fundido a ele. O fracasso na obtenção de uma autonomia e separação, principalmente da mãe, é componente evidenciado por todos que buscam compreender essa problemática. E pontua-se a falta de um self integrado e dificuldades de simbolização (FRANÇA, 2010).

Segundo Fuks (2003), a recusa em comer aparenta-se estar ligada em um princípio implícito ou explícito: “eu sou dona, única, de meu corpo”. Baseadas nessa presunção de base, demonstram-se rigorosas nas dietas, nas purgações e na maneira de afirmar-se diante dos outros, na forma totalitária de engajar-se à devoção da magreza que veneram e que as transforma em seres únicos, especiais e diferenciados, não submetidos e não escravos das necessidades como os outros. A autossuficiência da anoréxica serve para rejeitar toda alteração e toda alteridade, rejeitando a diferença sexual, a castração e a morte, a diferença do objeto, a passagem do tempo e as alterações que ele produz no corpo.

Ainda de acordo com o autor, é provável que a anoréxica tenha tido faltas precoces no jogo de se fazer representar por seu corpo, sob a forma de uma imagem. Na perspectiva metapsicológica, o ponto principal não está no campo das identificações secundárias, mas da identificação primária. Tendo essa fragilidade como base, irá longe demais para atender a concepção ontológica da cultura da imagem, evidenciando o direito a um corpo magro e pretenderá tê-lo atingido, porém nunca o bastante.

Pode-se pensar que uma identificação primária mal resolvida com a mãe, somado às dificuldades do processo de sexuação (forte fixação materna, distância ou ausência do pai), pode dificultar, na adolescência, a elaboração psíquica (introjetiva) dos traços femininos em desenvolvimento. Eles são realizados através da fragmentação e da cisão, que separa e localiza, em um local de exclusão psíquica, uma imago feminina rebaixada, incluindo aspectos indiferenciados de si e da mãe. Essa é a imagem que a anoréxica encontra quando realiza a experiência de olhar-se no espelho e ver-se gorda. O que está operando nesse momento é o retorno de algo recusado, não recalçado como acontece em um sintoma neurótico (RAMOS; FUKS, 2015).

## **2.5 O tratamento da anorexia nervosa na abordagem psicanalítica**

De acordo com Ferreira (2003), é comum que a adolescente anoréxica não veja a sua condição como patológica, sendo assim, dificilmente ela buscará tratamento por vontade própria e não é incomum o discurso de estar muito bem em sua situação atual. Além disso,

como não se alimenta, não fala, e o ponto principal de seus diálogos são referentes a alimentação e a preocupação de engordar. Chega ao tratamento com o diagnóstico pronto: “sou anoréxica”.

O tratamento da anorexia nervosa não é considerado fácil, uma vez que o sujeito não aceita que está debilitado. Em “O método da psicanálise”, Freud, pontuava que a psicanálise demonstrava limitações para tratar sintomas anoréxicos, pois o tratamento requer tempo e, de acordo com a gravidade, o paciente poderia vir a óbito por inanição. No entanto, autores contemporâneos estão cada vez mais apresentando meios para a promoção de saúde em pacientes anoréxicos. Outro ponto bastante salientado nos estudos sobre o tema, principalmente quanto ao tratamento, é que o paciente se encontra identificado com o rótulo “anoréxico” e o tratamento psicanalítico se voltaria para auxiliá-lo a descobrir identificações mais legítimas para ir ao encontro de uma identidade mais autêntica, um sujeito de desejo (FERREIRA, 2003).

De acordo com Queiroz *et al.*, (2021), para a abordagem psicanalítica é fundamental que o tratamento busque minimizar os riscos físicos e mentais, considerando as consequências das intervenções, de modo a não prejudicar o sujeito. O tratamento não se resume apenas ao diagnóstico de anorexia, o psicoterapeuta deve fazer o diagnóstico estrutural para, a partir disso, refletir no tratamento a ser estabelecido. O tratamento psicanalítico levará em conta a subjetividade do sintoma e qual o seu significado para o paciente, ou seja, a psicanálise não procura extinguir o gozo que o anoréxico encontra no sintoma, mas sim enfatizá-lo para que o sujeito possa desatá-lo de suas definições inconscientes.

Ainda de acordo com os autores, o tratamento psicanalítico da anorexia também vai ao encontro dos cuidados multidisciplinares, pois reconhece que um manejo conjunto, observando a dimensão subjetiva do sintoma, incide em um movimento de equipe que não se perde nos desvios das padronizações dos tratamentos. O resultado das intervenções se ajusta, principalmente, na compreensão dos ganhos secundários do sujeito, envolvidos no modo de gozo correspondente, o que guiará os planejamentos de aproximação e terapêuticas de cada especialidade.

Assim sendo, pode-se instituir com o sujeito um contrato no qual ele se empenhe em não perder mais peso, dentro dos padrões clínicos de incompatibilidade vital. Porém, o psicoterapeuta na abordagem psicanalítica em nenhum momento estimulará a se alimentar ou fará perguntas sobre sua alimentação. O sujeito é instigado a cuidar de si, sem que condições impostas sejam colocadas sobre ele, com o risco de estimular a sua recusa (QUEIROZ *et al.*, 2021).

