

A imagem espectacular da irmã na psicoterapia da anoréxica mental

CELESTE MALPIQUE *

O «estado de espelho» de que fala Lacan (1949), introduziu uma noção fundamental que nos permite compreender não só a relação de objecto, a importância da relação narcísica entre mãe e filho, como, ao longo do processo de identificação nos aclara momentos fecundos e nos situa face a desvios patológicos.

A relação de objecto constrói-se na completude de um narcisismo a dois — a mãe revê-se no seu bebé e, na medida em que ele satisfaz o seu narcisismo, remete-lhe uma «imagem-suporte» que o ajuda a ele a reconhecer-se.

O brilho do olhar da mãe perante as atitudes exibicionistas do filho, reflecte como um espelho a imagem e reforça-lhe o narcisismo.

Mas se a identificação narcísica é uma etapa produtiva, pode todavia tornar-se uma força paralisante na conquista do *Self*.

Mal vai quando a mãe utiliza o filho para reparar a sua ferida narcísica e não o deixa encontrar o seu próprio *Self*.

Ao longo da evolução há momentos privilegiados em que se torna imperioso encontrar um equilíbrio entre a libido objectal e a libido narcísica — um deles é a crise da adolescência.

O adolescente nem sempre suporta o luto dos Imagos parentais e, face a uma profunda quebra da auto-estima, procura no retraimento narcísico um refúgio.

Estamos de acordo com Dias Cordeiro (1979) quando diz que «o maior problema que o Eu encontra, durante a adolescência, consiste em procurar, ao mesmo tempo, aliados internos e externos para controlar as regressões, dominar a vergonha e a culpabilidade e abandonar os modos primitivos de satisfação narcísica».

A conquista da identidade própria vai-se fazendo na adolescência, pelo desfile de uma série de identificações, que, ainda modeladas nos Imagos parentais (amor platónico), se vai aproximando da escolha heterossexual.

Através de apoios homossexuais e do permanente controle da distância para evitar a dependência e anulação fusional, a escolha do objecto heterossexual só se consolida quando há maior segurança na identidade própria e se torna então possível a verdadeira intimidade.

Há todavia acidentes e desvios neste processo psicológico complexo da crise de identidade.

Na experiência clínica, aconteceu nestes últimos anos ter acompanhado três adolescentes com anorexia mental; duas delas são ainda hoje seguidas em psicoterapia, a outra não

* Centro de Saúde Mental Infantil do Porto.
Comunicação apresentada no I Congresso de Psiquiatria da Adolescência, realizado na Figueira da Foz, em Novembro de 1979.

voltámos a vê-la após um apelo dramático da família para o seu internamento.

O que me pareceu interessante realçar e que tem sido motivo de reflexão, foi a importância da imagem especular da irmã no movimento de autonomia que a crise de identidade acarretou nestas adolescentes.

As irmãs cresceram em complementaridade psicológica, em *couple*, e, na altura em que se inicia a separação, rompe-se o aparente equilíbrio, e uma delas faz uma anorexia mental. Verificámos posteriormente que já Hilda Bruch (1969) fazia referência à incidência discordante de anorexia mental em gémeas monozigóticas, descreve esse quadro na gémea mais passiva quando a outra se torna independente.

No curto espaço de tempo de que dispomos não nos é possível expor, como desejávamos, a anamnese completa e a evolução do tratamento.

Vamos apenas sintetisar o fundamental para tornar compreensíveis as considerações teóricas que a seguir faremos.

A., de 13 anos, tem uma irmã acondroplásica de 17 anos. Ambas frequentam o mesmo liceu e a mesma turma, ambas dormem no mesmo quarto e foram educadas numa complementaridade que dava a A. o papel de protectora da «irmã anãzinha», como ela lhe chamava. Os pais consideravam a irmã como menina bem comportada, estudiosa, calma e sensata, não fora aquele defeito seria a melhor de educar. A. era muito mais caprichosa, difícil, teimosa e os seus pais procuraram-nos espontaneamente na clínica para a internar, pelo quadro de assustadora anorexia que surgira há meses (perdeu 12 quilos em dois meses). O internamento de A. durou três dias, embora fosse aparentemente aceite pela menina. Na altura os resultados foram espectaculares, soubemos que veio a recuperar mas não voltou a aparecer.

Mãe dominadora, fazendo uma protecção opressiva; pai inseguro e emotivo.

B., de 14 anos, sofreu grave crise de anorexia mental que motivou período de afasta-

mento familiar e frequência da clínica em hospital de dia. É a terceira filha de uma fratria de quatro; o primeiro é um rapaz e ela situa-se entre uma irmã de 23 anos e outra de 11.

