

Anorexia Nervosa: Estudo psicanalítico vincular e geracional a propósito da clínica¹

Nervous Anorexia: Psychoanalytic, vincular and generational study by the way of the clinic

Fabian Abaid²

Resumo: O autor, a propósito da clínica da anorexia nervosa, revisa a bibliografia psiquiátrica e psicanalítica, assinalando que deve ser grande o investimento em controle – trata-se de uma patologia do espectro do transtorno obsessivo compulsivo – em várias gerações para produzir uma anorética. Assinala ainda o bom resultado da terapia assinalando a falta de empatia com o desejo do outro nas relações familiares.

Abstract: The author, by the way of the clinic of the nervous anorexia, revises psychiatric and psychoanalytic bibliography, designating that's must be great the investment in control – it's about a pathology of the specter of the compulsory obsessive behavior - in some generations to produce a anorética. The designation of the lack of empathies with the desires of the other in the familiar relations imply in good result of the therapy.

Descritores: bulimia nervosa, empatia, agorafobia e alexitimia

Keywords: nervous bulimia, empatia, agoraphobia and alexitymia

¹Trabalho realizado em 2006.

² Psiquiatra, Membro Efetivo do CIPT.

Como nos definimos com seres bio-psico-sociais, seria de esperar que qualquer abordagem à doença – como desvio de normas consensuais – deveria considerar modificações nas três áreas: biológica, psíquica e social. Por razões que não importa ora discutir, a história tem mostrado o predomínio de algum destes componentes como ação, quer como exigência própria da nosologia, mas, sobretudo, por exigências de sistemas teóricos que mais tangenciam a ideologia. A abordagem da anorexia nervosa é um caso padrão que exige a abordagem destas três áreas. São casos gravíssimos com mortalidade alta e, dado o atual estado de conhecimento, não é ético atender estes casos sem medicação; impossível também acessar à paciente sem antes, entrar na casa da família. O acesso ao *psiquismo* destas pacientes é próximo do impossível; é pouco o lugar para o desenvolvimento da capacidade de pensar as emoções, de interagir e de se dar e trocar, de tal modo que o termo *transferência* como definido por Freud passa ao largo. O que predomina, como veremos, é a recusa ou a ingestão compulsiva de idéias, depois a purgação com vômitos ou catárticos. O acesso psíquico algo aberto é a o atendimento à família – por suas vez com características francamente endogâmicas e com predomínio narcísico pulsional. A abordagem, portanto é multidisciplinar e deve ser feita por um grupo de profissionais. Vamos revisar a literatura a respeito nas áreas psiquiátrica e psicanalítica e, após, relatar nossa vivência com um caso, ainda em atendimento, onde estamos tentando o acesso a estrutura familiar de modo a conseguir este enfoque multidisciplinar.

O termo anorexia nervosa foi empregado pela primeira vez por William Gull em 1874, sendo esta síndrome reconhecida como entidade clínica há mais de um século. No entanto, até 1969 não havia definições explícitas dos critérios diagnósticos para o transtorno. Garfinkel (citado por Nunes e cols) define anorexia nervosa como *uma inanição deliberada, auto-imposta, seguida de uma busca implacável por magreza e por um medo mórbido de engordar, levando a vários graus de emagrecimento*. Ao contrário do que a expressão “anorexia” sugere, a perda de apetite não é sua característica central. O quadro pode iniciar de forma insidiosa e, praticamente sem perceber, a pessoa passa a viver exclusivamente em função da dieta, da comida, do peso e da forma corporal. Desencadeantes (*eventos gatilho*) como perdas, separações, mudanças ou doença orgânica, ou outro fator estressante para o paciente e sua família, podem estar presentes.

A dificuldade em perceber e em demonstrar esses comportamentos torna improvável que o indivíduo procure auxílio nas fases iniciais do transtorno, ou seja, induzido por familiares ou amigos a fazê-lo. Soma-se a isso o fato de que a idéia de controle de peso, de regimes e exercícios é amplamente aceita em nossa sociedade – e, em parte, não sem razão considerando-se os prejuízos do sedentarismo e da obesidade. Aos poucos o quadro vai se agravando, com o surgimento de complicações

decorrentes das privações auto-impostas. As pacientes, com frequência, recusam-se a reconhecer seu real estado de saúde, demonstrando uma perturbadora ausência de inquietude com a doença. Essas atitudes podem levar a um progressivo isolamento de amigos e da própria família, para a qual é comum a paciente ser vista como ótima filha, muito dócil e obediente.