Segundo Gabbard (2016), o psicoterapeuta deve evitar esforços excessivos para tentar mudar o comportamento alimentar uma vez que o paciente enxerga a anorexia como a resolução para um problema interno. O psicoterapeuta que, de início, aponta como um problema que deve ser modificado diminui as chances de construir uma aliança terapêutica satisfatória. Além disso, o comportamento relacionado a anorexia gera exigências e expectativas pela mudança dos pais da adolescente e, através da identificação projetiva, o psicoterapeuta poderá vivenciar uma pressão para se identificar com os objetos projetados pelo adolescente relacionado aos pais. Ao invés de se tornar mais uma figura paterna, o psicoterapeuta deve buscar compreender o mundo interno do adolescente.

Para o autor, inicialmente pode ser eficaz deixar claro que o objetivo principal do tratamento é compreender a perturbação emocional que está encoberta, em vez do problema de não comer. O psicoterapeuta deve admitir, por um lado, que a vivência do sujeito de autodisciplina relacionada a anorexia nervosa é, de alguma maneira, uma forma de conquista; enquanto, por outro lado, deve pontuar que a capacidade de se comunicar e pensar aumenta com a melhora nutricional.

Fernandes (2007), pontua que no tratamento psicanalítico o psicoterapeuta venha se tornar fonte de angústia, pela ameaça de indiferenciação e fusão vivida na relação com a mãe. O psicoterapeuta não poderá ter pressa em obter resultados, pois a relação psicoterapeuta – paciente é marcada pela ausência e intrusão, desamparo e desesperança. Além disso, a escuta psicanalítica não deve apegar-se ao “espetáculo de um corpo esquelético”, mas deve ir além da preocupação orgânica para a escuta do sujeito.

Segundo Gorgati *et al.* (2002), nos casos de anorexia nervosa o processo terapêutico mais indicado é o individual, uma vez que processos grupais podem ser ineficientes pois podem propiciar efeitos negativos, estimulando a competitividade pela perda de peso. A restauração nutricional é um fator importante para os bons resultados do tratamento, mesmo que essa restauração não seja sinônimo de cura; a possível resolução de conflitos subjacentes não significa que o peso seja restaurado.

O tratamento para anorexia vem apresentando bons resultados quando é proposta uma mistura de terapia familiar e de terapia psicodinâmica individual em relação a tratamentos apenas com medidas educativas elaboradas para controlar o peso. A hipótese sobre a relevância da abordagem familiar não é nova; ela existe desde a descrição clínica do quadro por Laségue. Ainda de acordo com o autor, a terapia familiar psicodinâmica demonstra-se eficiente quando a história clínica é recente e os estudos da área apontam para resultados duradouros. Além disso,

estudos recentes demonstram a eficácia de duas formas de intervenção familiar, apresentando melhoras tanto sintomática quanto nas condições psicológicas do adolescente e nas funções familiares nas duas formas de abordagens. Uma das intervenções é em conjunto com paciente, a outra um suporte para o paciente é associado ao aconselhamento para os familiares, segundo Gorgati *et al.* (2002).

De acordo com Nichols e Schwartz (2007), o propósito da terapia familiar psicanalítica é libertar o grupo familiar de limitações inconscientes para que possam se relacionar como sujeitos saudáveis, além disso, não há o intuito de afastar os sujeitos de suas famílias e sim auxiliar os seus membros na aprendizagem de se separarem, para que se tornem independentes e ao mesmo tempo relacionados, aumentando o insight do grupo familiar para que compreendam que sua vida psicológica é maior que a vivência consciente e passando a aceitar partes reprimidas da sua personalidade.

A terapia familiar psicanalítica tem quatro técnicas básicas, sendo a escuta, empatia, interpretação e neutralidade analítica. Em relação a escuta mesmo sendo uma atividade ativa ela deve ser a mais silenciosa possível para fazer junção com a neutralidade analítica para propiciarem uma atmosfera analítica, é preciso concentrar-se em compreender, sem se preocupar em resolver problemas, a mudança deverá acontecer como consequência do entendimento dos sujeitos. A empatia por sua vez ficará evidente quando o terapeuta familiar intervir com o intuito de auxiliar o grupo familiar a se abrir e fazer interpretações para clarificar aspectos ocultos da experiência (NICHOLS; SCHWARTZ, 2007).

Principalmente na adolescência, incluir a família no tratamento da anorexia nervosa é de suma importância para a eficácia terapêutica. Não por considerar a família como aspecto causador da doença e sim pela possibilidade de acolher o sofrimento e a angústia vividos pelo grupo familiar, que tem um dos seus membros sofrendo de anorexia nervosa (FERREIRA, 2003).

### 2.5.1 Manejo técnico

De acordo com Junqueira (2015), o tratamento de pacientes com transtornos alimentares se caracteriza como um enorme desafio na atualidade para a clínica psicanalítica. Geralmente a relação com o profissional não é muito diferente da relação com a comida: ora rejeitada, ora devorada, amada e odiada, buscada e abandonada, o que acaba interferindo na criação de um enquadre estável para possibilitar um trabalho analítico. Além disso, as objeções no manejo desses pacientes não param somente nesses aspectos, pois o desenvolvimento psíquico deles,

via de regra, põe em risco dois pilares importantes do tratamento psicanalítico: a associação livre e a interpretação e isso acontece em relação ao seu funcionamento psíquico.

