

## **Anorexia nervosa: quando a linguagem do corpo precisa de um deciframento.<sup>1</sup>**

Ana Lucila Barreiros Barbosa de Araújo<sup>2</sup>

### Resumo

*Neste trabalho são apresentadas formas de entender, compreender e interpretar as perturbações que afetam o comportamento alimentar, a vida nutricional e afetiva do sujeito acometido pela anorexia nervosa, a partir de uma referência à psicanálise, com base em ilustrações clínicas. O relacionamento com a figura materna sugere ter havido maiores dificuldades na vivência da experiência simbiótica e no processo de separação e individuação que se segue.*

*"A infância é o chão sobre o qual caminharemos o resto de nossos dias. Se for esburacado demais vamos tropeçar mais, cair com mais facilidade e quebrar a cara – o que pode até ser saudável, pois nos dará chance de reconstruirmos nosso rosto. Quem sabe um rosto mais autêntico. Mas às vezes ficaremos paralizados." (Luft, 2004, p. 26).*

Dentre as várias definições encontradas na literatura médica, podemos citar a *"anorexia nervosa como uma alteração psíquica, que se caracteriza pela procura voluntária, obsessiva e continuada de emagrecimento, com menosprezo pela aparência estética e pelas condições gerais de saúde"* (Matarazzo, 1995, p. 16). Das características clínicas sabe-se que há uma incidência significativamente maior no sexo feminino, com início quase sempre na adolescência e em pessoas que enfrentam situação de conflito emocional influenciada pela estrutura familiar.

Encontramos na anorexia nervosa sintomas que englobam aspectos histéricos, obsessivos, depressivos, psicossomáticos, psicóticos e até tendências suicidas, dificultando o diagnóstico diferencial no início da doença.

Mas podemos dizer que a anorexia é um sintoma "de alguma coisa" e se no *"tratamento psicanalítico, a palavra tem o lugar que se conhece, é porque traz a marca de sua oralidade, deixando claro o elo entre comer e falar"*. (Kelner, 2004, p. 36).

O ato de alimentar-se não é apenas uma atividade nutritiva, mas de doação sobretudo pela atitude que a mãe assume. As relações mãe-filho se dão inicialmente pela via oral, sob a forma de recusa ou de aceitação. *"Alimentar-se e ser alimentado são atividades que ocorrem essencialmente entre mães e filhos"* (Lawrence, 1991, p.70). O sintoma da anorexia nos encaminha para dificuldades no relacionamento com a mãe, onde há uma regressão a um estado infantil, mais primitivo por parte do filho às voltas com a dependência materna, como se fizesse um retrocesso ao tempo em que estava construindo uma relação de independência.

De acordo com a teoria de Winnicott (1988), nos primeiros estágios da vida, mãe e filho possuem um relacionamento íntimo, simbiótico, no qual o bebê a sente como uma extensão de si mesmo. Aos poucos ele vai se percebendo como indivíduo separado da mãe. Nesse momento a mãe deve ser capaz de se adaptar às mudanças de percepção do filho e sair do estado de fusão com a criança, no qual ela compreende e prevê de forma intuitiva as necessidades do bebê. Se a mãe continuar se antecipando às suas necessidades, a criança nunca vai aprender que seu comportamento lhe dará a resposta desejada. De um modo geral, a maioria das mães vive este processo da forma correta, deixando que a criança saia do estado de fusão para aquele em que mãe e bebê estão separados. No entanto, podemos reconhecer a partir do relato da história de clientes com esta

<sup>1</sup> Trabalho apresentado na III Jornada Interna do GPAL em agosto/2003.

<sup>2</sup> Psicóloga e psicanalista do GPAL.

## Anorexia nervosa: quando a linguagem do corpo precisa de um deciframento

sintomatologia de anorexia, que suas mães foram excessivamente ansiosas e rígidas quanto aos cuidados, aos horários, ao bem-estar e o quanto se adiantavam às necessidades deles.