As conseqüências clínicas como desnutrição podem ser suficientemente graves para levar a morte ou causar danos irreversíveis ao organismo, sendo que as taxas de mortalidade oscilam entre 5 a 20%. Embora os critérios atuais permitam o diagnóstico específico, cabe observar que os sintomas dos transtornos de alimentação - incluindo a bulimia - ocorrem ao longo de um *continuum* entre os da anorexia nervosa e os da bulimia, que compartilham muitas características como a preocupação com o peso e a auto-avaliação excessiva dele e da forma física. A diferença principal entre os dois transtornos reside na acentuada perda de peso necessária ao diagnóstico de anorexia nervosa. Sabe-se, no entanto, que boa parte dos indivíduos exibe uma mistura de comportamentos anoréticos e bulímicos. Até 50% das pessoas com anorexia nervosa desenvolvem sintomas bulímicos, e alguns, inicialmente bulímicos, desenvolvem sintomas anoréticos. Na prática, provavelmente, os mais comuns sejam casos com características mistas que não podem ser categorizados estritamente nem como anorexia nem como bulimia. Esses casos recebem no *DSM-IV-TR* a designação de *Transtorno Alimentar Sem Outra Especificação*. O curso da anorexia nervosa é altamente variável. Alguns indivíduos se recuperam completamente após um episódio isolado, alguns exibem padrões flutuantes de ganho de peso seguido de recaída, e outros vivenciam curso crônico e deteriorante ao longo de muitos anos. Acompanhamentos de pacientes realizados por pelo menos 4 anos mostra que o prognóstico de cerca de 45% dos pacientes pode ser avaliado como bom - peso restaurado em aproximadamente 15% do peso recomendado para a altura e normalização das menstruações - 25% ruim - peso nunca chegando a 15% do recomendado, menstruação ausente ou esporádica - e 30% com prognóstico intermediário. Sendo que, - atenção para a gravidade destes dados - 5 a 10% morrem em conseqüência de complicações várias.

Do ponto de vista descritivo, encontraremos as definições da anorexia no **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da American Psychiatric Association**, em sua 4ª edição revisada (**DSM-IV-TR**) e na **10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10)**, elaborada pela Organização Mundial de Saúde. O **DSM-IV-TR** estabelece os seguintes critérios para o diagnóstico da anorexia nervosa:

A. Recusa a manter o peso corporal em um nível igual ou acima do mínimo normal adequado à idade e à altura (por ex., perda de peso levando à manutenção do peso corporal abaixo de 85% do esperado; ou fracasso em ter o ganho de peso esperado durante o período de

crescimento, levando a um peso corporal menor que 85% do esperado).

B. Medo intenso de ganhar peso ou de se tornar gordo, mesmo estando com peso abaixo do normal.

C. Perturbação no modo de vivenciar o peso ou a forma do corpo, influência indevida do peso ou da forma do corpo sobre a auto-avaliação, ou negação do baixo peso corporal atual.

D. Nas mulheres pós-menarca, amenorréia, isto é, ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos. (Considera-se que uma mulher tem amenorréia se seus períodos ocorrem apenas após a administração de hormônio, por ex., estrógeno).

São utilizados ainda os seguintes subtipos: **Tipo Restritivo:** durante o episódio atual de Anorexia Nervosa, o indivíduo não se envolveu regularmente em um comportamento de comer compulsivamente ou de purgação (isto é, auto-indução de vômito ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas). **Tipo Compulsão Periódica/Purgativo:** durante o episódio atual de Anorexia Nervosa, o indivíduo envolveu-se regularmente em um comportamento de comer compulsivamente ou de purgação (isto é, auto-indução de vômito ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas).

A **10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10)**, elaborada pela Organização Mundial de Saúde, define diretrizes diagnósticas semelhantes:

(a) O peso corporal é mantido em pelo menos 15% abaixo do esperado (tanto perdido quanto nunca alcançado) ou o índice de massa corporal de Quetelet³ em 17,5 ou menos. Pacientes pré-púberes podem apresentar falhas em alcançar o ganho de peso esperado durante o período de crescimento.