Na clínica psicanalítica contemporânea uma postura empática que manifeste curiosidade e interesse pelo sujeito tem se demonstrado eficaz, principalmente na instauração de uma aliança terapêutica. Inicialmente o psicoterapeuta tem o compromisso preferencial de ser continente, ou seja, oferecer-se como um receptáculo para os sentimentos, afetos e experiências dolorosas. A partir disso, Winnicot propôs o *holding*, que sugere uma relação materna permeada de afeto, que venha a servir de apoio para momentos críticos de seu mundo subjetivo e para as variabilidades do processo terapêutico (GORGATI et al. 2002).

Considera-se importante ajustar o método de tratamento à anorexia, porém é fundamental destacar que ele se diferencia dos que se propõem exclusivamente à remoção de sintomas. O tratamento psicanalítico busca a elaboração e transformação psíquica para que o sujeito se fortaleça, sob a perspectiva narcísica, simbolizando, ao invés de atuar, possibilitando o caminho por outras vias que os sintomas anoréxicos (GASPAR, 2005).

Para o autor, a técnica necessita ser flexível e ir se ajustando às demandas que vão surgindo, impedindo que o enquadre terapêutico seja visto de forma persecutória pela paciente. No entanto, não se deve interpretar como ausência de limites. É indispensável que haja regras e que o psicoterapeuta se coloque como autoridade. É importante proporcionar a criação de fantasias no *setting* para que ocorra o fortalecimento das fronteiras egóicas; é fundamental o incentivo de atividades imaginárias e fantásticas relacionadas à experiência com o seu corpo, para que objetive à simbolização e identificação desse corpo e elaboração de fantasias. É possível acontecer um deslocamento da ordem da atuação do corpo para o discurso.

De acordo com Queiroz et al. (2021), o psicoterapeuta de orientação psicanalítica deve compreender as determinações subjetivas do anoréxico através da escuta do discurso sobre sua condição, de maneira que possa enxergar além da doença e com o objetivo de relacionar o comportamento do paciente ao seu modo de viver.

Além disso, Gabbard (2016) aponta que na execução do manejo os psicoterapeutas de abordagem psicanalítica devem combinar o seu tratamento para anorexia nervosa com técnicas oriundas de outros modelos de psicoterapia para manejar falsas crenças, questões nutricionais e dificuldades familiares. Para o autor, é mais importante salvar a vida do paciente e isso vai além de qualquer fidelidade a uma abordagem teórica favorita.

A terapia cognitiva comportamental utiliza diversas técnicas que ajudam o paciente a entender seus sintomas para manifestar estratégias mais saudáveis para lidarem com duas

dificuldades, entre elas destacam-se a formulação de caso, registro de automonitoramento, pesagem colaborativa e regularização da alimentação. Esses registros fornecem dados importantes para que a dupla terapêutica identifique situações, pensamentos e sentimentos críticos que estimulam o comportamento alimentar inadequado, além disso, a terapia cognitiva comportamental foi adaptada principalmente para abordagem da psicopatologia dos transtornos alimentares e enfoca principalmente a melhora sintomática (GABBARD, 2016).

Para Eizirik *et al.* (2015), outro importante recurso terapêutico resulta da terapia interpessoal que busca definir os problemas psicológicos como dificuldades nas relações com as pessoas importantes da vida do paciente. Trata-se de um modelo não diretivo e não trabalha com tarefas de casa e a melhora das relações interpessoais apresenta um impacto positivo na autoestima o que ocasiona melhora nos sintomas de forma indireta.

O movimento inicial do tratamento deve ser a criação de um espaço de segurança onde geralmente o paciente possa sentir-se mais confortável em partilhar pontos importantes do seu self que impediram o desenvolvimento pessoal e encontraram expressão nos sintomas da anorexia. Além disso, inicialmente é de suma importância que o psicoterapeuta desenvolva um papel mais ativo para a preparação de um clima de colaboração entre paciente e psicoterapeuta. Com isso, são importantes algumas alterações na técnica psicanalítica clássica, como a evitação do silêncio, interpretações profundas e uma neutralidade rígida (EIZIRIK *et al.* 2015).

Também de acordo com os autores, à medida que os sintomas se tornem menos evidentes e os riscos comecem a reduzir, a tendência é expandir o espaço para uma abordagem psicanalítica e, a partir desse ponto, o foco terapêutico recai sobre o entendimento simbólico do sintoma como uma comunicação da natureza e extensão do conflito implícito, descobrindo alternativas mais adaptativas para lidar com o sofrimento.

#### *2.5.1.1 Transferência e contratransferência*

Segundo Viganò (2012), sobre o tratamento da anorexia na abordagem psicanalítica, há uma consideração importante a se fazer: "é preciso esperar o sujeito que está atrás deste distúrbio alimentar. O analista é aquele (...) que fará com que antes ou depois o sujeito surja, é por isso que ele deve ser paciente" (VIGANÒ, 2012, p. 225). Ou seja, espera-se que em algum momento a demanda surgirá e é necessária paciência para que esse momento ocorra. Trata-se de algo que acontecerá a partir da relação transferencial, que é da ordem do particular e dependerá de cada sujeito.

A raiva, frustração e desejo de subjugar o psicoterapeuta são experiências comuns a esses pacientes, principalmente para os que possuem traumas infantis. Por outro lado, transferências com sentimentos amorosos e idealizações em relação ao psicoterapeuta podem se fazer presentes. Mas a transferência amorosa pode ser utilizada para esconder sentimentos de rivalidade e inveja em relação ao psicoterapeuta ou esses sentimentos podem indicar uma necessidade de vivenciar uma experiência positiva em relação às figuras parentais (GORGATI *et al.* 2002).