O tratamento, no período mais agudo, teve de ser mediado pela irmã mais velha, que permaneceu com ela longe de casa, enquanto frequentava o hospital. A simples saída do ambiente familiar, já anteriormente experimentada, não resultou. Era uma adolescente dócil, estudiosa, fechada e tímida, mostrando-se deprimida. O pai era um homem apagado, a mãe uma figura dominadora e activa. Vivía em casa uma avó materna, obesa, e os conflitos entre a avó e a mãe eram permanentes.

C. tem actualmente 18 anos e é seguida em psicoterapia. Os pais separaram-se quando ela tinha 2 anos e a mãe ficou com duas filhas, esta e outra um ano mais nova, e a avó materna. A mãe é uma senhora deprimida, que trabalha todo o dia fora de casa e suporta os encargos familiares. As filhas continuam a ter frequentes contactos com o pai que, entretanto, tem tido diversas ligações.

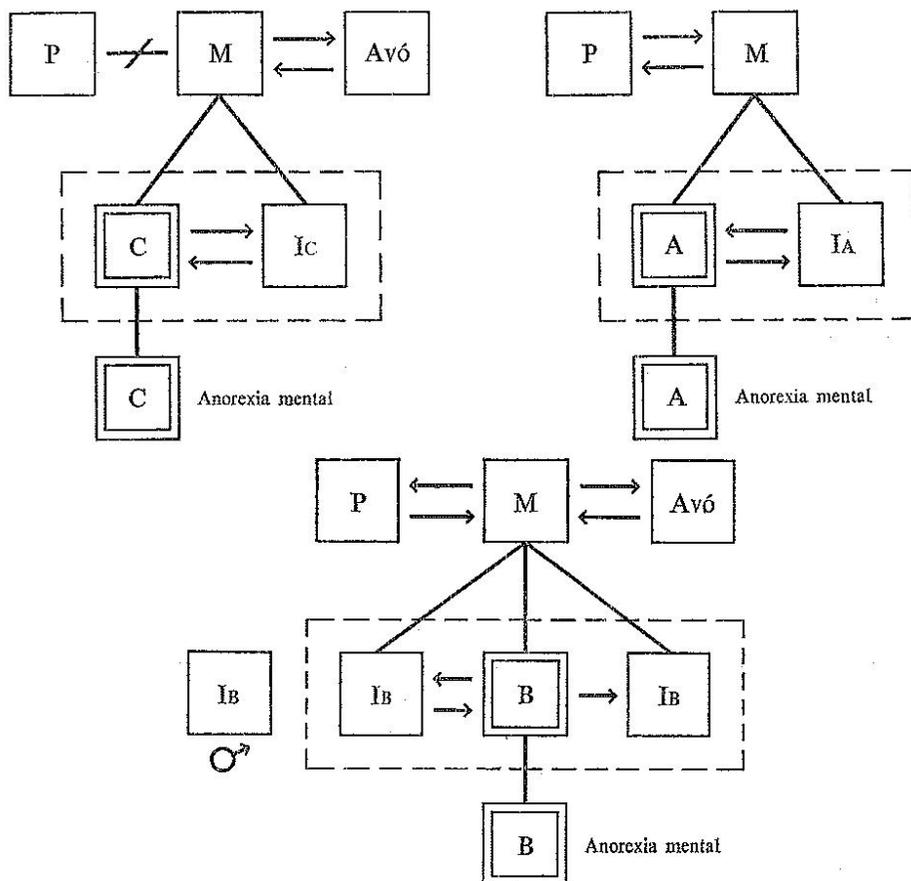
Ambas as adolescentes são muito boas alunas, estudiosas, educadas num ambiente fechado com muito pouco convívio com raparigas da sua idade. C., após um período em que era dominada pela compulsão das limpezas e do estudo, fez um quadro de anorexia mental com certa gravidade, de que tem vindo a melhorar progressivamente.

A irmã (17 anos) começou pela mesma altura a fazer rigorosa dieta para evitar celulite; é considerada em bom equilíbrio psicológico.

★

O que podemos apreciar de comum nestas três situações?

O quadro de anorexia mental surge na crise de identidade destas adolescentes no momento em que se inicia o movimento psicológico de conquista de identidade própria, o que imediatamente vai alterar a dinâmica do *couple* e o equilíbrio do agregado familiar.



A. rompe a complementaridade entre as irmãs que a mãe havia mantido para reparar a profunda ferida narcísica que foi ter tido uma primeira filha acondroplástica. A segunda filha, idealizada para preencher uma lacuna ao nível do Ideal do Eu da mãe, e assim «protegida e alimentada» foi anulada na sua própria identidade.