(b) A perda de peso é auto-induzida por abstenção de "alimentos que engordam" e um ou mais do que se segue: vômitos auto-induzidos; purgação auto-induzida; exercício excessivo; uso de anorexígenos e/ou diuréticos;

(c) Há uma distorção da imagem corporal na forma de uma psicopatologia específica por meio da qual um pavor de engordar persiste como uma idéia intrusiva e super valorizada e o paciente impõe um baixo limiar de peso para si próprio;

(d) Um transtorno endócrino generalizado envolvendo o eixo hipotalâmico-hipofisário-gonadal é manifestado em mulheres, como amenorréia e em homens como uma perda de interesse e potência sexuais (uma exceção aparente é a persistência de sangramentos vaginais em mulheres anoréticas que estão recebendo terapia de reposição hormonal, mais comumente tomada como uma pílula contraceptiva). Pode também haver níveis elevados de hormônio do

³Índice de massa corporal de Quetelet = peso (em kg)/ [altura (em metros)]

crescimento, níveis aumentados de cortisol, alterações no metabolismo periférico do hormônio tireoideano e anormalidades de secreção de insulina;

(e) *Se o início é pré-puberal, a seqüência de eventos da puberdade é demorada ou mesmo detida (o crescimento cessa; nas garotas, os seios não se desenvolvem e há amenorréia primária; nos garotos, os genitais permanecem juvenis). Com a recuperação, a puberdade é com freqüência completada normalmente, porém a menarca é tardia.*

De acordo com esses critérios, são então características centrais ao transtorno:

- *Impulso para manter-se magro com recusa a conservar um peso corporal na faixa normal mínima, acompanhado de um comportamento de busca a este objetivo, quer por restrição da ingesta de alimentos, quer pelo uso de métodos de purgação;*
- *Acentuada perda de peso;*
- *Medo intenso de engordar;*
- *Perturbação significativa na percepção da forma, do tamanho do corpo e da condição de estar doente, sendo a auto-estima regulada pela excessiva preocupação com o peso e a aparência (do corpo ou partes dele);*
- *Alterações endocrinológicas (manifestada caracteristicamente pela amenorréia);*

Como podemos observar, apenas um peso abaixo da média esperada não é suficiente para caracterizar o diagnóstico de anorexia nervosa, e métodos de purgação - vômitos auto-induzidos; uso indevido de laxantes, diuréticos, anorexígenos ou enemas e exercício excessivo - freqüentemente associados à bulimia, também podem fazer parte do quadro. Talvez o fato mais marcante na anorexia nervosa seja o conhecimento limitado que os pacientes têm de sua doença, não conseguindo identificá-la, mesmo frente a alterações orgânicas significativas. Isso repercute de forma importante no tratamento e na evolução. O paciente com freqüência não procura auxílio, e quando o faz, em geral é por pressão de terceiros ou em decorrência de complicações físicas ou psíquicas decorrentes da privação crônica de alimentos ou dos métodos de purgação, e ainda assim muitas vezes não conseguindo correlacioná-los à ocorrência de um transtorno alimentar. Mais de 90% dos indivíduos afetados são do sexo feminino, por isso nos referimos aos pacientes utilizando o gênero feminino. As taxas de prevalência no período de vida são de aproximadamente 0,5 a 1,0 em cada grupo de 100 a 200 indivíduos. Parentes de primeiro grau de pacientes com anorexia têm taxas mais altas do transtorno. O início costuma ocorrer na adolescência, freqüentemente na faixa etária dos 13 aos 17 anos. Raramente aparece antes da puberdade ou depois dos 40 anos (embora existam casos

registrados).

O aumento da incidência deste e de outros transtornos alimentares ao longo da segunda metade do século XX é atribuído, ao menos em parte, às pressões culturais das sociedades industrializadas - principalmente sobre as mulheres - que enfatizam a figura feminina magra. Essa ênfase é retratada, por exemplo, em revistas, na indústria de entretenimento e em concursos de beleza. É interessante, a constatação de que imigrantes oriundos de sociedades nas quais a anorexia é rara tendem a adquirir o transtorno à medida que assimilam os ideais de uma aparência corporal esbelta. No entanto, aspectos culturais não são suficientes como causa, já que parece haver descrições do transtorno em relatos de 300 anos, período no qual as pressões culturais eram diferentes. Assim, fatores biológicos devem também estar envolvidos no surgimento do quadro, sendo sua expressão talvez facilitada pela cultura, pelo ambiente familiar e social. Este é atualmente o modelo mais aceito. Uma maior taxa de ocorrência para gêmeos monozigóticos (idênticos) com anorexia, do que para os dizigóticos parece reforçar esta hipótese; taxas de concordância de 55% em monozigóticos e de 15% em dizigóticos em estudo de Holland, Hall, Murray, Russel e Crisp, (1984), citados por Lambert.

A multicausalidade da anorexia, as dificuldades do tratamento e a gravidade de suas repercussões tornam relevante a compreensão dos aspectos dinâmicos individuais, familiares e geracionais, onde se insere nosso caso que motiva o presente estudo. Revisando a literatura psicanalítica encontramos as seguintes considerações.