O psicoterapeuta deve monitorar a sua contratransferência, pois os pacientes acreditam que os seus pais desejam que eles ganhem peso para que não os vejam como um fracasso e o psicoterapeuta poderá ficar ansioso em relação a questões parecidas, principalmente os que trabalham em conjunto com uma equipe multidisciplinar, pois podem começar a sentir que os outros estão julgando o seu trabalho caso seus pacientes não consigam ganhar peso. Diante de tal situação, essa preocupação contratransferencial pode fazer com que o profissional se identifique com os pais das pacientes. O indicado é que outro membro da equipe monitore o ganho de peso, assim o psicoterapeuta ficará livre para explorar as questões psicológicas latentes das pacientes (GABBARD, 2016).

Para o autor, outro dilema contratransferencial refere-se ao fato de que muitas vezes a paciente demonstra que quer cooperar com o tratamento, mas depois sabota a ajuda do psicoterapeuta, tornando a aliança terapêutica muito mais difícil do que parece. O psicoterapeuta deve lidar com a frustração de se sentir enganado pela paciente e, ao lidar com as questões contratransferenciais, é importante lembrar-se de que a paciente entende a evolução como similar à separação da família e ao crescimento, os quais são considerados ameaçadores.

Porém, os sentimentos experimentados pelo psicoterapeuta podem ser utilizados como uma maneira de acessar o mundo interno dos pacientes. Ao considerar as dificuldades que os pacientes possuem para expressar os seus sentimentos e de se sentirem submersos a eles, a contratransferência poderá ser muito útil, pois é comum que o psicoterapeuta seja tomado por sensações de vazios, ineficácia e, até mesmo, invasão. O psicoterapeuta pode absorver o estado emocional do paciente através do mecanismo de identificação projetiva, postulado por Melanie Klein (GORGATI *et al.* 2002).

Segundo Eizirik *et al.* (2015), na relação contratransferencial o psicoterapeuta poderá experimentar os mesmos sentimentos do paciente, porém é de suma importância conter essas projeções e vivenciá-las sem atuar. A partir disso o paciente pode vir a se sentir seguro para começar a pensar sobre seus sentimentos, pois uma das vivências mais valorosas no processo

psicoterapêutico é quando o paciente descobre que pode permitir a si mesmo tanto ser “mal”, quanto ser “bom” e que, assim como ele, o psicoterapeuta sobrevive aos seus sentimentos maus e isso demonstra que os seus sentimentos não são destrutivos como ele teme.

Para os citados autores, a relação transferência / contratransferência pode possibilitar ao paciente que ele vivencie os seus afetos mais intensos, reexperimente vivências desenvolvimentais de uma forma saudável e adulta e, por uma identificação positiva com seu psicoterapeuta, satisfaça déficits psicológicos que dificultaram seu desenvolvimento emocional para que possa reconhecer um mundo além da anorexia nervosa.

### 2.5.1.2 Associação livre

A associação livre possibilitará que os conteúdos inconscientes se manifestem e assim é possível o trabalho no *setting* analítico, onde questões até mesmo desconhecidas pela própria paciente emergem. O tratamento psicanalítico permitirá, através de seu manejo, ir ao encontro de terrenos desconhecidos que o psicoterapeuta terá que analisar juntamente com o paciente (FERNANDES, 2007).

De acordo com Malzyner (2019), no tratamento psicanalítico é através da associação livre que o material reprimido se encontra fora da consciência e por meio da interpretação será possível descobrir a sua composição simbólica para, assim, entrar em contato com a sua conflitiva. É através da transferência que o psicoterapeuta é apto a realizar o seu trabalho quando o paciente chega até ele e lhe atribui um saber sobre sua dor e esperança no alívio de seu sofrimento. Diante disso, é possível apontar a predominância da intervenção psicanalítica, que seria a interpretação do conteúdo manifesto como instrumento para alcançar o latente.

Zimmerman (2008), aponta que na psicanálise contemporânea não é mais vista com a única maneira de acessar o inconsciente do paciente, ela passou da ideia de imposição para a de uma permissão, com o intuito de que o paciente fique verdadeiramente livre para recriar um novo espaço onde ele possa voltar a experienciar antigas vivências emocionais, pensar, sentir, muitas vezes atuar e, especialmente, silenciar ou dizer tudo que lhe vier à mente, no seu ritmo e à sua moda. Além disso, na contemporaneidade a associação livre é um aspecto importante para o psicoterapeuta, pois, antes de elaborar sua interpretação, ele deve fazer um trabalho de elaboração interna, a partir de uma forma livre de processar as suas próprias associações de ideias e sentimentos.

Ainda de acordo com o autor, independentemente de como o paciente apresenta suas comunicações verbais ou não verbais, é importante que o psicoterapeuta parta do princípio de

que o “paciente sempre tem razão”, isto é, ele deve ser livre para se comunicar e isso sustenta-se no fato de que a maneira que ele se comunica no setting deve ser a sua forma de ser na sua vida, e cabe ao psicoterapeuta decodificar a comunicação do paciente e correlacionar com as causas e propósitos da forma do paciente usar a sua livre associação de ideias e sentimentos.