Quando *A.* se propõe sair do quarto comum, quando ia iniciar o ano escolar noutra liceu, exprimiu a sua oposição à mãe através de uma anorexia mental, mas sucumbiu também a uma culpabilidade insuperável. No desenho da família, *A.* representa-se como um rapaz, a única forma de se diferenciar dessa «irmã monstro», que era também a imagem fantasmática de uma mãe pregenital destruidora que concebia pequenos monstros.

Esta irmã representava pois, em espelho, o contrário do que ela desejava ser, do seu ideal

do Eu — magra, esbelta nas suas calças muito justas, sem nada que pudesse ser o feminino que a mãe e a irmã disforme lhe evocavam.

Em *B.*, a anorexia mental iniciou-se também quando a adolescente começou a achar que estava gorda, e a fazer o luto do seu corpo infantil que era o de uma menina gorducha. As duas irmãs entre as quais se situava eram as meninas bem feitas, simpáticas, alegres e «bem femininas»; ela sentia-se parecida com o irmão, mais fechado e triste.

O temor da feminilidade vinha-lhe das imagens que a mãe e a avó lhe ofereciam — mulheres grandes, gordas, dominadoras.

A sua afirmação agressiva só pode exprimir-se por um quadro de anorexia mental que veio a remitir quando propusemos um afastamento de casa.

Durante todo o processo de recuperação que ainda prossegue, a irmã mais velha serviu de

elemento mediador do luto a fazer do Imago Materna; o confronto com a mãe era de tal modo culpabilizante que não a deixava assumir a sua própria imagem. A irmã constituiu a imagem especular idealizada de uma feminilidade possível.

Em C. a situação parece-nos mais complexa. Estas duas irmãs, próximas na idade, foram educadas como gémeas, numa complementaridade impressionante; havia traços comuns que a mãe reforçava: tímidas, estudiosas, discretas.

O *couple* das irmãs era todavia a reprodução do casal desavindo dos pais: uma parecida com a mãe, bonitinha, loura, sempre difícil na alimentação, muito boa aluna; a outra, C., menos bonita, morena, o retrato do pai, teimosa, implicativa, estudava por obrigação e não por gosto, comia bem e era até gulosa.

C. teve a menarca cedo e começou a reagir com marcada inibição aos caracteres sexuais secundários que se evidenciavam, nomeadamente o hirsutismo que lhe fazia temer parecer um homem.

Ao longo da psicoterapia foi-se tornando evidente o conflito em que se debatia para encontrar a sua própria identidade. Admitir em si as pulsões libidinais, o despertar da sua feminilidade, era poder vir a ser como o pai, um leviano que já teve umas poucas de mulheres. Ela sabe que é exagerada em tudo como o pai, «a sua fome é excessiva e incontrolável». Admitir a sua feminilidade é realizar desejos edipianos, poder engravidar de um pai doído por mulheres.

A defesa que se levanta contra a sobrecarga pulsional é o ascetismo, deve sacrificar-se como fez a mãe, deve sacrificar-se como faz a irmã na rigorosa dieta que se impõe. A imagem que ambas oferecem de feminilidade é a abstenção, a vida ascética.

A anorexia mental é o sintoma mais aparente deste conflito, e o controle anal que esta adolescente faz dos impulsos projecta-se e prolonga-se na relação com a irmã.

Controla o que a irmã come, sabe que ela faz sacrifícios e procura sempre comer a mes-

ma quantidade ou menos, ainda que fique cheia de fome. Pede à mãe que obrigue a irmã a comer mais para ela poder também comer, mede a sua capacidade de se sacrificar com a da irmã.

Nesta identificação projectiva que tem por vezes aspectos delirantes, C. procura fugir da irmã e pensa que só poderá curar-se longe dela. Pede-me para a internar, passa meses fora de casa, e actualmente numa fase mais avançada do tratamento, conseguiu ir viver para casa do pai e da sua mulher. As saídas correspondem a fases de bulimia que é mais penosa que a anorexia.

C. tem boa capacidade de *insight*, mas ainda não é muito possível prescindir da identificação projectiva com a irmã, o seu «alter-ego», a projecção narcísica do Ideal do Eu. Quer dizer que continua a negar a enorme agressividade que tem em relação à mãe.

Podemos admitir que qualquer destas adolescentes está fazendo a sua anorexia mental; uma, por um controle aparentemente conseguido (dieta) da vida pulsional, obtém a imagem do corpo que especularmente constitui uma imagem idealizada para C. («ela é elegante, ela tem força de vontade, ela gosta de estudar, etc.»); C. não consegue esse controle e oscila entre a anorexia que a leva a fazer perdas de peso e a bulimia que a desgosta.