Hilde Bruch (citada por Gabbard e Nunes), relaciona um distúrbio do conceito de si mesmo à preocupação com comida e peso. As pacientes teriam uma forte convicção de ineficiência e ausência de poder. Foi observado que, freqüentemente, são acometidas *boas meninas* que passaram suas vidas tentando agradar os pais e que, inesperadamente, tornam-se teimosas e negativistas na adolescência. O corpo é vivenciado como separado do *self*; como se pertencesse aos pais. Elas não possuem sentido de autonomia, e nem mesmo sentem que controlam as funções do corpo. Ser uma menina perfeita é, em geral, uma postura defensiva pré-mórbida contra um profundo sentimento de desvalia. A autora atribui a origem do transtorno à relação perturbada mãe-bebê. A mãe parece cuidar da criança de acordo com suas próprias necessidades, em vez de considerar as necessidades da criança. - violência secundária da Aulagnier. Por não receber respostas de confirmação e validação, a criança não pode desenvolver um sentido saudável do *self*, vivenciando a si própria como uma extensão de sua mãe, não como um centro de autonomia por si só. Para Bruch, o comportamento da paciente anorética assume o sentido de um franco esforço para obter admiração e validação como uma pessoa única e especial com atributos extraordinários.

Minuchin e Selvini-Gabbard descreveram um padrão de emaranhamento nas famílias de pacientes anoréxicas, caracterizado por

com ausência geral de limites entre as gerações e entre as pessoas. Cada membro da família é excessivamente envolvido com os outros a ponto de ninguém ter um sentido de identidade separado da matriz familiar. Selvini também observou que anoréticas são incapazes de se separar psicologicamente de suas mães, o que resulta em uma falha em alcançar qualquer sentido estável de seu próprio corpo. O corpo então é percebido como se fosse habitado por uma projeção materna má, e a inanição pode ser uma tentativa de parar o crescimento desse objeto interno hostil e intrusivo. Gabbard enfatizou que os pais da paciente anorética tendem a projetar sua ansiedade na criança, ao invés de contê-la. Tais projeções podem ser vivenciadas como corpos estranhos hostis pela criança. Para se proteger das experiências e fantasias não metabolizadas e projetadas nelas por seus pais, a menina pode desenvolver um sistema de defesas de *entrada-proibida*, concretizado pelo ato de não-comer. A postura defensiva extrema da anorexia nervosa sugere que um poderoso impulso subjacente é responsável por essa estratégia. A intensa voracidade forma a essência da anorexia nervosa. Entretanto, os desejos orais são tão inaceitáveis que têm que ser manejados de forma projetiva. Por meio da identificação projetiva, a representação do *self* voraz e exigente é transferida para os pais. Em resposta à recusa em comer, os pais tornam-se obcecados em controlar se a paciente está ou não comendo; eles passam a ser os únicos que possuem desejos.

Gabbard, numa perspectiva kleiniana, definiu a anorexia nervosa como a incapacidade de receber coisas boas dos outros em função de um desejo excessivo de possuir. Qualquer ato de receber comida ou amor confronta a paciente de forma direta com o fato de que não pode possuir o que deseja. Sua solução é não receber nada de ninguém. A inveja e a voracidade são com frequência associadas de forma muito próxima no inconsciente. A paciente inveja as coisas boas que a mãe possui – amor, compaixão, nutrição – mas recebe-las simplesmente aumenta a inveja. Renunciar a elas apóia a fantasia inconsciente de destruir o que é invejado, como a raposa na fábula de Esopo, que concluiu que as uvas que ela não podia alcançar estavam verdes. A paciente transmite a seguinte mensagem: “Não existe nada de bom disponível que eu possa possuir, então irei simplesmente renunciar a todos meus desejos”. Essa renúncia torna a paciente anorética o objeto do desejo dos outros e, na sua fantasia, o objeto de sua inveja e admiração, pois eles ficam “impressionados” com seu autocontrole. A comida simboliza as qualidades positivas que ela deseja em si própria; ser subjugada pela fome é preferível do que desejar possuir a figura materna. Pacientes anoréticas transformam desejo em renúncia por meio do mecanismo da dissociação. Vendo-as crescerem sem uma forma de relacionamento humano que lhes permita desenvolver a auto-regulação de estados afetivos, dissociam-se em estados de *selves* separados como uma forma de circundar e isolar experiências traumáticas e promover o funcionamento máximo não-contaminado por afetos intensos. Seriam incapazes de conter o desejo

como um afeto que pode ser regulado; elas sentem que não conseguem refrear o desejo por tempo suficiente para que possam fazer escolhas razoáveis.

Assim, a questão sobre quem consegue refrear o desejo na díade terapêutica torna-se uma grande questão na transferência, no tratamento individual.