### 2.5.1.3 Interpretação

Gabbard (2016) alerta que é importante que o psicoterapeuta evite fazer interpretações no início do tratamento, pois as interpretações de seu inconsciente podem ser vivenciadas pela paciente como uma repetição de sua história de vida: estão dizendo a ela o que ela sente, enquanto sua experiência consciente é minimizada e invalidada. O psicoterapeuta deve validar e criar empatia com a experiência do sujeito, demonstrando um interesse ativo no que ele sente e pensa, passando a mensagem de que ele é uma pessoa autônoma e com direito a ter ideias próprias, ajudando-o a reconhecer os seus próprios estados emocionais. O psicoterapeuta pode auxiliar a paciente a analisar diversas opções, porém sempre se abstendo de dizer o que ela precisa fazer. Além do mais, esse manejo apoiador e formador do ego nas fases iniciais facilita a introjeção do psicoterapeuta como um objeto benigno.

As interpretações para pacientes com anorexia devem ser tratadas com precauções, uma vez que o sujeito diante dessa patologia sofre de um senso de ineficácia e uma ausência de autonomia e interpretações teóricas inicialmente podem ser consideradas pelo sujeito como congruentes, porém desprovidas de sentido e distantes de sua experiência. Além disso, interpretações pautadas na psicanálise clássica podem levar a uma reedição de uma relação hostil experienciada na infância, na qual o sujeito pensava e sentia através de um outro superior (GORGATI *et al.* 2002).

Para Eizirik *et al.* (2015), uma reatividade empática pode ser mais considerável para esses pacientes do que interpretações voltadas ao insight e uma atividade interpretativa deve seguir a direção colaborativa para ajudar o sujeito a compreender e organizar sua experiência e não apenas evidenciar material inconscientemente reprimido. Inicialmente, uma abordagem que analisa os momentos de experiência emocional sentidos em sessão e leva em consideração a atuação conjunta entre paciente e psicoterapeuta, onde os significados dos sintomas do sujeito são substituídos por uma construção colaborativa do significado do vivenciado em sessão, pode vir a ser mais assertiva.

A atividade interpretativa acontece a partir da escuta, diante disso é de fundamental importância a maneira como o psicoterapeuta escuta o paciente, tanto quanto se refere as formas

quanto os conteúdos da comunicação do paciente, é necessário privilegiar a escuta de uma forma diferente, ou seja, considerando que quem escuta sabe menos sobre aquele que diz não se conhecer, e essa escuta é uma forma de aprender a conhecer. Uma escuta atenta, com um mínimo de interrupções, permite o psicoterapeuta observar como o paciente se expressa, apresenta seu pensamento, porém, essa atitude de escuta não significa mutismo, distância ou frieza, deve-se ser cordial e sensível (EIZIRIK *et al.* 2015).

Segundo Zimerman (2008), a atividade interpretativa deve partir do clareamento daquilo que o paciente comunica de um modo confuso ou ambíguo, reconhecendo a linguagem não verbal e, acima de tudo, a utilização de confrontos e perguntas, sob a forma de indagações, que propiciem a abertura de novos vértices e que desperte o paciente ao exercício da capacidade para pensar, sob a forma dele fazer correlações e reflexões. Além disso, há seis elementos importantes para uma interpretação e que devem estar sempre presentes e vinculados entre si, sendo: conteúdo, forma, oportunidade, finalidade, significação e destino das interpretações na mente do paciente.

Em relação ao conteúdo, é necessário que ele venha de contínuas transformações que a comunicação verbais e pré-verbais produzem na mente do psicoterapeuta até que ele encontre a nomeação necessária, e a forma de como esse conteúdo será formulado é suma importância e é necessário enfatizar a importância da voz, suas tonalidades e modulações vocais, pois a forma de formular uma interpretação diz muito para o paciente. A oportunidade no ato interpretativo se refere ao *timing*, e que deve estar de acordo com o estado mental do paciente; a finalidade deve estar sempre clara para o psicoterapeuta e para qual parte do paciente ele está comunicando; a significação refere-se ao significado que o paciente dá à interpretação e o destino das interpretações sugere em qual o destino que a interpretação terá na mente o paciente (ZIMERMAN, 2008).

### 2.5.2 Objetivos

O compromisso inicial da psicoterapia de abordagem psicanalítica é possibilitar ao paciente um ambiente seguro e confiável para que ele possa partilhar do seu mundo interno e descobrir outras formas de expressão para o seu sintoma. Geralmente pacientes que apresentam algum tipo de transtorno alimentar demonstram uma tendência em aceitar opiniões, crenças e interpretações do psicoterapeuta e não é raro acontecer no contexto do tratamento psicoterápico da anorexia nervosa um silêncio esmagador, um vazio que remete à imagem de um deserto psicológico e, diante dessas características, o psicoterapeuta tem o compromisso de contribuir para o emergir do mundo subjetivo e, principalmente, auxiliar o paciente no reconhecimento

dos seus sentimentos, no entendimento dos significados das vivências emocionais, aumentando assim a sua tolerância emocional (GORGATI *et al.* 2002).