★

A anorexia mental pode então considerar-se um sintoma que revela profundas dificuldades no processo de identificação.

Vamos buscar a Kestenberg (1962) e a Kestenberg e Decobert (1972) alguns dados da clínica psicanalítica da anorexia mental para a compreensão destes doentes.

Para a anoréxica mental o outro é sempre investido como um objecto idealizado e não como um objecto exterior e com existência própria. Nessa medida só consegue fazer identificações superficiais, transitórias, a personagens exteriores e não objectalmente investidas.

Os Imagos parentais não chegam a ser verdadeiros Imagos edipianos, que dêem suporte a um Ideal do Eu. A hipertrofia do Ideal do Eu, onipotente, confunde-se com o Imago de uma Mãe arcaica onde a figura paterna se perde na diferenciação sexual.

Aliás isso é compreensível na medida em que estas Mães investem os filhos como elementos de completude narcísica, e vivem a anorexia mental da filha como símbolo da sua própria castração.

A anoréxica não encontra solução para este conflito; destrói-se a si para não destruir a mãe, mas não há forma mais eficaz de a destruir do que recusar-lhe o alimento.

A anoréxica tem um Ideal do Eu hipertrofiado, onipotente e nele inclui o seu alter-ego, a irmã, que através de uma identificação projectiva manipula como se fosse parte de si-mesma.

A denegação está presente em todas as suas relações; a anoréxica só pode fazer relações de objecto parcial, utilizando, como nos perversos, o fetiche ou objectos transitivos.

A presença do objecto transitivo (o fetiche vivo que é a irmã) é-lhe absolutamente necessária para assegurar a sua integridade narcísica.

Dado que há um recalamento maciço da agressividade dirigida contra a Mãe arcaica (destruidora), a anoréxica utiliza esse objecto transitivo, a irmã, como um contra-investimento, negando assim a agressividade contra a mãe.

A negação delirante da imagem real do seu corpo, leva a anoréxica mental a nunca reconhecer o seu corpo no espelho. O corpo da irmã (corpo perfeito ou corpo disforme) será também de algum modo o suporte real (o fetiche), a imagem especular idealizada a partir da qual se referencia e assegura a integridade narcísica.

CONCLUSÃO

Nestes três casos clínicos surge um quadro de anorexia mental quando se processa a crise

de identidade em irmãs em cuja evolução a complementaridade psicológica foi importante. Admitimos que o elemento atingido seja o mais frágil, o mais dependente da mãe. A mãe tem grande responsabilidade no processo, uma vez que propicia e mantém essa complementaridade, e assim realiza com as filhas uma unidade fusional onde o Pai não tem lugar.

A doença de um dos elementos altera a dinâmica familiar.

A imagem especular da irmã será um elemento a tomar em atenção na psicoterapia destas adolescentes e pode interpretar-se como elemento mediador, defensivo, face ao conflito profundo com a mãe (agressividade não expressa, denegada).

RÉSUMÉ

On décrit trois cas cliniques d'anorexie mentale chez des adolescentes qui ont été éduquées en étroite complémentarité, en couple, avec une soeur.

L'adolescente tombe malade pendant la crise d'identité; parmi les soeurs elle semble la plus fragile, la plus dependente de sa mère.

La mère cherche une complétude narcissique dans les filles et les éduque en couple, réalisant avec elles une cohésion fusionnelle où le père n'a pas lieu.

La rupture du couple déclenche l'anorexie mentale et trouble la dynamique du groupe familial.

L'image en miroir de la soeur est un élément important dans la compréhension psychodynamique de ces malades et nous soulignons son intérêt dans la psychothérapie de ces adolescentes, comme élément médiateur, défensif, face à l'agressivité envers la mère.

REFERÊNCIAS

- BRUCH, H. (1969) — «The insignificant difference: discordant incidence of anorexia nervosa in monozygotic twins», *Am. J. Psychiat.*, 126, I, July.
- DIAS CORDEIRO, J. C. (1979) — *O Adolescente e a Família*, Moraes, Lisboa.
- KESTEMBERG, E. (1962) — «L'identité et l'identification chez les adolescents», *La Psych. de l'Enfant*, vol. V, fasc. 2.
- KESTEMBERG, E. e DECOBERT, S. (1972) — *La Faim et le Corps*, P.U.F., Paris.
- LACAN, J. (1949) — *Le stade du miroir*, Seuil, Paris.