A maior parte das formulações sobre o desenvolvimento das origens da anorexia nervosa tem como foco a díade mãe-filha. O pai tipicamente é carinhoso e apoiador de forma superficial, mas emocionalmente abandonava sua filha sempre que ela realmente precisava dele. Além disso, os pais das pacientes anoréxicas buscam conforto emocional em suas filhas em vez de dar conforto emocional a elas. Ambos os pais com frequência estão vivendo um sério desapontamento em seu casamento, levando cada um dos cônjuges a buscar apoio emocional na filha. Em termos de psicologia do *self*, a filha pode ser tratada como um objeto do *self* que proporciona funções de espelhamento e de validação para cada um de seus pais, mas seu próprio sentido de *self* é negado. A filha por sua vez não pode confiar em seres humanos para que sejam preenchidas suas necessidades de objeto do *self*. Ela duvida seriamente de que os pais ou qualquer outra pessoa significativa em sua vida irão, mesmo que temporariamente, abrir mão de seus próprios interesses e necessidades para prestar atenção a suas necessidades de tranquilizarão, afirmação e espelhamento. A filha pode aumentar e intensificar a inanição e a restrição, numa tentativa desesperada de forçar seus pais a prestarem atenção no seu sofrimento e reconhecerem sua necessidade de ajuda, mas não tem a menos idéia de que esta fazendo isso.

Sobre a Clínica

Fui procurado por N e sua mãe algum tempo antes do atual tratamento; na época, o encaminhamento ao psiquiatra fora feito por um colega endocrinologista, preocupado com a acentuada perda de peso da paciente. N já há alguns meses apresentava-se preocupada em perder peso, restringindo sua alimentação a quantidades de alimentos insuficientes para mantê-la saudável. Dizia não sentir fome, rejeitando alimentos oferecidos. Contava com 12 anos à época, apresentando também os seguintes sintomas: Índice de Massa Corpórea (IMC) = 17, fraturas freqüentes de dedos durante práticas esportivas (vôlei) para as quais provavelmente contribuía a perda de massa óssea constatada ao exame, cansaço importante ao praticar esportes e mesmo ao caminhar, irregularidades menstruais já havia três meses, sendo que estava em amenorréia há dois (menarca aos onze anos e, antes de perder peso, seus ciclos foram normais por vários meses). Embora o peso abaixo do normal e essa série de alterações, dizia sentir-se gorda, pouco adiantando as explicações e orientações do endocrinologista. Também não seguia a dieta prescrita, fazendo-o com muita dificuldade sob pressão intensa e

vigilância constante dos pais. Quando se encontrava longe desses, simplesmente não se alimentava. A primeira impressão que tive foi de uma menina extremamente *amadurecida* para sua idade; vestia-se e portava-se como uma adulta e produzia desconforto pelo tom em falseta. Esta atitude era vista pela mãe com orgulho, mas, contrastando com isso, sua mãe vestia-se com extrema simplicidade, praticamente beirando o desleixo. Ao narrar o quadro da filha ria, aparentando uma preocupação superficial, com afeto não condizente com a situação. N me mirava firmemente, não demonstrando qualquer tipo de desconforto ou intimidação em sua primeira consulta. Falava com aparente tranqüilidade sobre seus sintomas, passando a impressão de uma certa indiferença afetiva. Aparentemente não relutou em vir à consulta, embora a marcação fosse iniciativa da mãe – mas só após solicitação médica – nem havia qualquer evidência de conflito entre elas, quer para consultar, quer em relação a seus sintomas ou mesmo em relação às consultas com o endocrinologista – esta fragilidade quando a crítica de doença é típica na anorexia e na bulimia. O ar do atendimento ficou marcado por pseudomaturidade e regulação externa, com cumprimento de normas; inversão de papéis, com a filha pseudo-amadurecida, e evidente falta de empatia da mãe com N quanto a óbvias experiências vitais. Naquele encontro, era impossível separar uma de outra; o pacto das duas era maciço. Após algumas semanas de tratamento, marcados por tentativas de regulação alimentar, pela negativa da presença do pai, pela ausência freqüente da mãe e pela ausência absoluta de conflito e de percepção empática do que estava ocorrendo, N e sua mãe abandonaram o tratamento, inconformadas com os assinalamentos de busca de empatia entre ambas.