Segundo Eizirik *et al.* (2015), a psicoterapia além de auxiliar o paciente a compreender o significado dos sintomas e a encontrar maneiras de controlar os modos desadaptados de lidar com conflitos e situações, busca também explorar os antecedentes desenvolvimentais da anorexia, que podem incluir traumas infantis, perdas que não foram elaboradas, impacto de pais que não conseguiram sintonizar com o bebê, falhas na tentativa de vivenciar separação-individuação apropriadas para cada idade e falta de afirmação do self em períodos importantes do desenvolvimento.

De forma mais ordenada, Fallon e Bunce (2000) propõem alguns objetivos com a psicoterapia de abordagem psicanalítica a serem alcançados:

**Quadro 2:** Objetivos de curto e longo prazo

| <b>Curto Prazo</b>  | <b>Longo Prazo</b>   |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolvimento da aliança terapêutica.</li> <li>• Desenvolvimento de uma observação sobre si mesmo.</li> <li>• Consciência dos estados afetivos.</li> <li>• Reconhecimento de padrões de comportamento que sejam incongruentes com seus objetivos.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Compreensão das funções do sintoma.</li> <li>• Melhora da autoestima.</li> <li>• Possibilidade de estabelecer uma distinção mais clara entre eu-mundo.</li> <li>• Melhora sintomatológica e do funcionamento social.</li> </ul> |

Fonte: Fallon e Bunce (2000, p. 123).

Em resumo, com o tratamento a partir da psicoterapia com abordagem psicanalítica é esperado que o paciente desenvolva uma melhora no manejo dos seus sintomas e que passe a se beneficiar de um repertório qualitativamente mais amplo para responder as demandas que a vida lhe impõe (GORGATI *et al.* 2002).

### 3. CONCLUSÃO

Em consonância com a pesquisa realizada, percebeu-se que a adolescência é uma fase da vida do indivíduo onde lhe são apresentadas muitas exigências externas e internas, sobre as quais o adolescente deve buscar recursos para conseguir lidar com esse período. O adolescente, ao se deparar com tantas complexidades que são típicas desse período, pode percorrer um caminho que o conduza tanto para o desenvolvimento de suas potencialidades como também vivenciar rupturas que dificultam ainda mais a experiência do adolecer.

De acordo com a literatura consultada para a construção desse estudo, a adolescência é um terreno fértil para o desenvolvimento das diversas patologias que compõem os transtornos alimentares, entre elas a anorexia nervosa, sendo esta apontada como uma das patologias mais graves, complexas e com alto grau de morbidade, principalmente nesse período da vida, onde a sua incidência é elevada e afeta amplamente o desenvolvimento do adolescente.

A compreensão da anorexia nervosa a partir de uma única causa já foi descartada pelos estudiosos que abordam o tema. Atualmente acredita-se que fatores biológicos, psicológicos, familiares e socioculturais interagem entre si para o desenvolvimento da patologia. O ponto de vista da abordagem psicanalítica segue pelo mesmo caminho, várias são as formas para explicar o desenvolvimento da anorexia nervosa.

A ótica psicanalítica aponta que a anorexia nervosa teria sua evolução patológica nos processos de desenvolvimento mais arcaicos. Este trabalho buscou apresentar duas visões da abordagem psicanalítica como causas do desenvolvimento da anorexia. A primeira que abarca a fase do desenvolvimento libidinal da oralidade e a segunda a partir da intensidade da relação objetal entre mãe – filha.

Em relação ao tratamento, verificou-se que é de suma importância uma abordagem multidisciplinar, ou seja, integrar profissionais de diversas áreas para que possam abarcar tanto os aspectos físicos quanto psicológicos que a anorexia causa. Além disso, a psicoterapia de abordagem psicanalítica tem papel significativo no tratamento ao possibilitar ao paciente um

ambiente protegido e seguro onde ele pode emergir com o seu mundo interno e encontrar outras expressões para os seus sintomas, bem como por possibilitar a opção de trabalhar questões que ainda não foram simbolizadas e que em algum momento da vida do adolescente ficaram comprometidas.

Por meio do presente estudo, notou-se que a abordagem psicanalítica tem muito a contribuir para o tratamento de adolescentes que vivenciam a anorexia nervosa, centralizando o seu manejo na escuta do adolescente, buscando identificar o modo de gozo implicado no sintoma, além de auxiliar na recuperação e fortalecimento da autoestima e na tradução de sensações e afetos que estão no inconsciente. Diversos estudos consultados para a realização do trabalho apontam para a importância de se levar em conta a história pessoal do paciente, bem como a importância de se trabalhar experiências primitivas que permanecem vivas no psiquismo.

Além disso, apontam que uma proposta de tratamento onde o foco é exclusivo no sintoma alimentar ou nos conteúdos psicológicos mostra-se parcial e incompleta e cada vez mais a literatura tem caminhado para uma proposta mais integrada, que vai além da recuperação de peso e na melhora do quadro de sintomas psiquiátricos, e abarca a compreensão de aspectos psicológicos mais profundos.