Podemos citar o caso de uma menina de 11 anos encaminhada por pediatra para um acompanhamento psicanalítico há alguns anos. Tratava-se de uma púbere, segunda filha de uma prole de três filhos muito próximos na ordem dos nascimentos. Sua mãe trazia queixas de sintomas da anorexia iniciada aos 10 anos, quando seus pais viviam uma crise conjugal intensa pela descoberta do adultério do marido que havia engravidado outra mulher. A cena familiar se organizava pelos não ditos, pelas ameaças e atitudes transgressoras e autoritárias do marido e também enquanto pai e pelo medo, submissão e descontrole emocional da mãe. A menor que sempre fora intensamente preocupada com os problemas familiares, absorveu o que era percebido e principalmente o que não era revelado, criando fantasias persecutórias e estreitando a simbiose com a mãe.

Desta época, uma citação do relato da mãe sobre a gestação e o primeiro ano de vida da menor: *"Na gravidez me sentia sobrecarregada e abandonada pelo marido; no primeiro ano da vida da minha filha me sentia angustiada em cuidar dela. Só mamou até seis meses, não quis mais, não sei por que, ficava inquieta, agitada e eu sempre ansiosa, por mais que eu desse, era pouco; acho que se sentiu aos seis meses rejeitada por mim"*.

A criança aprende que a alimentação está associada de alguma forma ao seu relacionamento com a mãe, como algo decidido pela mãe e, separado da sua necessidade física de comida. No caso da anorexia, isto serve para explicar também a dificuldade em identificar sensações físicas, como a fome, nesses pacientes.

As perturbações de apetite que aparecem na infância têm continuidade na adolescência e vida adulta, como se não houvesse uma linha divisória entre a anorexia nervosa da adolescência e as perturbações de apetite na criança.

Na função oral vem o reconhecimento da pulsão oral, que dá ao sujeito satisfação e prazer, por tudo que compreende a atividade nutritiva e de relação com a mãe. Esta pulsão é carregada

de fantasia oral e afeto que se liga ao mundo interno da criança, quando ela associa ao mundo vivo e real dos movimentos e das sensações.

Nas palavras de H. Thomã, *"a anorexia mental é, pois a manifestação de uma perturbação pulsional, e a ambivalência oral são a fonte de toda a sintomatologia"* (apud Ajuriaguerra, 1980, p.190).

Na disposição de escutar e compreender o conflito presente na vida da anoréxica se deve relacionar o sintoma ao conteúdo da fantasia, quando se pede para falar o que imagina que está ocorrendo quando relata seus desconfortos internos.

O ego encontra-se enfraquecido e deformado pondo à prova seu contato com a realidade, por um corpo que não é receptivo. Não sendo por acaso que o quadro da anorexia se estabelece numa incidência significativa nos períodos da puberdade e da adolescência, principalmente do sexo feminino.

Nessa fase, o desenvolvimento corporal revela o estado do ego, aponta o corpo como inimigo e a magreza exprimindo o sacrifício da satisfação oral para obter segurança e poder. Os temores do que pode acontecer no próprio corpo, a menstruação que virá trazendo modificações e as fantasias na ordem da sexualidade estão presentes neste momento. Os limites corporais são imprecisos, mal definidos e frágeis, ou seja: mundo exterior e mundo interior são mal definidos.

Retomando a ilustração do caso clínico, aquela cliente teve o seu quadro agravado, comprometendo sistemicamente o organismo, além de apresentar traços depressivos e obsessivos, vindo a ser hospitalizada por duas vezes, passando a receber acompanhamento de uma equipe médica, composta de pediatra e psiquiatra, de competência e ética para aceitar como imprescindível a atuação de um psicanalista.

Diante de uma situação atípica, pelo questionamento da mãe, se a filha teria as sessões no hospital, foi-lhe assegurado que sim, porque o momento pedia esta atuação.

Como é muito comum nos anoréxicos, eles *"não vêem a anorexia como um problema e sim como uma solução, o que torna*

*o tratamento psicanalítico extremamente difícil...* (Kelner, 2004, p. 41).