Alguns meses depois do abandono sou procurado pela menina, que veio à consulta sozinha e por iniciativa própria, por passar a apresentar os seguintes sintomas: medo intenso de que pudesse adoecer e morrer – um paradoxo para quem tem um quadro de anorexia – e que denuncia a melhora de seu funcionamento psíquico; as denúncias de dificuldades vinculares entre mãe e filha tiveram alguma eficácia – pensamentos intrusivos de doença e morte, sentindo cada dor ou sensação corporal como prenúncio de uma possível patologia grave. Crises de cefaléia, dores abdominais, náuseas, taquicardia e mal-estar geral. Já realizara vários exames, todos com resultado negativo. Encontrava-se ansiosa na consulta e dizia que não dormia já havia três dias. Estava dormindo no quarto dos pais após o início dos sintomas, o que contrastava com a impressão de menina desafiadora e adulta das primeiras avaliações. Evidenciava fragilidade e dependência; a couraça quebrara. Contava que, ao ficar sozinha em seu quarto, aumentavam os pensamentos de morte. Dizia saber que não era uma preocupação lógica, mas não conseguia parar de pensar. Junto com isso apresentava sintomas depressivos moderados. Nesse período desapareceram quase que por completo os sintomas alimentares. Parece que, ao evidenciar-se a fragilidade e a melancolia, a

anorexia como que *perdia sua função*. Não associava nenhum fator desencadeante; os sintomas teriam iniciado subitamente. Sua família parecia nesse momento ter prestado mais atenção na menina, que, segundo sua mãe, pedia ajuda nas crises, diferentemente dos momentos de recusa ao alimento.

Iniciei o atendimento da mãe e de N; o pai se recusava terminantemente a participar do tratamento. A mãe, culpada, dizia não saber onde havia *perdido o controle da situação*. Parece que o *controle* tinha nessa família uma importância singular, trazendo sua perda conseqüências importantes ao funcionamento familiar, permitindo que aflorassem emoções e sensações indesejáveis – o controle produzia a pseudomaturidade e a organização seca da vida, tida como o normal para a ordem familiar. A questão do controle também é evidente no comportamento de N, que além da alimentação, tenta controlar, coordenar e influir nas condutas do irmão, de colegas e até de professores. Seu irmão de 9 anos é considerado por ela um peste, por não obedecer, não organizar suas coisas e não cumprir com suas tarefas. Agora, em face da ansiedade de N – sintoma que mobiliza mais a família - consegui alguma estabilidade no atendimento com presença ocasional da mãe. Num dos encontros, agitada, relatou que *a família preparava-se para sair, sendo combinado que iria junto, embora não quisesse e sentiu uma angústia importante, uma vontade intensa de chorar e muita tristeza, trancando-se no quarto. Não atendia aos apelos dos pais para que abrisse a porta o que ocasionou o arrombamento pelo pai e, No momento que entraram no seu quarto e que foi acusada pela mãe de não ter responsabilidade N diz ter corrido para a janela e ter gritado que iria matar-se - residem em uma casa de dois pavimentos - sendo contida pelos pais que a seguraram*. Rejeitou nesse momento o abraço da mãe, dizendo *vocês não me amam; só dou trabalho passando a chorar intensamente, levando certo tempo para tranquilizar-se*. Queixou-se de não ser ouvida ou entendida pelos pais parecendo que a linguagem com a qual a família conseguia comunicar-se muitas vezes era a da doença; só se prestava atenção em quem estava doente. Como é típico do pânico e da agorafobia, ocorre relacionado à emergência da sexualidade e, necessariamente, a tensões exogâmicas. Sair de casa é morrer é a semiótica simples do *enactment* embora o risco mortal. E, de fato, falta a experiência empática dela com a mãe a propósito de seu momento vital e ela também se queixa disso na sua relação comigo.

A propósito do ocorrido, a mãe da menina referiu: Compromisso é compromisso, só não vai se está doente - linguagem da doença para conseguir atenção e concessões. Mãe acha que a filha só é responsável em função das cobranças a que é submetida e, complementa, "não tem espaço para ser irresponsável". Esses comentários levam a pensar num controle intrusivo exercido nessa família, que deixa pouco espaço para a individualidade fora do padrão familiar. Curioso é que anteriormente era descrita pela mãe como extremamente responsável, o que era visto com

orgulho pela família e elogiado por conhecidos: N era uma excelente aluna, líder de turma, e com frequência tomava a iniciativa na defesa dos interesses de sua turma e de colegas que julgava injustiçados, inclusive discutindo com os professores quando achava necessário - orgulhava-se de ter afastado junto à direção uma professora que ofendia colegas seus. Nos últimos meses tornara-se mais solicitante, chocando-se com os pais; ansiava pela experiência humana que lhe faltou e que, agora, fragilizada, não lhe permitia e exogamia. Frequentemente essas pacientes podem ter seu próprio sentido de self é negado sendo tratadas como um objeto do self que proporciona funções de espelhamento e de validação para cada um de seus pais e que pode aumentar e intensificar a inanição e a restrição alimentar, numa tentativa desesperada de forçar seus pais a prestarem atenção no seu sofrimento e reconhecerem sua necessidade de ajuda.

O pai agora aparece como bastante rigoroso, *cobrando* muito dos filhos em relação à tarefas e estudos. No entanto, passa a impressão de uma certa distância e ausência, irrita-se com facilidade e passa o tempo todo preocupado em adoecer, mas nega-se a buscar atendimento médico e sempre se negou a comparecer ao atendimento da filha. N refere várias vezes que, se o pai fica nervoso ou se machuca sua em demasia, fala pouco e corre diariamente para, segundo diz, aliviar o mau humor – há um discurso, físico, alexitímico na expressividade das emoções. Sempre se mostrou bastante preocupado que seus filhos se tornem diabéticos como sua avó, fazendo com que evitem açúcar; sua convicção é fanática e eles só conheceram açúcar na escola. É o filho mais velho⁴, não tem amigos, não participa de qualquer atividade social inclusive confraternizações de trabalho o que é extremamente raro no meio em que vive. Deixa forte impressão de marcados traços paranóides.

A mãe de N é professora, não trabalhando mais formalmente desde o nascimento dos filhos, mas passa boa parte de seu tempo na escola de N e seu irmão, onde colabora e conhece a todos; a filha mais velha e tem mais um irmão como seu núcleo familiar atual. Em relação a suas famílias de origem, a mãe de N diz a respeito da família do esposo que *eles se bastam, não têm amigos fora do círculo familiar, são isolados*. No entanto N diz que os avós maternos e paternos residem muito próximos no mesmo município encontrando-se com frequência para almoços e outras confraternizações. Os pais de N conhecem-se desde a infância. O bisavô paterno (o mesmo que lhe escolheu o nome) reside em uma fazenda no interior, tendo pouco contato com o neto e bisnetos. Parece haver de fato

⁴ Seu nome nos remete a pensar em sua herança transgeracional. Foi dado por seu avô paterno (muito “brabo” segundo N) que descontente com o nome inicialmente escolhido por seu filho, que seria “de negrão”, batizou-o com o de um personagem histórico, grande líder e estrategista, um general famoso. Em sua história ele é traído e perde sua maior conquista por não se arriscar em um momento de fragilidade do oponente. Suicida-se antes de ser preso, e como vingança à suas conquistas seu povo é destruído por completo, com extrema crueldade e violência, sendo sua tecnologia e possessões usurpadas.

uma excessiva circulação de desconfiança, pois a tia paterna - irmã do pai - não permite que a filha - prima de N - tenha amigos e diz que *escola é para se ter colegas e não amigos*. Encontra-se em processo de separação, escondida de seu esposo e filho mais velho, após ter sido agredida e ameaçada de morte e ficou com a com a filha mais nova. Os avôs maternos de N ainda trabalham e têm vida bastante ativa; houve um aborto da avó materna - um irmão da mãe de N, mais novo. Um tio materno da mãe de N suicidou-se e N não sabe desses fatos. A avó paterna é dona de casa e o avô, segundo crença de N, aposentado, sempre se diz injustiçado em seu trabalho onde, *mesmo não tendo educação formal, fazia cálculos complicados para os engenheiros por ser um gênio da matemática, sendo que estes subiram de posto e ele que manteve a empresa funcionando e crescendo nunca foi reconhecido sendo traído por aqueles que ajudou*. Esses dados lembram a história do personagem que dá o nome a seu filho e figuram com clareza as bases vinculares paranóides da família paterna.