Por fim, espera-se que os assuntos apresentados neste trabalho sejam úteis para os que se interessam por esse tema, visando contribuir com a sociedade em um transtorno que afeta adolescentes nesse período crítica da vida, além disso, uma vez que as pesquisas ainda são escassas principalmente na abordagem psicanalítica, que esse trabalho, seja a continuidade das pesquisas nesse campo.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBERTI, S. **Esse sujeito adolescente**. 3. ed. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2009. 288 p. ISBN 978-85-7740-060-7
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. **DSM -5: Manual Diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Artmed Editora, 2014.
- APPOLINÁRIO, J.C; CLAUDINO, A.M. **Transtornos alimentares**. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 22, supl. 2, p. 28-31, 2000.
- BRASIL (2017a). **Saúde de adolescentes e jovens**. *Caderneta* Retirado em 21/04/2022, de Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/>, acesso 30/06/2022.
- BBC. **Americana que pesava 18 kg mostra recuperação pós-anorexia bancada com doações online**, 2015. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/noticia/2015/11/americana-que-pesava-18-kg-mostra-recuperacao-pos-anorexia-bancada-com-doacoes-online.html>, acesso 30/06/2022.
- BERGER, K S. **O desenvolvimento da pessoa: do nascimento à terceira idade**. Rio de Janeiro: LTC, 2017.
- CAMPOS, D M S. **Psicologia da adolescência: normalidade e psicopatologia**. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 1998. 155 p.
- CASSORLA, R. M. S. (2003). **Procedimentos, colocação em cena da dupla ("Enactment") e validação clínica em psicoterapia psicanalítica e psicanálise**. *Revista de Psiquiatria*, 25 (3), 425-435.
- CARVAJAL G. **Tornar-se adolescente: a aventura de uma metamorfose**. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 2001.
- CASTRO, M.G K.; STURMER, A. **Crianças e adolescentes em psicoterapia: a abordagem psicanalítica**. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- CORDÁS, T.A. **Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico**. *Rev. psiquiatr. Clín.*, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 154-157, 2004.
- CORDIOLLI AV. **Psicoterapias: abordagens atuais**. Porto Alegre: Artmed; 1998.
- CORDEIRO, A. M. et al. **Revisão Sistemática: Uma revisão narrativa**. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, v. 34, n. 6, p. 428-431, dez. 2007.
- COUTINHO, L.G **Pensando sobre as especificidades da clínica psicanalítica com adolescentes**. *Latin-American Journal of Fundamental Psychopathology on Line*, v. 6, n. 2, p. 44-55, nov. 2006
- DOURADO, A.P; SOARES, F.R. **O manejo clinico psicanalítico com adolescentes: contribuições aos jovens analistas**. *Psicologia em Movimento*, Goiânia, v. 1, n. 1, p. 62-80, jul. 2021.

DUNKER, K.L.L; PHILIPPI, S.T. **Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa.** Rev. Nutr., Campinas, v. 16, n. 1, p. 51-60, 2003.

EIZIRIK, C.L et al. **Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e Clínicos.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

FERNANDES, M. H . **Transtornos alimentares: anorexia e bulimia.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

FERREIRA, R. A. (2003). **Anorexia e bulimia: a condução do tratamento.** Em: *Reverso: Revista de psicanálise.* Belo Horizonte, Círculo de Psicanálise de Minas Gerais, v.25, n. 50:57-66.

FLEITLICH-BILYK, B.. **Saúde mental e transtornos alimentares em crianças e adolescentes no Brasil: a importância da criação de serviços especializados.** In C. Weinberg (Org). *Transtornos alimentares na infância e adolescência: uma visão multidisciplinar.* (pp. 9-17). São Paulo: Sá Editora , 2008.

FRANÇA, N.R.A. **Transtornos Alimentares: Uma visão psicanalítica – Distúrbios Alimentares: uma contribuição da psicanálise.** Rio de Janeiro – Imago, 2010.

GARRITANO EJ, SADALA G. **O adolescente e a cultura do corpo: uma visão psicanalítica.** LabEst Con Pol. 2010;9(3):56-64

GASPAR, F. L. **A violência do outro na anorexia: uma problemática sem fronteiras.** Revista latinoamericana de Psicopatologia Fundamental. Ano VIII, 4, p. 629-643, dez 2005.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo, SP: Atlas, 2002

GRIGORIEFF, A. G; MICHELS, R.S. **Anorexia e Adolescência: a denúncia de intensidades psíquicas.** CEAPIA, 4, v. 24, p. 47-54, 23 jun. 2015.

GORGATI, S. B et al. **Abordagem psicodinâmica no tratamento dos transtornos alimentares.** Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo, v. 24, supl. 3, p. 44-48, - 2002.

KUPERMANN, D. **Sobre o final da análise com crianças e adolescentes.** Estilos da clínica, São Paulo, v. 12, n. 23, p. 182-197, dez. 2007.

LADEIRA, T.F; COPPUS, A.N.S. **Anorexia e adolescência: uma articulação à luz da psicanálise.** Reverso, Belo Horizonte, v. 38, n. 71, p. 75-81, jun. 2016. Disponível em<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010273952016000100008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010273952016000100008&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 03 abr. 2022.

LAPLANCHE J, PONTALIS JB. **Vocabulário de psicanálise.** 7ª ed. São Paulo: Martins Fontes;1983. p. 305.

LEONIDAS, C.; SANTOS, M. **Percepção do apoio social e configuração sintomática da anorexia nervosa.** *Psicologia: Ciência e Profissão*, Ribeirão Preto, v.40 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003207693> . Acesso em 24 de jun.2022

LEVISKY, D. L. (1998). **Adolescência: Reflexões Psicanalíticas.** São Paulo: Casa do Psicólogo.