A cliente contava sobre uma visita recebida no hospital, de uma parenta que a alertava sobre o perigo de não crescer e não menstruar. Com suas palavras dizia: *“não gosto de pensar nisto porque é chato, de ouvir quando as colegas ficam falando de meninos, de paquera, não gosto nem de pensar... eu evito pensar... tenho medo.”* – Medo de quê? Mantinha o silêncio, ao que era interpretado – Medo de crescer, de deixar de ser criança... e à medida que deixa de se alimentar, o seu corpo se mantém mais infantil, para evitar de se transformar em mocinha, com seios, pêlos, menstruação e passar a ser olhada pelos meninos...

Desejando emagrecer se encobre uma rejeição à feminilidade, uma recusa em aceitar a diferença de sexos, para afastar toda fantasia própria dessa idade em torno da sexualidade. O ato de comer pode lembrar fantasias sexuais, como se acreditasse numa fecundação pela boca e a obesidade simbolizasse uma gravidez.

É imprescindível analisar o tipo de família de onde costumam vir as anoréxicas. São famílias que apresentam certos tipos de psicopatologia. Estão em constante conflito, dissimulam as diferenças de opinião e negam situações dolorosas e desagradáveis entre seus membros. Há sempre um não dito acerca de fatos da história familiar, uma morte, uma separação, a existência de outra mulher, de outros filhos, etc. O relacionamento entre mãe e filha é conflituoso e intrigante para ambas, marcado pela ambivalência e pelas dificuldades de separação e diferenciação, tão importantes no processo de individuação do sujeito. De modo que ela quer sentir pela mãe, como se fosse continuidade desta, todos os conflitos que lhe dizem respeito.

No relato da mãe, foi possível escutar: *“minha filha preocupa-se com tudo, absorve todos os problemas reais e imaginários, se liga a detalhes da casa, parece grudada em mim”*.

Quanto ao pai, observa-se mais freqüentemente uma figura distante no relacionamento, todavia fica evidente que as mulheres que *“se revelam anoréxicas tendem a ter muito interesse pelo pai”*

(Lawrence, 1991, p. 71), tanto positivo, como negativo, até criando uma aversão e hostilidade. O inegável é que o interesse está sempre ali, no pai.

Como a mãe era obesa e vivia de tentativas de emagrecimento, o pai chegou a culpabilizá-la pelo emagrecimento da filha, no entanto o afeto da filha por ele estava redobrado em preocupações com suas ações fora de casa. Ao que a mãe confirmava: *“noto como ela se preocupa com o pai, debruçada na janela, olhando sempre o relógio e se angustiando pela ausência e a falta de notícias.”* Ao contrário, os outros da família e os irmãos eram vistos como pessoas inconvenientes, intrusas, que tomavam o tempo da mãe.

Numa sessão que ocorrera no hospital, sabendo do quanto estava excluindo os irmãos, até expulsando-os do quarto para ficar só com a mãe e deslocando também a sua indiferença para a analista, ela pôde escutar: – parece que precisa mesmo ser a única filha a ser cuidada, escutada, alimentada, quando exclui seus irmãos, deixando-os de fora.

Foi possível vivenciar vários momentos, fazer intervenções inéditas na nossa prática psicanalítica, respeitando sempre a singularidade desta cliente com a sua história única, na relação transferencial que estabelecia na análise.

Em um determinado momento, ela deixou de falar totalmente com o pai, por ressentimento do que aos poucos foi montando nas suas fantasias, em decorrência dos códigos usados nas falas dos familiares sobre a filha nascida da outra relação. Passou a negar e boicotar todas as intervenções médicas e terapêuticas. Na relação transferencial fez um deslocamento, revivendo na análise, o mesmo que fazia a seu pai, ou seja: evitou dirigir a **palavra** à analista, ficando de costas e às vezes tapando os ouvidos com as mãos. Foi assim pelo tempo que durou o processo, embora não tenha deixado de ir com interesse às sessões que tiveram a sua maior continuidade no consultório.