Segundo N seu pai tem que resolver os problemas da família de origem. Os pais discutem muito, inclusive com N. Nas crises ela culpa os pais por estar enfrentando as atuais dificuldades. Tem maior afinidade com a mãe com a qual, segundo conta, "não tem segredos", mas descreve-a descreve como uma pessoa que por baixo da aparente calma, é "muito braba", também a cobrando muito. Sua mãe relata que, antes dos filhos nascerem, mantinham uma dieta rígida sem açúcar com o argumento da saudabilidade, evitando determinados alimentos (açúcar) e alimentando-se predominantemente de frutas, e realizando exercícios físicos. Os filhos "só conheceram açúcar no colégio quando não dava mais pra controla-los. As exigências com uma alimentação saudável, segundo contam, persiste. Mãe considera seu filho (9 anos) "gordo" (1,52 de altura e 40 Kg IMC=17.31). Diz que ele não quer fazer dieta, e que é "nervoso" como N. Briguento fica brabo quando contrariado. Segundo a mãe comem de tudo. Alguns alimentos são obrigados até hoje (beterraba). Grande controle na dieta e alimentos da infância até hoje. Avó paterna diabética. Desde antes de casarem a sogra tinha diabetes, necessitando de várias internações. O pai de N preocupa-se muito com essa doença e com o adoecer (diabetes = exagero de açúcar = excesso de comida = doenças). Não há relato claro de transtorno alimentar na família, embora fique óbvia a relação do espectro do transtorno obsessivo-compulsivo que a família mantém com os alimentos e a alimentação. O controle alimentar é necessário, assumindo a posição de uma ação determinante da vida ou da morte já que alimentos errados trazem doenças. Quando N tinha dez anos aproximadamente, a avó paterna desenvolveu uma neoplasia de nariz e boca submetendo-se à ressecção com destruição parcial de face. Sua mãe diz que N ficou "louca" chorando muito, não conseguindo se concentrar na escola nesse período. Esta avó tem diabetes tipo 2 não insulino-dependente, controlada com dieta, mas mesmo assim insiste em tomar medicação (hipoglicemiantes) "por precaução", uma atitude perigosa com

risco potencial à vida (hipoglicemia). A família parece guardar segredos em relação à morte (como o abortamento e o suicídio do tio de sua mãe). N nasceu de parto normal, sem complicações descritas. É curioso o fato de que sua mãe apresentava mamilos acessórios (tinha 4 mamilos durante a amamentação de N), submetendo-se a uma cirurgia corretora mais tarde. Refere que N foi amamentada até dois meses com grande dificuldade, pois “não tinha leite” (mamilos invertidos). Diz que a menina sugava e não havia leite e descreve-a como uma criança irritada; já saiu com mamadeira do hospital e aos 4-5 meses aceitava sólido.

Numa das raras vezes que conseguiu falar a respeito de como se sentia afirmava que se esforça, mas que a culpa que lhe vem ao alimentar-se e a angústia decorrente da impressão de estar gorda é insuportável. Poucos meses após o início dos sintomas, N discutiu seriamente com o pai em função de não querer alimentar-se. Após, a menina conta que seu pai dirigiu-se a seu quarto no segundo piso. Pouco depois N ouviu um som de queda e correu para ver o pai, encontrando-o caído no chão, com o rosto ensangüentado. Começou então a gritar, pensando que o pai pudesse estar morto - estava inconsciente - atraindo a atenção da mãe e do irmão. Aos poucos o pai foi recobrando a consciência, e pode-se averiguar que o sangue decorria de um corte no queixo. Ele insistiu em ficar em casa, até sentir-se em condições de dirigir. Nesse momento, ele, sua mãe e seu irmão procuraram assistência médica deixando N sozinha em casa. A menina conta que os pais só retornaram após várias horas, período no qual ficou sozinha sem saber o que estava acontecendo - não ligaram para tranquilizá-la ou avisar quando voltariam. Embora não referida, a angústia experimentada por N deve ter sido imensa, principalmente pelo fato de a queda ocorrer após uma discussão por sua causa. De acordo com o informado os exames não acusaram nenhuma patologia que justificasse a perda de consciência, ficando, no entanto a família e, em especial, o pai muito preocupados com a situação. De acordo com as informações que recebemos, o pai de N preocupa-se muito com sua saúde. Preocupações com adoecer e morrer tiveram início após esse fato, agravando-se recentemente caracterizando transtorno obsessivo compulsivo.

Considerações finais

O exame da organização familiar deste caso mostra como necessitamos de, talvez, três gerações para produzir uma anorética com várias gerações investindo em problemas alimentares e em características orais, com ideais supervalorizadas a respeito, beirando o delírio. A abordagem isolada é ineficiente e notamos que o assinalamento da falta de empatia na experiência humana intrafamiliar, a busca e reconhecimento do desejo do outro operou o início de um processo de simbolização ainda primitivo, num nível de *enactment*, mas indicativo de antecedentes geracionais bem como a manifestação da tensão pela

exogamia.

Referências Bibliográficas

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-IV-TR*. 4. ed. Revisada. Porto Alegre: Artmed, 2002.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diretrizes para o tratamento de transtornos psiquiátricos – Compêndio 2004*. Porto Alegre: Artmed, 2005.

EBERT, M.H. e col. *Psiquiatria – Diagnóstico e tratamento*. Porto Alegre: Artmed, 2002.

NUNES, M.A.A. e col. *Transtornos Alimentares e obesidade*. Porto Alegre: Artmed, 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

Endereço para correspondência: fabian_abaid@yahoo.com.br