LEWKOWICZ, A. B; BRODACZ, G(org.). **Abordagem psicodinâmica na adolescência.** In: EIZIRIK, Cláudio Laks et al. *Psicoterapia de Orientação Analítica: fundamentos teóricos e clínicos.* Porto Alegre: Artmed, 2015. p. 755-771.

MACEDO M.M.K, FENSTERSEIFER L., & WERLANG B.S.G.(2004) **Adolescência: um tempo de ressignificações.** In M.M.K. Macedo (Org.). *Adolescência e Psicanálise: intersecções possíveis.* Porto Alegre: Edipucrs, p.65-83

MACEDO, M M K, GOBBI, A S – **Adolescência e Psicanálise: Intersecções possíveis** – 2ºED. – Porto Alegre – EdipucRS, 2010.

MALZYNER, G. **Atendimento de pacientes com transtornos alimentares: revistando a técnica psicanalítica.** 1ºed. São Paulo: Sá Editora, 2019.

MARCELLI, D, BRACONNIER A - **Adolescência e psicopatologia** [recurso eletrônico]; tradução Fátima Murad. – 6. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2007.

MATOS , L. P., & Lemgruber, K. P. (2017). **A Adolescência sob a ótica psicanalítica: sobre o luto adolescente e de seus pais.** *Psicologia E Saúde Em Debate*, 2(2), 124–145. <https://doi.org/10.22289/2446-922X.V2N2A8>

MATHEUS, TC - *Adolescência: Clínica psicanalítica-* São Paulo: Casa Psi Livraria; 2007.

MIRANDA, M. R. (2007). **Em busca das palavras perdidas: corpo-carcereiro da mente nos distúrbios alimentares.** *Ide*, 30(45), 28-34. Acesso em 01/05/2022 [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-31062007000200006&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-31062007000200006&lng=pt&tlng=pt).

NETO, G.A.R; MARTINEZ, V V C; SANTOS, F.O e SILVA JUNIOR, M.C. **Anorexia e bulimia, suas interfaces com a histeria e o discurso psicanalítico.** *Aletheia* [online]. 2006, n.23 [citado 2022-06-17], pp. 101-111. Disponível em:<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141303942006000200011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141303942006000200011&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 1413-0394.

NICHOLS, M. P., & SCHWARTZ, R. C. **Terapia familiar. Conceitos e métodos** (7a ed.) (M. A. V. Veronese, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas; 2007

OUTEIRAL J. **Adolescer.** 3ºed. Rio de Janeiro: Revinter; 2008

DE OLIVEIRA, J. G.; DE CARVALHO, B. R. A.; ROSA, H. C. de S.; DOS SANTOS, L. L.;

DE MOURA, T. A.; MOREIRA, N. S. **A anorexia nervosa na adolescência e suas consequências na imagem corporal: um olhar psicanalítico.** *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, [S. l.], v. 5, n. 12, p. 40-59, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68532>. Acesso em: 3 abr. 2022.

SAIKALI, C.J et al. **Imagem corporal nos transtornos alimentares.** *Rev. psiquiatr. Clín.*, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 164-166, 2004.

SASSI JR, E. SASSI, F. **Comorbidades psiquiátricas nos transtornos alimentares.** In Alvarenga, M. & Scagliusi, F. B. & Tucundiva, P. (Orgs). *Nutrição e transtornos alimentares: avaliação e tratamento* (pp. 197- 208). São Paulo: Manole, 2011.

- SILVA, M.R; GASPARETTO, L. CAMPEZATTO, P. **Psicanálise e psicoterapia psicanalítica: tangências e superposições**. *Rev. Psicol. Saúde* [online]. 2015, vol.7, n.1 [citado 2022-06-17], pp. 39-46. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2177-093X2015000100006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2015000100006&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 2177-093X.
- SOUZA, M,M; TEIXEIRA, R,P. **O que é ser um “bom” psicoterapeuta?**. Aletheia, Canoas, n. 20, p. 45-54, jul./dez. 2004.
- PAPALIA, D. E.; FELDMAN, R.D. **Desenvolvimento Humano**. 12 eds. Porto Alegre: AMGH, 2013.
- PAPALIA, D. E; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento Humano**. 8ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- PEREIRA, A.C.R. **O adolescente em desenvolvimento**. Ed. Harbra. São Paulo, 2005.
- PINHEIRO, T. **Narcisismo, sexualidade e morte**. In M. R. Cardoso (Org.), *Adolescência: Reflexões psicanalíticas* (pp. 69-79). Rio de Janeiro: NAU/FAPERJ.
- QUEIROZ, L F *et al.* **Diferenças na Abordagem do tratamento da anorexia nervosa nos campos da psicanálise e da psiquiatria: uma revisão de literatura**. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR*, Belo Horizonte - MG, v. 34, n. 3, p. 65-68, 5 abr. 2021.
- VIGANÓ, C. **Novas conferências**. Belo Horizonte: Scriptum Livros, 2012.
- WEINBERG, C. (Org.) **Transtornos alimentares na infância e adolescência. Uma visão multidisciplinar**. São Paulo: Sá Ed., 2008, p. 47-58.
- WEINBERG, C; CORDÁS, T.A. **Do altar às passarelas: da Anorexia Santa à Anorexia Nervosa**. São Paulo: Annablume, 2006.
- ZIMERMAN, D.E. **Fundamentos psicanalíticos [recurso eletrônico]: teoria, técnica e clínica: uma abordagem didática** – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2007.