Durante uma sessão em que estava sentada de costas começou a rabiscar, numa posição que nos permitia ver com facilidade o desenho de uma árvore na parte superior da folha, ao

## Anorexia nervosa: quando a linguagem do corpo precisa de um deciframento

lado escreveu o nome dela e o dos irmãos, circulando-os e abaixo escreveu: “*Não tenho pai, não tenho mãe, só tenho irmãos*”. Fez um coração grande na parte inferior da folha, dividiu ao meio e do lado direito pôs: “*meus irmãos*” e do lado esquerdo: “*não tenho pais*”. Ficou em silêncio quando lhe foi perguntado se desejava falar sobre o que havia feito na folha e se era assim mesmo que se sentia: sem PAZ, quando escreveu “Não tenho PAIS”? Arrancou a folha, dobrou, rasgou e jogou no lixo com muita raiva.

No dizer de Kelner, pacientes com este tipo de transtorno alimentar, “*apresentam um modo peculiar de relacionarem-se com as palavras do analista e com suas próprias palavras. Seu trato com a palavra falada é como se fosse algo indispensável, mas sem sentido, ou seja, o paciente anoréxico retira o sentido das palavras como subtrai o sabor dos alimentos, o aroma do perfume e o sentimento das pessoas. Enfim, ele destitui todos os objetos animados e inanimados dos seus atributos, de suas funções*”. (2004, p. 41).

As intervenções foram pontuadas em vários momentos, ao menos para ajudá-la a pensar sobre o que as **palavras** podiam fazer acontecer, quando se comunicava com as mãos, com os pés e a voz não podia entrar nem sair. Ou mesmo, quando lhe era dito que aquela forma de conversar era diferente das demais, um jeito de conversar sem palavras, parecido com o jeito de estar com seu pai, como se ele fosse só seu.

Quando foi necessária a hospitalização, as intervenções dos profissionais envolvidos, provocaram uma vivência dolorosa para a família, dada a tendência desse tipo de família projetar seus conflitos e suas dificuldades para o contexto hospitalar e em especial para a equipe de profissionais responsável pela anoréxica. A família tentou manipular a equipe, para destituir cada profissional do seu lugar. Foi positiva no caso ilustrado, a unidade mantida entre nós, as reuniões regulares para discussão do caso e o respeito à especificidade da área de cada um.

A hostilidade dirigida a nós enquanto analista foi perceptível e difícil foi trabalhar numa transferência negativa, por quase todo o tempo, o tempo da anoréxica, onde tudo vai aos poucos

acontecer... Foi imprescindível prestar atenção ao que nos vinha transferencialmente da sua parte, sempre dando ao silêncio um valor de fala e aos gestos um valor de fala, para compreender o conteúdo apresentado e devolvê-lo transformado, porque era na situação analítica que ela revivia todas as relações conflituosas com o pai, com a mãe, enfim com a sua história.

Crescer e amadurecer é algo esperado das pessoas, principalmente quando se é adolescente, para “*que se ergam e cuidem de si mesmas. Isto é exatamente o que a anoréxica é incapaz de fazer*”. (Lawrence, 1991, p. 13). Como se regredisse a um estado infantil, mais primitivo e questionasse o processo de separação em busca da individualização.

---

### Referências bibliográficas

- Ajuriaguerra, J. de. (1980). *Manual de Psiquiatria Infantil*, 2ª ed. Rio de Janeiro: Masson.
- Kelner, G. (2004). Transtornos alimentares: um enfoque psicanalítico. *Revista do Círculo Brasileiro – Estudos de Psicanálise*, nº 27, 33-44.
- Lawrence, M. (1991). *A Experiência Anoréxica*. São Paulo: Summus.
- Luft, L. (2004). *Perdas e Ganhos*. Rio de Janeiro: Record.
- Matarazzo, E. B. (1995). Anorexia Nervosa, Aspectos Clínicos e Terapêuticos. *Revista Insight*. Psicoterapia. Ano V, nº. 55, 16-21.
- Winnicott, D. W. (1988). *Da Pediatria à Psicanálise*, 3ª ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves.