



Centro Universitário de Brasília – UniCEUB  
Faculdade de Ciências da Saúde – FACS  
Curso de Psicologia

## **Anorexia e família: dinâmica e tratamento**

Brasília, D.F.  
Novembro - 2005

Tatiane Kanzler Barbosa Nunes – RA: 2011037/1

## **Anorexia e família: dinâmica e tratamento**

A presente monografia foi desenvolvida como parte final da conclusão do curso de Psicologia na Faculdade de Ciências da Saúde do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB, sob a orientação do Prof. Dr. Maurício Neubern.

*A meus pais, irmãos, namorado e amigos, que estiveram ao meu lado nesta caminhada, me ajudando e apoiando nos momentos difíceis, e também compartilhando muitas alegrias. Agradeço a todos pelo carinho e compreensão. Este é o símbolo da conquista de um sonho. Uma etapa termina para que venha a próxima...*

*Agradeço primeiramente a Deus, pela sua bênção, a todos que direta ou indiretamente ajudaram nesta conquista, e aos professores que contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional, ensinando lições de ética e profissionalismo. Em especial ao Prof. Danilo Assis Pereira, que sempre me incentivou no decorrer do curso, monitoria e orientação da pesquisa no PIC – UniCEUB, e ao Prof. Dr. Maurício Neubern, que foi uma grande inspiração na vida acadêmica e essencial no sucesso desta etapa final.*

*Ninguém pode construir em teu lugar as pontes que precisarás passar, para atravessar o rio da vida - ninguém, exceto tu, só tu. Existem, por certo, atalhos sem números, e pontes, e semideuses que se oferecerão para levar-te além do rio; mas isso te custaria a tua própria pessoa; tu te hipotecarias e te perderias. Existe no mundo um único caminho por onde só tu podes passar. Onde leva? Não perguntes, segue-o.*

*Friedrich Wilhelm Nietzsche*

**SUMÁRIO**

Introdução	1
Fundamentação Teórica	5
Capítulo I – Anorexia	5
Capítulo II – Adolescência e Anorexia	11
Capítulo III – Família e Anorexia	16
Capítulo IV – Tratamento da Anorexia	28
Conclusões	36
Referências Bibliográficas	40

## RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo analisar no contexto onde a anorexia está inserida a influência que as relações familiares e os problemas característicos da adolescência têm na formação do indivíduo, para melhor compreender o sofrimento de quem possui o transtorno, assim como o papel da família no seu tratamento. A anorexia é um transtorno alimentar que ocorre principalmente em mulheres adolescentes, tendo como principais características a distorção da imagem corporal e a obsessão pela magreza. É marcada por intensos conflitos internos, que também ocorrem na adolescência. A família é um facilitador para a cura, pois além do indivíduo ter se desenvolvido neste ambiente, ela também sofre muito diante desta doença. Pode-se concluir que na anorexia deve-se ter o foco no apoio e tratamento de todos os membros da família, pois não há um único fator, mas um conjunto de fatores que influenciam o surgimento deste transtorno alimentar.

Palavras-chave: Transtorno alimentar, anorexia, dinâmica familiar e terapia familiar.

A anorexia é um transtorno alimentar grave que afeta principalmente as mulheres adolescentes, na faixa etária de 12 a 16 anos, que é quando surgem os primeiros sintomas, conforme afirmam Busse (2004) e Lawrence (1991).

Nicola (1998), Busse (2004) e Lawrence (1991) apontam que o número de casos vem crescendo nos últimos anos, sendo que a maioria ocorre em países desenvolvidos. A grande oferta de comida nesses locais talvez favoreça o surgimento do transtorno, visto que em países onde há escassez de comida a incidência de anorexia é pouco freqüente.

De acordo com Woodman (2002), o culto por um padrão de beleza estética, onde o corpo deve ser esbelto e magro, também é um agravante, principalmente quando se verifica a forte ação dos meios de comunicação, voltada principalmente para os jovens, que são mais vulneráveis aos ataques da mídia.

Fishman (1996), Palazzoli (1998), Lawrence (1991) e Carter e McGoldrick (1995) consideram que a família é a base de onde o indivíduo emergiu. É onde o jovem cresceu, e é também o meio onde vive hoje com sua doença. Os papéis desempenhados nas relações familiares são aspectos muito importantes. As relações entre os membros do sistema familiar oferecem informações acerca da dinâmica interna da família.

O tema da presente pesquisa é a anorexia dentro do contexto familiar. O problema da pesquisa é verificar os aspectos familiares que estão envolvidos tanto na formação do indivíduo quanto durante a fase anoréxica, de modo que o mesmo tenha desenvolvido esse grave transtorno alimentar.

O objetivo geral é analisar como a anorexia está inserida dentro do sistema familiar. O objetivo específico é analisar no contexto onde a anorexia está inserida a influência que as relações familiares e os problemas característicos da adolescência têm na formação do indivíduo, para melhor compreender o sofrimento de quem possui o transtorno, assim como o papel da família no seu tratamento.

Diante da importância da família na formação do indivíduo, e o fato de a mesma compartilhar sentimentos vivenciados no dia-a-dia em relação à anorexia, verificou-se a necessidade de explorar melhor essa questão. Juntamente com o papel da família durante o tratamento, percebe-se que grande parte dos casos do transtorno ocorrem na

adolescência, conforme Lawrence (1991) e Fishman (1996) apontam. Assim, esclarecendo se existem pontos em comum, com relação às questões vivenciadas, que estão presentes em ambos, ajudaria a entender melhor a problemática que gira em torno da anorexia. Além disso, não há na literatura muitas fontes de consulta sobre este assunto.

A fundamentação teórica é composta por quatro capítulos, assim determinada de acordo com os principais temas delimitados, de modo a atingir os objetivos. Inicialmente é esclarecido o que é a anorexia, onde diversas questões envolvidas no transtorno são expostas. Em seguida, idéias sobre três delas foram mais bem desenvolvidas. Assim, considerando-se a adolescência uma fase importante e cheia de conflitos na vida do adolescente, são colocados pontos em comum entre a mesma e a anorexia. A família fornece muito conteúdo acerca do desenvolvimento do indivíduo, pois é o meio onde ele nasceu e se desenvolveu. Por fim, é abordada a importância da família no tratamento, visto que ela dá o suporte ao anoréxico que está passando uma fase muito difícil de sua vida, além de que o sofrimento desta família não deve ser deixado de lado.

A anorexia não deve ser vista separada de seu contexto social e familiar, de acordo com Palazzoli (1998), Lawrence (1991), Imber-Black (1994) e Carter & McGoldrick (1995). Segundo Busse (2004) dentre os sintomas pode-se citar: insatisfação com o peso e corpo, distorção da imagem corporal, profundo medo e engordar, magreza intensa, alterações na pele e cabelos, amenorréia, fraqueza, muito frio. Os anoréxicos fazem de tudo para não engordar, desde restrições severas na alimentação, incluindo períodos prolongados de jejum, até esconder alimentos.

Não há unanimidade de idéias a respeito do transtorno entre os autores, em especial às teorias (psicanálise, sistêmica, etc.). Alguns dizem que a anorexia surge devido a conflitos não-resolvidos na infância, outros dão ênfase no contexto onde a mesma se insere, como a terapia sistêmica. O importante é analisar todos os aspectos que estão relacionados, visto que não é um causa única e isolada que o desencadeia, e sim, um conjunto de fatores organizados de maneira dinâmica.

Conforme Fishman (1996), Busse (2004) e Lawrence (1991), a adolescência é um período marcado por intensas transformações e conflitos internos. A busca pela identidade e independência provoca mudanças não só no indivíduo, como também as

cobranças e pressões externas são diferentes daquelas da infância. Além disso, as demandas do adolescente, ligadas à autonomia e independência, geram mudanças nos relacionamentos entre as gerações.

Questões como auto-imagem, identidade, luta por autonomia e auto-estima estão presentes tanto na adolescência quanto na anorexia. Busse (2004), Lawrence (1991) e Woodman (2002) expõem que a última está muito ligada ao peso corporal e aparência física, devido às influências do meio social e cultura. Segundo Busse (2004), a anorexia surge como uma reação contra a autonomia e luta pela independência. Geralmente os sintomas diante disto.

Carter & McGoldrick (1995) afirmam que o significado da família tem mudado muito nos últimos tempos, visto que ela não está mais organizada de modo a oferecer atenção quase que exclusiva à criação dos filhos, como ocorria anteriormente. O papel das mulheres também mudou, visto que ocupavam posição central no funcionamento da família. As famílias necessitam estabelecer fronteiras mais permeáveis e flexíveis na adolescência dos filhos, para que estes se aproximem e sejam dependentes em momentos onde não são capazes de agirem sozinhos, assim como de experimentarem sozinhos seus diversos níveis de independência.

Palazzoli (1998) apresenta que na anorexia há a influência de diversos fatores, especialmente características da cultura e a interação familiar. Carter & McGoldrick (1995) acrescentam que os papéis desempenhados e a relação entre os membros da família são muito significativos, e devem ser considerados ao se analisar o contexto onde a anorexia está inserida.

Imber-Black (1994) e Boscolo e Colaboradores (1993) desenvolvem a idéia de padrões de interação, que são maneiras pelas quais os membros se organizam e interagem. Esta relação pode se tornar emaranhada e problemática podendo ocorrer a fusão de um dos pais e o filho, por exemplo, e outras situações complicadas como esta.

A família deve ser trabalhada de forma que os papéis sejam mais bem definidos, desfazendo-se emaranhados, de acordo com Boscolo e Colaboradores (1993). Segundo Lawrence (1991), Palazzoli (1998), Fishman (1996) e Carter & McGoldrick (1995), assim como o anoréxico, ela também tem um sofrimento intenso. É o ambiente onde o sujeito vive e compartilha suas experiências emocionais mais significativas.

Fishman (1996) afirma que a terapia familiar modifica padrões de interação disfuncionais entre os indivíduos significativos e as forças sociais na vida da pessoa.

De acordo com Busse (2004) e Lawrence (1991), o tratamento psicológico, médico, nutricional e até a internação hospitalar, quando se fizer necessária, são importantes para o tratamento da anorexia. O preparo e cuidado da equipe que atende o paciente que sofre com a anorexia também o é, aponta Lawrence (1991).

Conforme Palazzoli (1998), Lawrence (1991), Boscolo e Colaboradores (1993), Fishman (1996) e Carter & McGoldrick (1995), não é útil demandar tempo apontando e focando no nome do transtorno. O importante é a preocupação e foco no sofrimento do paciente e de sua família. A terapia familiar é indicada para que se possa fazer uma leitura da mesma, de modo a melhor entender a dinâmica interna, como acontecem as relações entre os membros deste sistema. O fundamental é não deixar a família de fora do tratamento, pois é parte integrante e essencial do processo de cura.

## FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### ➤ CAPÍTULO I – ANOREXIA

De acordo com Busse (2004) a anorexia nervosa é um transtorno mental da conduta alimentar, que se caracteriza pela auto-imposição de limitações dietéticas, bizarros padrões de alimentação e grande perda de peso, marcada também por um intenso temor de tornar-se obeso. Trata-se de um transtorno alimentar que ocorre geralmente em mulheres, na faixa etária de dez e trinta anos. Inicia geralmente na puberdade, onde os primeiros sintomas ocorrem entre os 12 e 16 anos. A prevalência dos casos é no sexo feminino, sendo que ocorrem de 8 a 10 vezes mais que no sexo masculino. Segundo Lawrence (1991), essa proporção varia de um autor para outro, mas a maioria descreve um índice superior a 10:1. A taxa de mortalidade em pacientes com o transtorno é muito alta.

A autora relata que se refere à anorexia como sendo um problema que afeta as mulheres, apesar de haver um número considerável e crescente de homens que apresentam o transtorno. Sua preocupação foi analisar porque tantos dos casos ocorrem em mulheres, e não por que alguns deles são homens, pois a anorexia é um problema estreitamente ligado à forma de ser mulher no mundo. “O fato de ela às vezes afetar também os homens indica apenas que a psicologia de homens e mulheres não é totalmente distinta: questões problemáticas para a maioria das mulheres podem ser igualmente difíceis para alguns homens” (p. 19).

A maioria pertence a classes sociais mais elevadas. Alguns autores chamam a atenção para o alto índice de casos de anorexia nervosa em escolas de dança e em manequins, e também autores como Cooper, Garfinkel e Lask (*apud* Busse, 2004) afirmam que essas pacientes têm um nível intelectual acima da média. Nicola (1998) aponta que a cultura exerce um papel muito importante na formação do indivíduo.

Geralmente as pacientes ingerem poucos ou um único tipo de alimento. A família percebe a perda de peso somente muito tempo depois. Além disso, elas não se alimentam na frente da família ou em locais públicos, apesar de comer em pouca quantidade.

As anoréxicas utilizam diversas maneiras para perder peso. Pode-se dividir o transtorno em dois subtipos, conforme Flaherty (*apud* Busse, 2004) classificou: restritiva e bulímica. O primeiro tipo se refere a pessoas que controlam o peso por meio da ingestão de poucas calorias e praticam exercícios em excesso. Já o segundo, são pessoas que provocam vômitos, utilizam laxantes, diuréticos e anorexígenos para emagrecer, após ter ingerido grandes quantidades de alimentos.

Esse tipo de pacientes possui um medo intenso e inexplicável de engordar, mesmo, muitas vezes, sendo extremamente magras. Ao serem indagadas sobre a dieta, elas dissimulam e não assumem o que fazem. Elas não recusam alimentos, mas os escondem como se tivessem comido.

O principal sintoma é a intensa perda de peso acompanhada da recusa alimentar, sem que haja algum distúrbio orgânico. Segundo Lasègue (*apud* Busse, 2004) na anorexia nervosa ocorre a distorção da imagem corporal.

Segundo Bruch (*apud* Busse, 2004) a maior dificuldade no que se refere à percepção é a incapacidade em reconhecer as necessidades nutricionais, sugerindo, assim, falta de consciência corporal.

O transtorno da imagem corporal ocorre não só na anorexia, mas também em outros transtornos alimentares. De acordo com os critérios do DSM-IV para o transtorno, o mesmo é definido como

*[...] distúrbio na maneira pela qual o peso ou a forma corporal de um indivíduo é experienciada, influência inapropriada / excessiva do peso ou a forma corporal na auto-avaliação, ou negação da gravidade do baixo peso corporal atual. (American Psychiatric Association, 1994) (Busse, 2004, p. 144)*

A insatisfação com o peso corporal presente nos transtornos alimentares parece ser um motivador para as práticas que os caracterizam. A principal característica da anorexia nervosa está na recusa em manter-se com o peso acima do normal, em uma tentativa de corrigir o defeito percebido na aparência.

Os efeitos desencadeantes na aparência, o que causa efeito de envelhecimento, podem ser notados pela pele seca e amarelada, cabelos finos e quebradiços, pilosidade

na pele, mesmo a paciente sendo muito jovem. Há também a interrupção do ciclo menstrual. Em exames laboratoriais podem-se encontrar outras perturbações, como a hipocalcemia (em casos terminais é um grande fator para a morte), aumento do espaço dos sulcos e até atrofia cerebral (detectada por meio de tomografia computadorizada) e diminuição da densidade óssea.

Fatores psicológicos e socioculturais têm forte influência no transtorno. Conforme Matarazzo (*apud* Busse, 2004), “a conversão de conflito emocional em sintoma físico seria a hipótese mais plausível para explicar a anorexia nervosa” (p. 46). O transtorno das condutas alimentares seria a expressão de dificuldades psíquicas que os pacientes se encontram.

De acordo com Jeammet (*apud* Busse, 2004),

*[...] a relação com a alimentação é o protótipo do conjunto das relações que são feitas de uma luta ativa contra um desejo de se apropriar daquilo que lhes falta, um desejo de se preencher sem restrição, desejo contra o qual as anoréxicas lutam pela conduta oposta de privação daquilo que, com efeito, têm mais vontade. (p. 119)*

De acordo com Lawrence (1991) a anorexia resulta de um medo da fecundação oral (engravadar pela boca), hipótese levantada por alguns psicanalistas na década de 40. Esta explicação só se aplica às mulheres e, apesar de serem maioria dos casos, existem alguns homens que se encaixam nos critérios diagnósticos do transtorno da mesma forma que as mulheres.

A autora cita a experiência clínica de uma psicoterapeuta, Jane Flax, que trabalhou não só com pacientes anoréxicas, mas também com estudantes universitárias que tinham diversos problemas. A última crê que a causa do conflito existente na vida de diversas mulheres é a necessidade de ter alguém que cuide delas, ao mesmo tempo em que anseiam pela independência. Esse desejo se torna inatingível para algumas mulheres na medida em que o desenvolvimento psicológico se dá na família patriarcal, onde a mulher é a principal alimentadora e cuidadora, e o pai é o símbolo da autoridade.

Essa situação, de acordo com a autora, afeta os relacionamentos que a mãe estabelece com a filha, e sugere que as dificuldades originariam-se da identificação íntima entre as mesmas, de maneira geral; isto é, não somente no caso de anorexia. Como ambas são do mesmo sexo, a mãe tende a ver a filha como “ela mesma”, ao contrário do menino, que é visto como um “outro”. Em virtude desta maior identificação, os conflitos não resolvidos da mãe possivelmente seriam aumentados ao ter uma filha. Além disso, inconscientemente, as mães podem ter receio de dar muita atenção às suas filhas, visto que sabem que elas precisarão aprender a cuidar dos outros e, assim, podem não ter suas necessidades satisfeitas.

A consequência disto pode ser uma maior propensão a ter desejo de voltar ao estado infantil. Se a simbiose não foi adequada, o processo de separação e individuação subsequente será mais difícil para a menina, pois ela não terá uma base firme sob a qual irá se diferenciar. Essa fase se retardará ou será prematura, de acordo com a tentativa de a mesma afirmar alguma autonomia mesmo sem possuir recursos internos para isso.

Segundo Lawrence (1991) em pacientes anoréxicas esses conflitos ficam muito evidentes, mas de forma mais aguda que no relacionamento “normal”. As pessoas que possuem anorexia nervosa desistiram, temporariamente, de fingir que são independentes, visto que demonstram necessidades de sentirem-se acolhidas e vazios interiores que devem ser preenchidos pela atenção da mãe. Paradoxalmente, ao mesmo tempo em que se recusam a alimentar seu corpo e rejeitam que alguém faça isso, sua alma deseja receber cuidados e atenção.

De acordo com Woodman (2002) na anorexia não existe a matriz maternal original. Desta forma, a anoréxica não sabe o que significa “braços sempre disponíveis a acolhê-las durante as crises da vida” (p. 29). Devido a essa privação, elas buscam tentativas violentas para sobreviver. Geralmente as pacientes têm sentimentos ambíguos com relação à mãe e, como não têm consciência desta dualidade e da contradição existente no centro de sua personalidade, de um lado se auto-destroem e, de outro, parecem de apegar à vida. Ao tomar consciência deste mecanismo passam a cuidar para ocultar o conflito verdadeiro atrás de uma máscara passiva e silenciosa.

*“A comida encarna os falsos valores que seu corpo se recusa a assimilar (...) tais corpos se tornam edemaciados, intumescidos, alérgicos, ou recorrem a vomitar aquilo que os envenena. O corpo inconsciente, e certamente o corpo consciente, não tolera a mãe negativa” (Woodman, 2002, p. 32).*

Ainda de acordo com a autora, a mãe negativa é uma substância tóxica, estranha. Seu corpo exige que ela se diferencie dele e, assim, descubra que é uma mulher madura.

Considera-se importante as contribuições de diversos autores, inclusive os citados acima, para auxiliar a reflexão sobre as origens da anorexia. Porém, no presente trabalho, será adotada uma visão sistêmica, e as questões envolvidas na relação da pessoa anoréxica dentro do sistema familiar.

Segundo Fishman (1996) é necessário tratar do adolescente que se encontra com dificuldades dentro do contexto social no qual está inserido. Deve-se considerar a adolescência como uma transformação social, mais do que biológica e, desta forma, ela não existe separada de um contexto social definido. A terapia familiar é uma poderosa intervenção terapêutica para trabalhar com adolescentes, visto que é o ambiente social do qual emergiu.

A família é a fonte dos relacionamentos mais duradouros e que deu suporte financeiro ao adolescente. Ela possui, geralmente, mais recursos para efetuar a mudança. Ao ocorrer uma mudança dentro da família, exerce um forte efeito no adolescente, mais do que se ocorresse em outros sistemas sociais. O jovem é muito vulnerável a mudanças que ocorrem dentro da estrutura familiar. Além de ser afetado pelo contexto familiar, ele também o afeta.

Um outro aspecto da terapia familiar é que vê cada sujeito como portador de facetas funcionais que podem se expressar caso o contexto seja modificado. Essa abordagem também acredita que o problema não está no indivíduo, mas no contexto. Desta forma, mudando esse contexto, podem surgir comportamentos diferentes e mais funcionais.

Um adolescente com problemas em uma família é um sinal de que existem problemas no sistema. Essa situação cria pressões que requerem que o terapeuta fique atento aos demais membros da família.

A terapia familiar modifica padrões de interação disfuncionais entre os indivíduos significativos e as forças sociais na vida da pessoa. O terapeuta tem a flexibilidade de verificar o sistema como um círculo auto-reforçador ou uma reação em cadeia auto-alimentadora, sendo que, em alguns casos, como um círculo vicioso. Assim, o terapeuta pode trabalhar com todas as partes disponíveis do sistema, e transformar ele todo.

A abordagem da terapia familiar dá ênfase na inclusão de todas as pessoas significativas e trabalha as forças sociais contemporâneas que estão auxiliando para a manutenção do comportamento, diferentemente de outras terapias. Trabalhando com isto, o terapeuta pode também observar a mudança e avaliar o sucesso da terapia. Ao passo que todos os membros da família sofrem mudanças, elas tendem a se reforçar e se manter.

## ➤ CAPÍTULO II – ADOLESCÊNCIA E ANOREXIA

Na anorexia está fortemente marcada a distorção da imagem corporal. De acordo com Busse (2004) a auto-imagem é a representação mental que o indivíduo possui de seu esquema corporal. Por meio da percepção de si mesmo o sujeito é capaz de diferenciar-se do meio exterior.

Ao abandonar a conduta anoréxica, geralmente durante o tratamento, podem surgir sentimentos de vazio interior e desamparo, podendo dar lugar a uma fase depressiva. A depressão narcísica caracterizada por esses sentimentos, propicia o retraimento sobre si mesmo e os objetos substitutos que trazem a sensação de existência. Uma visão geral de pessoas com anorexia apontam, ao mesmo tempo, o sofrimento do ego, seus conflitos e tentativas de reorganização psíquica.

A evitação do “contato com o conflito parece ser uma extensão da ligação de apoio narcísico desenvolvido durante a infância com seus pais, essencialmente com a mãe, já que a figura paterna em geral mostra-se inexpressiva ou demasiadamente excitante.” (Busse, 2004, p. 120)

Conforme Jeammet (*apud* Busse, 2004),

*A puberdade e a adolescência vêm deflagrar o conflito que se estabelece entre a salvaguarda narcísica – a identidade, a auto-estima, o sentimento de continuidade – e a linhagem objetual pulsional, ou seja, a apetência relacional e a necessidade de criar relações e investimentos, o que segue o caminho oposto do processo normal de identificação em que a identificação com o objeto de desejo contribui para reforçar a auto-estima, possibilitando ao sujeito apropriar-se das qualidades admiradas nos outros para transformá-las em suas.” (p. 120)*

No transtorno a auto-estima está muito ligada ao peso corporal e à aparência física. Assim, o sentir-se não amado diminui a auto-estima e faz com que manifestações sintomáticas tenham maior probabilidade de ocorrer.

A beleza física e a moda são muito valorizadas em nossa sociedade. A maneira pela qual nos vestimos, maquamos e os enfeites usados permitem a expressão das

imagens do corpo na psique e as imagens psíquicas no corpo. De acordo com Sousa (*apud* Busse, 2004) a construção da imagem corporal é reprimida pelos padrões que a cultura exige em relação à aparência física. As pacientes acabam por ferir o corpo real na busca por um corpo idealizado.

Hudson (*apud* Busse, 2004) relata ter encontrado 15 (quinze) pacientes com associação a transtorno afetivo bipolar ou depressão, dentre as 17 (dezesete) pesquisadas. Segundo Busse (2004) adolescentes deprimidos dizem ter sentimentos depressivos ou apresentam maior irritabilidade e hostilidade. A desesperança e sensação de que nada mudará pode levá-los a tentativas de suicídio. Também podem apresentar, em maior ou menor grau: insônia ou hipersonia, alteração de peso e apetite, perda de energia e falta de interesse em atividades de lazer, isolamento social, intensa sensibilidade à rejeição ou fracasso, baixa expectativa em relação ao futuro e abuso de álcool e drogas psicoativas (estas podem ser uma tentativa para aliviar o sofrimento).

As meninas apresentam sintomas de depressão com maior freqüência do que os meninos, que mostram mais comportamentos inadequados, fogem de casa, realizam roubos e abusam de substâncias. Pensamentos suicidas ou mórbidos ocorrem em todas as faixas etárias. As crianças apresentam exagerados sentimentos de culpa de que merecem ser punidas, ou pensamentos de que seria melhor morrer para que seus familiares não tenham mais trabalho.

Lawrence (1991) relata que encontrou uma semelhança em todas as mulheres com que trabalhou. Ao verificar a situação em que se encontravam quando começaram a ter dificuldades, observou que todas estavam envolvidas em uma luta por autonomia que sentiam-se incapazes de enfrentar. Isto auxilia a explicar a razão pela qual o grande número de casos de anorexia desenvolvem-se na adolescência.

Segundo Busse (2004) o transtorno freqüentemente acontece como uma reação a uma crise de autonomia e independência. A adolescência é a época da vida onde os jovens se deparam pela primeira vez com a chance de conquistar sua independência. É também quando eles começam a questionar sua identidade, a chamada “crise de identidade”, que ocorre em diversas fases da vida. Esta ocorre quando a pessoa sente um grande conflito envolvendo quem ela é enquanto indivíduo e sua posição em

relação às outras pessoas. A identidade é uma noção de si mesmo, que envolve o reconhecimento e a aceitação da singularidade, individualidade, juntamente com o sentimento de pertencimento ao grupo e ser aceito pelo mesmo. Apenas quando o conflito parece ser impossível de ser resolvido é que a pessoa irá lidar com ele, manifestando um sintoma como a anorexia.

Bowen (1991) afirma que na teoria dos sistemas familiares o tema central gira em torno da idéia de um *eu* diferenciado que as pessoas têm, mas que podem-se encontrar indiferenciado, o que significa que possuem um apego emocional em sua família de origem. Existem vários termos descritivos, mas todos se referem ao mesmo fenômeno.

O principal objetivo dessa terapia é auxiliar os membros da família a melhorarem o nível de diferenciação do *eu*. Com base no resultado de investigações acerca do núcleo familiar, a teoria foi desenvolvida. Seus conceitos teóricos apontam as diversas maneiras como seus membros estão em fusão uns com os outros, por mais que digam que estão separados. As relações entre eles estão emaranhadas.

O conceito de diferenciação do *eu* está relacionado com a maneira com a qual o indivíduo vai se diferenciando emocionalmente de seus pais. A criança se separa fisicamente da mãe ao nascer, mas o processo de separação emocional é lento e complicado. Depende mais de diversas características da mãe e de sua capacidade de permitir que a criança cresça se separando dela, do que de características do filho. Muitos outros fatores estão envolvidos, incluindo o processo de separação da mãe com os seus próprios pais, sua relação com seu marido, pais e outras pessoas significativas, e também o estresse que sofre e sua capacidade de suportar a tensão. Com a diferenciação do sujeito, ele desenvolve sua própria autonomia emocional.

Conforme Carter e McGoldrick (1995) é na adolescência que as decisões modeladoras da vida são tomadas, é a partir daí que o jovem terá responsabilidades e compromissos como os adultos. É também nesta fase que a filha fica dividida entre a identificação com a mãe e com o pai. Em alguns casos, torna-se muito difícil para a filha, devido às regras rígidas relacionadas à independência feminina, presente em grande parte das culturas. Elkaim (1998) afirma que é neste período que ocorre a formação da identidade sexual do sujeito.

As demandas do adolescente, ligadas à autonomia e independência, geram mudanças nos relacionamentos entre as gerações. Isso pode reativar questões emocionais e provocar a triangulação. Ao entrar em conflito com um dos pais, o jovem pode fazer com que antigos padrões de relacionamento da origem dos pais sejam repetidos.

De acordo com Fishman (1996) as questões de identidade representam maior conflito com certa frequência. Não é somente o adolescente que luta pela identidade, os demais membros da família também se encontram em mudança. A maturidade do adolescente é alcançada no contexto da progressiva e mútua definição do relacionamento pais-criança. Ao estimular a negociação entre as gerações, o terapeuta familiar tenta intensificar o processo de formação da identidade. Assim, o senso de *self* é construído no adolescente, por meio do processo de confirmar o respeito mútuo.

A terapia familiar busca criar uma renegociação do vínculo, gradualmente, ao contrário das tradicionais concepções da adolescência, onde esta seria um período para romper o vínculo pais-criança. Dá ênfase ao processo de criar com e junto, buscando um relacionamento adequado de apoio a ambas as gerações.

Segundo Carter e McGoldrick (1991) a psicologia desenvolvimental tem procurado adotar uma perspectiva histórica para o ciclo de vida. É necessário devido às transformações que os indivíduos sofrem, seja sob o ponto de vista biológico, seja no social. Por exemplo, os papéis desempenhados e esperados por mulheres e homens jovens (adolescentes) mudaram muito de algumas décadas até hoje.

O significado da família tem mudado muito, visto que ela não está organizada de modo a dedicar quase que exclusivamente seu tempo à criação dos filhos, como ocorria há algum tempo. As mulheres ocupavam posição central no funcionamento da família, mas esse papel mudou. A identidade da mesma era a de mãe e esposa. Atualmente, elas podem delegar tarefas de “mãe” a outras pessoas, o ciclo de maternidade é bem diferente do de suas avós. As mulheres possuem, agora, uma identidade pessoal. Não é de se surpreender que elas tenham tido maiores problemas em estágios do ciclo de vida, devido seu papel fundamental na família e a dificuldade em ter atividades concorrentes fora dela.

Além disso, geralmente são as mulheres que buscam ajuda quando acontecem situações na família como, por exemplo, quando os filhos atingem a adolescência ou diante da morte do marido. São elas que têm responsabilidades emocionais pelos relacionamentos familiares, fatores especiais estressores do ciclo de vida, como, por exemplo, cuidar de parentes mais velhos.

A primeira fase do ciclo de vida familiar, quando o adolescente sai de casa, traça objetivos pessoais de vida e inicia uma carreira, foi negada historicamente às mulheres. Eram seus pais ou maridos que tomavam estas decisões. É o momento em que o jovem irá se diferenciar da família, desenvolver relacionamentos íntimos e estabelecer o eu em relação ao trabalho e independência financeira.

As famílias precisam estabelecer fronteiras mais permeáveis e flexíveis na adolescência dos filhos, para que estes se aproximem e sejam dependentes em momentos onde não são capazes de agirem sozinhos, bem como de se afastarem e experimentarem seus diversos níveis de independência quando estiverem prontos.

As mulheres sofrem mais com as mudanças e instabilidades do que os homens, e são mais vulneráveis aos estresses de ciclo de vida, visto que tem maior envolvimento emocional com as vidas das pessoas que a rodeiam. São mais responsivas às pessoas pelas quais se sentem responsáveis. Além desta sobrecarga de papéis, sentem-se mais sobrecarregadas quando ocorrem estresses inesperados, como doenças, desemprego ou divórcio. É um duplo estresse para as mulheres, pois estão expostas aos estresses de uma rede maior e são emocionalmente mais responsivas aos mesmos.

De acordo com Carter e McGoldrick (1995) a adolescência pode ser um período estressante para as filhas, muitas vezes, devido às rígidas regras que limitam a independência feminina em grande parte das culturas. A mudança do papel feminino pode fazer aumentar as brigas intergeracionais da adolescência nessas culturas, ao passo que as filhas se rebelam contra o papel tradicional onde as mulheres cuidam dos pais e irmãos, e posteriormente dos filhos e marido.

### ➤ **CAPÍTULO III – FAMÍLIA E ANOREXIA**

De acordo com Palazzoli (1998), a hipótese para a anorexia nervosa é que “o sintoma anoréxico só pode emergir no ponto de confluência de um número coerente de fatores” (p. 214). Eles dividem-se em duas categorias: especificidades da cultura ocidental e o processo das interações na família.

A anorexia seria uma síndrome da sociedade atual, onde há aspectos presentes na cultura que parecem ser indispensáveis ao surgimento do comportamento anoréxico. Esta hipótese está baseada na situação dos países de Terceiro Mundo, onde há escassez de comida, e não há casos do transtorno na literatura médica. Por outro lado, no Japão, por exemplo, há um alto índice de casos de anorexia nervosa. Neste país há abundância de comida, sendo até mesmo imposta, o que parece ser um co-fator social primário. Associado a isto está a moda, que cultua a magreza, especialmente a feminina. Disseminada fortemente nos meios de comunicação em massa, acaba gerando nas garotas o sentimento de que estão acima do peso, e acabam fazendo dietas para emagrecer.

Além destes dois fatores socioculturais tem outros dois, relacionados a subcultura sociofamiliar. Os filhos saíram de uma posição mais ou menos periférica e passaram a ocupar um papel central na família. A importância do cuidado com os filhos se tornou muito grande, até mesmo havendo discriminação para o “mau pai”. O outro fator é a extensão da fase de dependência dos filhos em relação aos pais, o que acaba por adiar a fase dos mesmos assumirem suas responsabilidades.

Segundo a autora, o casal estabelece um jogo, onde um provoca o outro, não obtendo uma resposta apropriada. As reações dependem da tática escolhida no jogo do casal. Geralmente o marido é silencioso e engole tudo, não impedindo que a mulher seja controladora, implicante e invasiva. A mulher é percebida como vítima, mas ao mesmo tempo provocadora, pois além de deixar claro o seu grande sofrimento sabe conquistar vitórias que o marido tem que tolerar.

O processo interativo familiar que acaba desembocando no comportamento anoréxico compõe-se de seis etapas.

A primeira etapa é esse jogo do casal parental, onde, no impasse, os membros das famílias extensas estão envolvidos em quase todos os casos.

Na segunda etapa, ocorre que a filha que irá desenvolver a anorexia está envolvida no jogo dos pais de maneira precoce. Esta etapa se subdivide em duas outras, no que diz respeito às modalidades do envolvimento. Uma onde a filha que desenvolverá o transtorno é muito ligada à mãe (ainda que raramente a estime), que lhe faz confidências, e acaba que se compadece da mãe e compartilha o ponto de vista relacional. A filha sente que possui uma superioridade moral em relação aos demais, e se posiciona como uma pessoa irrepreensível e que tem privilégios nas relações com a mãe. A outra é onde a filha sempre foi a favorita do pai, que a julga semelhante a ele e valoriza algumas de suas qualidades. A mesma admira o pai, e o considera superior à mãe, além de não concordar com a maneira pela qual é tratado pela mãe. Em ambas a filha não está do lado de nenhum dos pais, mantém-se em uma posição equidistante.

Na terceira etapa a filha atinge a adolescência, onde ocorrem fatos decisivos que mudam a percepção que a mesma possuía do pai, ou a aproximam mais ainda para perto dele. A filha sente-se em conluio com o pai, como vítima, contra a mãe, que é pouco sincera e mesquinha.

A quarta etapa é caracterizada por um intenso período de mal-estar relacional, e é onde ocorre a dieta. A filha, futura paciente, sente-se abandonada pela mãe e instigada pelo pai, e necessita diferenciar-se dela, devido à aversão de ficar parecida com a mãe. Decide, então, se adequar ao modelo que a moda sugere, e não mais ao de sua mãe, na tentativa de se tornar autônoma e sentir-se melhor socialmente. Por outro lado, a dieta pode ser um desafio à mãe, como um protesto. A decisão freqüentemente é precedida por certos comportamentos específicos da mãe que magoaram a ela ou ao pai. Quando a redução alimentar inicia, ela “se desenvolve rapidamente num protesto mudo e numa negação da mãe” (p. 218). Em ambos, consideram sua decisão um sinal de que desejam mudar. A atitude do pai ativa o recurso à greve de fome, sendo que a filha o julga como covarde e incapaz de seguir seu exemplo. Ele não aprova os excessos da mulher, porém, não se apodera da liderança que sua filha lhe oferece silenciosamente.

*“Ao contrário de suas expectativas, a redução alimentar insere, na tríade mãe-pai-filha, uma espiral interativa que reforça o jogo parental e, conseqüentemente, a sensação que a filha tem de estar enredada” (p. 218).*

Na quinta etapa a filha se sente traída por seu pai. Ocorre a transformação dos sentimentos que tinha em rancor e desprezo e desespero, às vezes. Sua alimentação fica muito escassa, é desta forma que mostrará à mãe e ao pai o que é capaz de fazer.

Na sexta etapa a paciente percebe o enorme poder que seu sintoma lhe dá, o que permite que reconquiste a ilusória posição de privilégio que desfrutou na infância e adolescência. “Freqüentemente, ela amarra a mãe a si mediante um vínculo pseudo-simbiótico que mascara a hostilidade e o controle”.(p. 219).

Segundo Carter e McGoldrick (1995), a família possui papéis e funções, mas o principal valor são os relacionamentos, que são insubstituíveis. Se ocorrer de um progenitor ir embora ou morrer, uma outra pessoa pode preencher uma função paterna, mas jamais irá substituir o progenitor nos aspectos emocionais.

De acordo com os autores, a influência da família não compreende apenas os membros de uma certa estrutura doméstica ou dado ramo familiar nuclear do sistema, mas sim, todo o sistema emocional de pelo menos três ou quatro gerações. Apesar do padrão americano dominante de famílias nucleares separadamente domiciliadas, estas são subsistemas emocionais, que reagem a relacionamentos pretéritos, presentes e antecipando futuros, dentro do sistema familiar maior de três gerações.

As pessoas não escolheram nascer dentro de um determinado sistema, assim como os pais, após o nascimento dos filhos, não optam por responsabilidades paternas, mesmo que as negligenciem. Ou seja, não se entra em um relacionamento familiar por escolha. Mesmo o casamento, que é uma opção, onde se tem a liberdade de casar com quem deseja, se acaba, continuam sendo reconhecidos como “ex-cônjuge”. “As pessoas não podem alterar o fato de serem relacionadas a quem são na complexa teia de laços familiares ao longo de todas as gerações”. (p. 10)

Hoje em dia muitas vezes a pessoa se comporta como se tivesse escolha sobre esta questão quando, na verdade, possui pouca. Ocorre o rompimento de relações devido os conflitos que surgem ou porque consideram não ter nada em comum. Agindo

desta forma, “o fazem em detrimento de seu próprio senso de identidade e da riqueza de seu contexto emocional e social”. (p. 10).

Lawrence (1991) afirma que muitos autores sugerem que as “causas” para a anorexia estão na família, enquanto outros observam que determinados padrões de comportamento familiar podem desencadeá-la, o que torna mais difícil para a pessoa que possui o transtorno não apresentar mais os sintomas.

A autora considera injustas e levianas as abordagens que buscam culpar as famílias e fazê-las se sentir desta forma, visto que não fornece uma análise da família em si. A “família” é o grupo de adultos e crianças que dividem o lar com a pessoa anoréxica, onde, em nossa cultura, o pai é a figura de autoridade e a mãe é quem alimenta e cuida. Esse padrão provoca conseqüências para as mães e filhas.

A mesma diz que “segundo o argumento que culpa as famílias pela anorexia das filhas, estamos realmente nos referindo à família no seu papel de nutridora – isto é, às *mães*” (p. 61). Isto leva a crer que a autora não concorda com a idéia de que na anorexia o que é muito marcante é a relação da filha com sua mãe, diferentemente de outros autores. Por outro lado, a mesma comenta que “lendo este capítulo, é bom lembrar que por trás da palavra ‘família’ oculta-se a palavra ‘mãe’” (p. 62). Vê-se, portanto, uma certa contradição, pois ao mesmo tempo em que não concorda em “culpar” a mãe pela anorexia da filha, ela própria utiliza no vocabulário o termo “família”, mas sendo que por trás, é “mãe”.

Expõe que as mães comentam com ela que os médicos e enfermeiras as fazem sentirem-se responsáveis. Ao se mostrarem preocupadas com as filhas, isso é encarado como intromissão e interferência no tratamento. Uma delas chegou a ouvir de uma pessoa que trabalhava no hospital que era exatamente essa superproteção que levou a filha àquele estado. Relata que “é fácil, quando se está distante, ver que um tal comentário só pode ser proveniente da insensibilidade e da pura ignorância. Ter essa perspectiva quando o alvo somos nós mesmas é muito mais difícil” (p.61), e que “culpar a família é provavelmente a atitude menos salutar que um terapeuta pode ter, não significa que as famílias não estejam envolvidas no problema. [...] a família é nosso caminho direto para o mundo social” (p. 61).

Lawrence (1991) afirma que encontrou uma semelhança no quadro das mulheres com quem trabalhou. Ao reconstruir a situação em que estavam na época em que começaram a ter dificuldades, descobriu que estavam envolvidas em uma luta por autonomia, a qual sentiam-se incapazes de enfrentar. Isto ajuda a explicar o porque o desenvolvimento da anorexia ocorre em maior parte na adolescência. Esta fase é onde pela primeira vez o jovem tem a possibilidade de conquistar sua independência, e é também quando começam a questionar sua identidade. Pode-se dizer que a “anorexia frequentemente ocorre como uma reação a uma crise de autonomia e independência” (p. 56).

A autora fala, ainda, que é comum as mães das filhas anoréxicas as descreverem como “jamais deram preocupação até que isso aconteceu”, “a única da família que nunca me criou problemas” (p. 55). Essas filhas não desenvolveram bem a noção de si mesmas enquanto indivíduo, pois sempre aceitaram as definições alheias sobre elas e nunca formaram as próprias. Muitas dificuldades que as crianças e adolescentes causam dentro da família são reflexo do seu processo de independência. Tem um sentido muito grande na necessidade de lutar contra as idéias e valores dos pais para que se desenvolva os próprios.

Palmer (*apud* Lawrence, 1991) sugere que a pressão familiar que gira em torno no sucesso pode contribuir para o transtorno, e ocorre com maior freqüência nas classes A e B. A anorexia atinge especialmente mulheres jovens de classe média, ocorrendo principalmente nas classes média e alta.

Lawrence (1991) realizou um trabalho com mulheres anoréxicas assistidas em uma agência de aconselhamento voluntário e no Serviço de Saúde, onde “sugere que a literatura pode ter confundido classe social com nível de instrução” (p. 57). Observaram que quase todas possuíam um bom nível de escolaridade, independentemente de ser de classe média ou não. Isso se deve ao fato de que na nossa sociedade geralmente as pessoas de classe média têm maior chance de ter êxito nos estudos do que pessoas de classes mais baixas. Desta forma, há uma tendência em confundir o sucesso educacional com o *status* de classe média.

Na amostra foi observado, também, muitos casos em que pessoas de classe social mais baixa foram as primeiras pessoas da família a atingir um bom nível de

escolaridade. A outra hipótese é que mulheres que vêm de ambientes onde não era estimulado o êxito nos estudos possuem maior probabilidade de desenvolver a anorexia caso obtenham sucesso. Portanto, a autora afirma que as mulheres que desenvolvem o transtorno geralmente têm um alto nível intelectual e quase sempre são vistas desde cedo como vencedoras.

Para complementar a idéia de que mulheres instruídas têm maior propensão de desenvolver anorexia a autora recorre à idéia de identidade, com foco no conflito e confusão de identidade que são causados pelo sucesso nos estudos. A mesma diz que, embora na sociedade a idéia de oportunidades iguais para homens e mulheres seja muito defendida, os jovens não são preparados para a experiência do sucesso profissional e a independência. As garotas não são educadas da mesma forma que os garotos. Isso significa que os pais estimulam diversas tendências nos filhos e filhas.

Um relato que a autora descreve é a de uma anoréxica que diz que não suportaria ser como sua mãe, mesmo a mãe sendo merecedora de admiração. Emagrecer é uma maneira de lidar com a depressão. Ao sentir-se confusa e infeliz, a mulher tende, muitas vezes, de colocar a culpa em suas imperfeições físicas. Ela, então, emagrece, buscando a perfeição física, o que “lhe dará um sentido autêntico de si mesma, pelo menos no momento” (p. 60).

De acordo com Lawrence (1991),

*“A anorexia é a expressão paradoxal dos dilemas enfrentados pela mulher instruída. Por um lado, a capacidade de emagrecer e exercitar um autocontrole tão rigoroso é sinal de força e poder interior. Por outro, a mulher anoréxica, com sua fragilidade infantil, expressa no fato de que ela não está pronta nem é capaz de assumir as confusas responsabilidades de ser independente”.* (p. 60)

Quando a criança se recusa a comer, os pais ficam alarmados, e tentam de todas as formas convencê-los a se alimentar. Os truques podem ser tanto de sedução e adulação quanto raiva e insistência, mas nada que os pais fizerem irá adiantar. Ao atingir seu objetivo, a criança volta a comer. Esse objetivo envolve a criança ser o centro das atenções, e os pais reagindo contra a atitude do filho dando atenção, e

tentando de todas as formas convencê-lo a comer, reforça a recusa de filho de se alimentar.

No caso de uma filha com anorexia os pais recebem a mesma orientação, ou seja, não reagir em excesso, não se importando muito. Apesar disto, é diferente lidar com esta do que com uma criança, onde sabe-se que tem uma certa irracionalidade, isto é, a criança está representando algo, e não raciocinando sobre aquilo. Já uma adolescente, que até então possuía um relacionamento bom e sensato com seus pais e, de repente, acontece a situação de passar a recusar-se a comer, os pais ficam sem saber o que fazer.

A filha diz que não tem problema algum, que está se alimentando o suficiente, e fica irada quando os pais a ficam questionando. Passa, então, a dissimular e a mentir com facilidade a respeito do quanto está comendo. A obsessão anoréxica vai além da própria alimentação da adolescente. Ela torna-se muito interessada na alimentação dos demais membros da família, e fica os estimulando sempre a comer mais. Apresenta um desejo obsessivo em alimentar os outros. Isto é devido tanto pela preocupação com a comida (especialmente os que se recusa) quanto pelo fato de que ao cozinhar para os outros, satisfaz em parte sua necessidade de relacionar-se com a comida. Além disso, tem a tranqüilidade de que todos comem mais que ela.

Em relação ao próprio peso e aparência, parece que as anoréxicas perdem o contato com a realidade. Deixam de ter um padrão objetivo para se comparar. Não adianta todos dizerem que está magra demais, que necessita comer mais e perguntar seu peso. Isso é recebido como uma ofensa, ou então, “gentilmente esclarecidos de que está tudo sob controle e que eles estão se preocupando à toa” (p. 64).

Os pais relatam que a mudança de comportamento não foi só em relação à comida, mas houve também uma mudança de personalidade. Muitas meninas que eram dóceis, obedientes e alegres na infância, e que não tinham hostilidade com os pais, quando se tornam anoréxicas, passam a ser mal-humoradas, exigentes e teimosas. O aparecimento dos sintomas lhes oferece algo por que lutar. Às vezes, esse comportamento é antigo, mas os pais preocupados e confusos não percebem, parece que é uma mudança brusca.

De acordo com Boscolo e Colaboradores (1993), Paul Watzlawick, Don Jackson e Janet Beavin, autores do livro *Pragmática da Comunicação Humana*, notaram o erro da abordagem psicodinâmica, que via o indivíduo “o ‘continente’ da patologia, e consideravam que, nesta visão, ignoravam-se as contribuições do contexto relacional” (p. 18), especialmente o mais importante, a família, onde ocorriam os problemas do comportamento. Formularam a pergunta de que se ao mudar os padrões de interação familiar, mudaria também os problemas do comportamento.

O grupo formado em Milão, composto por Selvini, Boscolo, Guilana Prata e Cechin, trabalhando com a estrutura sistêmica, funcionou como equipe terapêutica na década de 70. Em suas sessões, ao apresentar a intervenção para a família, ofereciam a conotação positiva da situação-problema ou prescreviam um ritual relacionado à mesma situação. Ambos tinham a introdução de mudanças como função.

A conotação positiva trata-se “de uma mensagem através da qual o(s) terapeuta(s) indicam à família que o problema é, no seu contexto, lógico e significativo” (p. 18). Frequentemente a consideram como equivalente à estratégia de recomposição positiva (oferecendo um bom motivo para o comportamento negativo, por exemplo), mas se aproxima mais da reestruturação da consciência do terapeuta.

A equipe de Milão notou que, apoiando o sintoma, estariam conotando negativamente a visão anti-sintoma dos demais membros da família. É como se fosse preciso “apontar um culpado, mas, ao inocentar-se o membro sintomático, os outros membros da família poderiam se sentir culpados” (p. 22). Isto seria “a tirania do condicionamento lingüístico da causalidade linear ocidental” (p. 22).

A função mais básica da conotação positiva é possibilitar ao terapeuta o acesso ao modo sistêmico. Ela é dirigida “às tendências de automanutenção do sistema como um todo” (p. 22), e não somente a uma determinada pessoa. O terapeuta considera o contexto social e a homeostase (ou algum aspecto relacionado a ela) para prescrever um sintoma. Desta forma, a necessidade que a família tem de resguardar seu equilíbrio é respeitada e o risco de apresentar maior resistência à mudança diminui. A idéia da conotação positiva é uma evidência do surgimento da consciência sistêmica não linear.

O ritual é uma espécie de ordenamento de certos comportamentos da família, de acordo com certos dias ou horários determinados. Ou seja, o terapeuta prescreve

determinado comportamento em dias e/ou horários específicos. As cerimônias são direcionadas aos duplos vínculos comunicacionais com membros envolvidos uns com os outros. Faz com que a interação seja colocada em uma seqüência de diretivas conflitantes e simultâneas. Segundo Bateson (*apud* Boscolo e Colaboradores, 1993), “quando se introduz tempo no paradoxo, ele desaparece” (p. 31).

No que se refere à teoria da patologia, o grupo se baseava nas idéias de Bateson, onde este focalizava a modalidade comunicacional no duplo-vínculo. Assim, a descrição do problema central que as famílias com um membro esquizofrênico tinham era a de uma epistemologia errada, onde um membro poderia controlar os relacionamentos, de forma unilateral. Essa noção é linear, isto é, há uma causalidade unidirecional, e como a interação entre os membros é circular ou recíproca, verifica-se que é incorreto e leva a um círculo vicioso. Há um paradoxo na oscilação que ocorre entre as posições de “ganhar’ e ‘perder” (p. 19), visto que quando uma pessoa tenta controlar a outra, esta se sente ameaçada, e buscará assumir o controle. Estabelece-se, assim, um jogo interminável, onde nenhum ganha ou perde claramente.

Conforme Bateson (*apud* Boscolo e Colaboradores, 1993), “é provável que a tentativa de encontrar a mudança em uma determinada variável, localizada quer seja no eu ou no ambiente, não leve em conta a compreensão da rede homeostática que circunda tal variável” (p. 23). O que ocorre é uma perturbação do sistema, que irá reagir em termos de sua própria estrutura. Assim, as intervenções não são apontadas para algum determinado resultado, e sim, levam o sistema a resultados imprevisíveis.

Uma outra questão que está envolvida na anorexia é o segredo. Segundo Imber-Black (1994) freqüentemente as origens da vergonha, estigma e medo da revelação e separação da família estão no próprio conteúdo do segredo, alimentando o processo da manutenção do mesmo.

O autor trata o transtorno alimentar como doença psicossomática, ao mesmo tempo em que diz que os padrões de interação nas famílias onde o transtorno está presente são “o berço para a formação dos jejuns, comilanças e purgação” (p. 167). Como o foco do presente trabalho está nas relações familiares que circundam o transtorno, a visão de doença psicossomática não é considerada como ponto relevante.

No entanto, serão abordadas as contribuições do autor acerca do segredo na família, mas antes é importante apontar a maneira como o mesmo se refere aos transtornos.

De todos os tipos de segredos nas famílias e casamentos, o segredo da doença psicossomática parece ser o mais paradoxal e difícil de tratar. Além disso, com essa doença, a família se depara com a situação de que o membro sintomático não sabe o porque do seu problema, não aparenta doença e possui poucas idéias a respeito do problema ou da solução do mesmo.

Os sintomas psicossomáticos são uma metáfora do sofrimento daquele que os possui sobre uma questão pessoal indefinida. Ficam mais intensos de acordo com o nível de estresse das circunstâncias de sua vida. Isso é muito claramente visto nos transtornos alimentares. As pessoas que os possuem mostram confusão sobre a aceitação de sua própria aparência, valor, importância das necessidades, motivações pessoais, objetivos e importância para os outros.

As famílias apresentam uma enorme dificuldade em promover, tolerar e integrar diferenças individuais na família nuclear como um todo. As disfunções subjacentes e escondidas na família podem ser mais bem entendidas ao analisar a dinâmica sob os aspectos de separação, diferenciação, conflito e auto-expressão.

De acordo com Imber-Black (1994), Palazzoli “anunciou uma *teoria do engano*, isto é, comunicações paradoxais e indiretas que obscureciam as diferenças individuais e evitavam o claro posicionamento e o conflito construtivo” (p. 168). A ausência de posições claras definidas acerca de importantes conflitos familiares, efeitos indiretos do sofrimento da anoréxica sobre o funcionamento na família e a maneira como a mesma se mostrava íntima e protetora de ambos os pais (e não de um só deles), eram características comuns encontradas pela autora nas famílias. O grupo de Minuchin desenvolveu uma “*teoria do déficit*, para explicar a anorexia, descrevendo problemas de limites, fraco manejo do conflito e fraca tomada de decisões nas díades parentais e unidades familiares de adolescentes jovens” (p. 168). Observaram que na maior parte das famílias de anoréxicas havia uma forte fusão entre um dos pais ou ambos e a filha.

Segundo o autor, “os significados relacionais por trás da auto-inanição e da purgação, a história sob a ‘doença’ enganadora e ilusória, contêm a chave para o tratamento da inanição e da bulimia” (p. 169).

Além da interação familiar, existe a questão da auto-inanição no contexto social, em uma cultura voltada para o consumo, patriarcal e rica. Nessas culturas, onde se encontram a maior parte das sociedades industrializadas e de alta tecnologia, são exigidas da mulher tarefas complexas e até impossíveis para que obtenham aprovação social. Em resumo, existe uma comunicação secreta por trás dos transtornos alimentares no que diz respeito ao descontentamento da mulher quanto às opções sociais que possui para a auto-expressão e trabalho significativo.

Conforme Imber-Black (1994),

*“Os comportamentos alimentares fisicamente expressados, autocontidos, não-verbais e internamente nocivos são mecanismos poderosos para a alteração no estado de consciência de uma pessoa e para impulsionar sua família para certas áreas de conscientização, em vez de em direção a outras”* (p. 170).

De acordo com Bruch (*apud* Imber-Black, 1994), mulheres que possuem transtorno alimentar não sabem como se sentem diante acontecimentos ou questões específicas, freqüentemente. A falta de uma linguagem para compartilhar seu mundo interno e afetivo, isto é, a incapacidade em descrever o estado interno antes, durante e após o comportamento alimentar perturbado, chama-se alexitimia.

Os psicoterapeutas dinâmicos reduzem o contexto da alexitimia “para um conflito interno ativo entre as reações emocionais e crenças aprendidas de que essas reações são inapropriadas, inaceitáveis ou injustificadas” (p. 170). Outros teóricos especularam que essas mulheres apresentam falta de confiança na confiabilidade e validade dos seus sentimentos.

Há clientes que, sob pressão persistente, falam seus pensamentos e sentimentos, mas evitam fazer isso. Elas suprimem idéias e reações controversas, mas facilmente discutem questões de outras pessoas ou sem carga emocional. Essas clientes mantêm um segredo de si mesmas. “É como se elas próprias representassem uma ameaça aos relacionamentos estabelecidos e expectativas sociais, se ‘saírem da linha” (p. 171). Algumas feministas dizem que essa supressão do *self* está relacionada à socialização opressiva das meninas.

Isto é coerente com o fato de que as anoréxicas não gostam de falar sobre elas ao serem questionadas pela família sobre o que está ocorrendo (ao serem notados os primeiros sintomas). Quando isso acontece, dizem somente que não estão com problema algum e chegam a ser agressivas quando há insistência, conforme descrito anteriormente.

Segundo Imber-Black (1994) há três níveis de segredo na anorexia e bulimia: segredos culturais, do relacionamento e internos. Ocorre uma complexa interação nos esforços que a mulher faz para se enganar, enganar sua família e o engano social, no que diz respeito às competências das mulheres.

## ➤ **CAPÍTULO IV – TRATAMENTO DA ANOREXIA**

Segundo Fishman (1996) a adolescência advém de forças sociais que operam na cultura, e deve ser considerada a partir de seu contexto social. Assim, o tratamento dos problemas associados à adolescência também deve englobar esse contexto, ou seja, deve ser uma terapia contextual. De modo contrário, ocorreria o que Bateson (*apud* Fishman, 1996) afirma: “nós gastamos nossas energias tratando o *nome* do problema e não o contexto que o cria e mantém” (p. 6). Portanto, não se deve ter o foco no nome da dificuldade, mas sim no contexto social que criou e mantém o problema.

A terapia familiar é a intervenção terapêutica mais poderosa para trabalhar com adolescentes. A família, conforme dito anteriormente, é de onde o jovem emergiu, e é também a fonte dos relacionamentos mais duradouros. Frequentemente é de onde se têm mais recursos para efetuar a mudança.

O terapeuta pode examinar o sistema como um círculo auto-reforçador, até mesmo como um círculo vicioso, ou uma reação em cadeia auto-alimentadora. Na causação circular o terapeuta tem a possibilidade de entrar em qualquer parte do sistema, trabalhar com elas e, eventualmente, transformar todo o sistema. Ao entrar no sistema, ele pode romper o padrão circular e promover mudanças nos membros da família.

Ackermam (1986) acrescenta que a abordagem de terapia familiar inclui todas as pessoas significativas e tenta trabalhar com todas as forças sociais que mantêm o comportamento. Lida com padrões sociais que o terapeuta pode trabalhar, observar a mudança e no desenrolar da terapia pode avaliar o seu sucesso. Além disso, conduz à rápida melhora dos sintomas.

Esse tipo de terapia também traz a idéia de que o indivíduo mostra facetas de seu *self* em cada contexto em que atua. Desta forma, o problema não está nele, mas no contexto que, se mudar, comportamentos diferentes e mais funcionais podem surgir. A abordagem em questão é diferente de outras que procuram a doença no indivíduo. Acredita que pode-se transformar o contexto, buscar o melhor das pessoas e intensificar as interações sociais, de modo a permitir que as pessoas funcionem com toda a capacidade possível.

Além de provocar mudanças no indivíduo com dificuldades, a terapia familiar também transforma os demais membros do sistema familiar, pois todos são envolvidos no tratamento. Envolvendo as pessoas significativas na vida do jovem, as mudanças tendem a se manter, pois não é somente o indivíduo que está sendo trabalhado. As mudanças mútuas tendem a reforçar-se e se manter. A família é vista como um facilitador para a cura.

De acordo com Carter e McGoldrick (1995) quando estão passando por problemas, as famílias não têm uma perspectiva temporal. “Elas geralmente tendem a magnificar o momento presente, esmagadas e imobilizadas por seus sentimentos imediatos; ou elas passam a fixar-se num momento futuro que temem ou pelo qual anseiam” (p. 13). Perdem a consciência do contínuo movimento da vida, desde o passado e para o futuro, transformando continuamente os relacionamentos familiares. A terapia pode ajudar quando esse senso de movimento é perdido ou distorcido, devolvendo “o senso da vida como um processo e movimento desde e rumo a” (p. 13).

Segundo Lawrence (1991), geralmente são as mães que buscam a ajuda e tratamento inicial. Frequentemente encontram-se em um estado de ansiedade aguda, no que diz respeito à forma de conduzir a situação e quanto ao futuro provável de suas filhas. Se é um problema antigo, que ocorre há muito tempo, elas sentem-se deprimidas e exauridas em seus recursos. Assim, não se pode deixar de lado essas famílias perturbadas, lutando pela sobrevivência e superação de suas dificuldades.

As famílias observadas em tratamento, quando um membro se tornou anoréxico, estão vivendo sob um estresse quase insuportável. Toda observação sobre as mesmas e seu comportamento deve ser avaliada sob essa luz. Profissionais do campo da saúde mental consideram ser muito difícil manter a coerência ao trabalhar com mulheres anoréxicas. No caso das famílias, isso é impossível.

Antes de aceitar “generalizações sobre a psicologia dos ‘pais anoréxicos’” (p. 65) ou alguma suposta teoria acerca da interação nas “famílias anoréxicas” (p. 65), deve-se perguntar como uma família pode se comportar normalmente vivendo com uma mulher que insiste em morrer de fome diante de seus olhos.

Não é útil acusar os pais da doença da filha, pois além de criar resistência, eles têm para si que não fariam nada que prejudicasse a filha, só desejam o melhor para

ela. Ackermam (1986) também considera que a família deve ser engajada no tratamento, a postura do terapeuta deve ser no sentido de aproximar-se de uma compreensão acerca da mesma, e não uma atitude contra ela, com pressuposições quanto à culpa. A família é um elemento crucial para o processo de cura.

Tanto a terapia familiar quanto a individual são úteis no tratamento da anorexia. Depende das circunstâncias em que se dá o distúrbio. Cada caso é diferente do outro, as situações em que surgem os sintomas anoréxicos são diferentes. Há elementos em comum, incluindo a dificuldade do indivíduo em se perceber como livre e autônomo, e de manter essa noção. Em alguns casos as famílias estão muito envolvidas nessa dificuldade. Trabalhando-se a partir de situações, e não de teorias prontas, a chance de erro será muito menor.

A autora descreve dois objetivos de quem irá receber o tratamento, para ter uma boa recuperação: “um é salvaguardar seu bem-estar físico, garantir que você vai sobreviver. O outro é capacitá-la a ter uma certa compreensão do que está por trás de sua dificuldade de se alimentar, e a descobrir soluções diferentes para ela” (p. 77). Relata que esses objetivos são compartilhados pela maioria dos autores como sendo indispensáveis para o sucesso da recuperação.

Entretanto, existem pontos em desacordo quanto à relação entre eles, e quanto à importância do aumento de peso em oposição à compreensão e mudança de atitude. Durante a fase anoréxica a mulher fica doente, podendo chegar à morte. Em casos onde não se consegue manter um nível mínimo de saúde física, deve-se ter os primeiros socorros nutricionais, inclusive a internação hospitalar.

Neste momento o terapeuta não tem muito o que fazer, por mais experiente ou talentoso que seja. Bruch (*apud* Lawrence, 1991) afirma que entre 40 a 43 quilos é o peso mínimo necessário para que a mulher mantenha suas funções e, então, possa usar a psicoterapia. Mas o que importa é a mulher estar fisicamente bem o suficiente para ser capaz de pensar e tentar resolver suas dificuldades, e não a rigidez de atingir determinado peso ideal.

O aumento de peso não é a solução para os problemas reais. Segundo Lawrence (1991), “assim como a origem da anorexia não está na perda de peso, a cura do distúrbio também não está no seu ganho” (p. 102). Deve-se aprender a lidar com a

vida de maneira mais satisfatória, fazer com que a mulher tenha um controle adequado e sensato de sua vida, e isto precisa ser colocado em prática no tratamento. Não é uma tarefa fácil, pois o pensamento da anoréxica está comprometido. São objetivos mais a longo prazo, mas a maneira como a paciente é acolhida e tratada desde o início do tratamento são muito importantes.

A idéia de um peso ideal ou alvo tem se tornado cada vez mais popular nos últimos anos. Não se pode dar muita importância ao peso em si, pois “é cometer um erro fundamentalmente ‘anoréxico’; trata o peso como possuidor de uma qualidade mágica, permitindo que os números da balança substituam a realidade” (p. 78). Este problema ocorre com todos os tipos de tratamento que impõem normas rígidas para engordar. Apesar de que recuperar o peso é necessário para garantir a sobrevivência, ele não é a solução para o problema da anorexia.

Uma queixa comum que as anoréxicas e suas famílias apresentam é justamente o foco quase exclusivo no aumento de peso do tratamento que recebem. Bruch (*apud* Lawrence, 1991) diz que caso seja preciso haver hospitalização, deve ser feita em unidades especiais, com uma equipe qualificada e experiente. Mas a grande maioria das mulheres não é tratada assim. Torna-se, portanto, “muito difícil generalizar acerca de formas ‘padrão’ de tratamento” (p. 79).

Nem sempre a anorexia é tratada em instituições psiquiátricas. Visto que normalmente a mulher é encaminhada para um clínico, depende deste decidir onde e quando a pessoa deve procurar uma ajuda mais especializada. Esse tratamento às vezes pode atingir bons resultados. Uma reação muito exagerada pode ser desastrosa. Caso a mulher seja capaz de procurar ajuda sozinha, na fase inicial, o resultado provavelmente será bom.

Muitos clínicos tentam solucionar o problema, inicialmente. Isso é muito comum, especialmente nos casos onde o médico conhece a paciente ou a família há muito tempo e, sinceramente, não são capazes de acreditar que “aquela menina tão sensata que ele conhece possa estar precisando de cuidados especiais” (p. 79).

Se a ajuda do clínico geral não gerou bons resultados, é porque os sintomas eram muito graves e problema se complicou muito, ou então porque o médico não teve tempo. “Orientar mulheres anoréxicas é algo que leva tempo, e não é de se estranhar

que muitos profissionais de saúde considerados ‘linha de frente’ sejam incapazes de ir até o fim” (p. 79).

Bruch (*apud* Lawrence, 1991) não concorda com os métodos utilizados na modificação do comportamento, que foi moda nos anos 70 e é muito usada hoje em dia. Trata-se da tentativa de forçar que a pessoa se alimente através de prêmios, uma técnica onde se retiram “privilégios” como ver a família, falar com pessoas (até mesmo enfermeiras), ler livros, assistir televisão, etc., para forçar as pessoas a engordar. Desfrutar de tudo isso dependia do quanto ela engordava.

Tendo em mente os conflitos internos que a mulher anoréxica vivencia, não é difícil imaginar o quão destrutivo é esse tipo de abordagem. A anorexia é uma tentativa de manter o controle, um sintoma de que a mulher pensa que sua vida não lhe pertence. Acha que é capaz apenas de limitar a alimentação e continuar emagrecendo. Seu lado forte, bom e digno é capaz de controlar o peso e a tentação de fraquejar e comer. “Forçá-la a engordar é o mesmo que arrancá-la da segurança do seu refúgio; o único aspecto da vida com o qual ela se sente realmente comprometida lhe é subtraído. O sentimento de perda é enorme” (p. 82).

Somente após a recuperação as mulheres com anorexia conseguem expressar seu grande sofrimento físico e emocional diante da fome, enquanto que durante a fase anoréxica dizem que não têm apetite.

Desta forma, o tratamento que tenha o foco somente no ganho de peso como caminho para a cura acaba por fazer com que a mulher sinta um total fracasso. Assim como ela odeia o seu novo corpo gordo, o vê como sinal de sua fraqueza e estupidez. Portanto, esse tipo de tratamento é inútil. Isso pode ser visto no fato de que muitas mulheres são hospitalizadas para engordar e, ao atingir determinado peso, são liberadas, retornando pouco tempo depois com os mesmos problemas, e muitos quilos a menos.

É freqüente “acontecer que o corpo da mulher tratada no hospital se torne objeto de disputa entre ela mesma e as pessoas que tentam ‘tratar’ dela” (p. 83). Quase sempre é vista como teimosia a vontade de não engordar diante de tanta insistência. Isso ajuda a reforçar as tentativas de vencer isso. A mulher se sente invadida, incompreendida e maltratada, e acaba recorrendo às dissimulações e mentiras em seus

esforços para não ceder. Há mulheres que, após recuperar-se de uma fase anoréxica dizem que saíram do hospital pior do que entraram, aprenderam a enganar os outros, e geralmente lembram-se disto com vergonha.

As pessoas que sofrem de anorexia não são pessoas dissimuladas ou desonestas, simplesmente sentem que sua vida corre perigo, e fazem de tudo para tentar sobreviver. Mesmo desta forma é uma reação saudável, é um sinal de saúde. Além disso, desconfiar de tudo o que comem no hospital pode ser compreendido no fato que a própria equipe trapaceia, não a informam que o teor de calorias em sua dieta aumentou.

É importante encorajar a anoréxica a assumir o máximo de controle que conseguir para decidir o que lhe vai acontecer. Diante da grande desconfiança que tem daqueles que lhe oferecem ajuda, aprendeu que esta consiste em um esforço de quem a atende de controlar seus comportamentos. Pensa que os outros só querem deixá-la em uma cama de hospital e engordá-las. Isso é um indício de que o tratamento psicológico é tão importante quanto o nutricional.

Cada pessoa reage de uma forma à hospitalização. Algumas resistem, não cooperam com o tratamento e acabam consentindo em engordar para receberem alta e novamente emagrecer. Fingem concordar com os objetivos médicos, mas os seus são outros. Deve-se ter cuidado também com as que colaboram com o tratamento, pois podem criar um padrão alimentar cíclico, que consiste em ingerir grandes quantidades de comida no hospital para, em seguida, passar por períodos de jejum prolongado; e, até mesmo, provocar vômito (bulimia).

As mulheres anoréxicas tratadas em uma situação onde o foco é maior no aumento de peso do que na terapia, aprenderam que tratamento quer dizer serem forçadas a fazer certas coisas e desistir de outras. É sempre associado a algo desagradável e a uma luta entre vontades. “As mulheres que tiveram essa experiência tornaram-se muito resistentes às ‘interferências’. E é quase sempre como uma interferência que elas interpretam qualquer tentativa de fazê-las falar de suas dificuldades” (p. 92).

A ajuda é percebida como uma tentativa de coerção. A anoréxica aprendeu a lidar com isso. Ela resiste, tanto rejeitando ativamente ou parecendo obedecer, mas

sente que é ela quem tem razão. Assim, se o conselheiro (termo utilizado pela autora) faz parte do grupo que a alimenta, será visto como participante do sistema coercitivo no qual florescem os sintomas anoréxicos. Evitando as associações nocivas de tratamento e coerção facilita-se a tarefa de lidar com os problemas reais.

A autora relata que utiliza a forma de contrato para trabalhar com mulheres anoréxicas. Trata-se de uma divisão de responsabilidades, já que ela como conselheira não quer e não é capaz de assumir responsabilidade pela boa nutrição de sua cliente, uma pessoa adulta. Se sua cliente quer trabalhar com ela a fim de entender a verdadeira natureza de suas dificuldades, terá que manter um mínimo de alimentação saudável. Caso sinta que não consegue fazer isto sem ajuda, deverá buscá-la. Também deverá estar preparada para a internação em um hospital se for necessário para manter-se bem para continuar a terapia. O único poder que o terapeuta tem é de interromper a terapia se a cliente ficar doente demais para aproveitá-la.

Em sete anos de experiência utilizando este método, Lawrence (1991) afirma que nunca precisou tomar esta decisão. O contrato (ou divisão de responsabilidades) é em si mesmo um indicador terapêutico. O corpo é de responsabilidade exclusiva da cliente, e não será objeto de disputa entre elas. É importante que elas cuidem dele não para satisfazer os desejos e necessidades dos outros, mas sim porque é parte da mulher e merece ser alimentado, assim como seu espírito. É ela quem deverá fazê-lo e, apesar de não fácil, terá ajuda caso precise.

As interpretações dadas à cliente são rejeitadas, pois são recebidas por ela como ofensivas. Isso pode ser entendido refletindo, conforme já foi dito, que a anorexia é uma tentativa de afirmar a autonomia, encobrir uma falta de identidade e ao mesmo tempo descobrir uma. Assim, nada irá adiantar falar quem ela é ou poderia ou deveria ser. Sendo também uma tentativa de auto-suficiência, afirma que não é necessário ninguém, e nem terá permissão para entrar.

De acordo com Lawrence (1991), “a tarefa da terapia ou aconselhamento é, mais que tudo, a de traduzir os sintomas da anorexia segundo a realidade e as minúcias do cotidiano” (p. 99). Ao lutar para manter o controle de seu tamanho e forma física, continuar responsável pelo que come, está tentando desesperadamente, em um outro

nível, afirmar um tipo de controle sobre sua própria vida. Tem medo de que descubram sua incompetência.

A dificuldade no trabalho com esse tipo de paciente está na gravidade dos sintomas. “Ela não pode perceber seus sintomas reais que se escondem por trás da sua obsessão com a comida e com o peso, porque os sentimentos que surgem daí são tão fortes que obscurecem tudo o mais” (p. 99). Deve-se ouvir a cliente e esperar, pois tentar resolver esses problemas não adianta. Ela pode até concordar que estas sejam suas reais dificuldades, mas o esforço não fará sentido se não trabalharem juntas nos aspectos de sua vida onde estão realmente evidentes. Às vezes algumas questões que devem ser exploradas se mostram de maneira oculta e opaca.

Uma anoréxica curada é uma pessoa que tem a noção de ser responsável pela própria vida, capaz de tomar decisões sobre si mesma, baseada na verdadeira percepção do que ela quer ou não. É alguém que tem amor-próprio e noção de seu valor. Está preparada para enfrentar a fase anoréxica, afinal, problema todos têm, ao invés de se refugiar na busca de um ideal físico e espiritual, evitando as dificuldades. O terapeuta deve ter em mente que a vida é dela e as coisas acontecerão segundo o seu tempo, ele não irá resolver os problemas e dificuldades por ela, somente a tornará capaz de enfrentá-los.

## CONCLUSÕES

Diante do presente estudo pode-se fazer uma análise mais minuciosa de alguns pontos apresentados, como também da literatura pesquisada.

Primeiramente, há um ponto que chamou muito a atenção. A literatura praticamente não descreve nada sobre anorexia nos homens. As “teorias”, conclusões e idéias são, inclusive, sempre voltadas para a psicologia da mulher, e seu desenvolvimento. Lawrence (1991) inclusive chega a dizer isso explicitamente. Apesar de haver, e cada vez mais, casos masculinos, se ateuve à maioria, que são as mulheres.

A autora afirma que a anorexia é um problema ligado à psicologia feminina, à forma de ser mulher no mundo. Isso reforça uma questão muito importante acerca do desenvolvimento dos sintomas, que é a expectativa que os outros têm daquelas que sofrem do transtorno. A exigência por um corpo magro, esbelto, as atormenta, ao mesmo tempo em que buscam a magreza a todo custo, como sendo a solução para os seus problemas. É como se fosse algo “natural”, da natureza feminina, ter esse papel na sociedade. Isso acontece na realidade, mas é uma questão histórica e social, e não biológica. Considero ser semelhante à profecia auto-realizadora, onde o que se é esperado acaba se cumprindo, nada além disso, até porque a anorexia é um transtorno que também atinge os homens.

Lawrence (1991) ainda afirma que um dos pontos centrais do transtorno é a tendência a agradar e cumprir as expectativas das pessoas, e ele se desenvolve quando isto se torna incompatível com a sua autonomia e maturidade verdadeiras. Isso não é somente por parte da sociedade, mas da própria família, visto que geralmente a anorexia é vista como “a boa menina”, ou seja, aquela obediente, que não desaponta ou desagrada a vontade dos pais.

Além disso, tem a forte influência dos meios de comunicação em massa, conforme apontam Busse (2004), Lawrence (1991), Woodman (2002), Fishman (1996) e Nicola (1998), que cada vez mais pregam um padrão de beleza que vai além do real, daquilo que pode ser atingido pela maioria das pessoas. Esse corpo idealizado, belo, perfeito, se vê nas modelos mais belas e famosas que estão todos os dias na casa das

pessoas, seja através da televisão, jornal ou revistas. Isso também exerce forte influência na anorexia, pois torna-se um ideal que se deseja atingir a qualquer custo.

Segundo Lawrence (1991) e Woodman (1996) a extrema preocupação com o exterior, que é o que os outros vêem, ainda é uma tentativa de mostrar aos outros sua “perfeição”, a busca pelo corpo perfeito que muitas mulheres não conseguem. Indica uma busca da perfeição mais profunda e ampla. Isso “mascara” o profundo conflito interno, seus medos e dificuldades. Mesmo durante o tratamento a pessoa anoréxica tem grande dificuldade em confiar em alguém, desconfia de tudo, pois nunca sabe quando tentarão fazê-la engordar.

Conforme Lawrence (1991), Boscolo e Colaboradores (1993), Imber-Black (1994), Fishman (1996), Busse (2004), Elkaim (1998) e Ackermam (1986) a família é muito importante na fase de tratamento da anorexia. Além de ser o berço onde o indivíduo nasceu e cresceu, ela convive com o sofrimento da filha (o), e sofre muito também. É muito difícil para ela ver sua querida filha morrendo aos poucos diante de seus olhos, e é pior ainda serem acusados por isto, como Lawrence (1991) aponta. A mesma é vista, em muitos casos, como a causadora da doença da filha, e até mesmo ser tratada de maneira rude em um ambiente hospitalar, por exemplo.

A família é um facilitador para a cura, como afirma Lawrence (1991), Boscolo e Colaboradores (1993), Imber-Black (1994), Ackermam (1986), Fishman (1996) e Carter e McGoldrick (1995). Não se deve estar contra ela, mas junto, sendo agregada ao tratamento. Uma doença grave na família afeta os membros de alguma forma, e no caso da anorexia, é muito marcante o fato da anoréxica estar definhando cada vez mais e, mesmo assim, recusar-se a receber tratamento. A pessoa chegar ao ponto de estar com trinta e poucos quilos e anda assim se achar gorda é difícil de compreender. Recusar o alimento, que é o que lhe sustenta e lhe dá saúde, é recusar a própria vida.

Outro ponto muito importante é que o peso não é sinal de sucesso de tratamento, apenas de boa nutrição. Conforme Lawrence (1991) afirma, “assim como a origem da anorexia não está na perda de peso, a cura do distúrbio também não está no seu ganho” (p. 102). Ao contrário de Busse (2004), que dá ênfase em critérios diagnósticos da CID e do DSM, onde se vê estabelecido o peso corporal que deve ser atingido, por exemplo.

A excessiva ênfase no peso e preocupação com ele, deixando de lado os sentimentos do indivíduo, como Lawrence (1991) aponta, não dá indícios para o verdadeiro sucesso do tratamento. Isso é um reflexo da visão médica, que tem como foco os sintomas, e não a causa real dos problemas. O sujeito que sofre do transtorno precisa sentir-se seguro, acolhido e compreendido, e ver que os outros estão preocupados apenas com seu peso corporal ou o que comeu não lhe dará o que necessita. Obviamente o bem-estar nutricional precisa estar estabelecido para que a pessoa tenha condições de utilizar a psicoterapia, apesar de que isto deve estar presente durante todo o tratamento. Porém, na prática a realidade é outra.

Para ajudar a compreender aspectos que estão envolvidos no transtorno, as idéias sobre adolescência são muito úteis. Além dos aspectos já apresentados como, influência da cultura e aspectos da vida familiar é importante entender a fase pela qual as anoréxicas estão passando. De acordo com Busse (2004) e Lawrence (1991) geralmente o transtorno surge na adolescência. Conforme Fishman (1996), Elkaim (1998) e Carter e McGoldrick (1995) afirmam, é uma fase de profundas e significativas transformações na vida do indivíduo. É um momento onde o seu *eu* está se estabelecendo, sua personalidade está sendo estruturada.

Desta forma, compreendendo-se as principais questões presentes na anorexia, pode-se ver que há relação entre esses pontos tanto na anorexia quanto na adolescência. São exemplos os conflitos acerca de sua personalidade (quem sou), seus desejos (o que quero) e como se mostrar para o social que agora exige uma postura não mais de criança, mas de adulto, como mostram Carter e McGoldrick (1995) e Fishman (1996). Problemas mal resolvidos na infância podem emergir neste momento, na forma de dificuldades para enfrentar os desafios da vida.

Talvez por isso a maioria dos casos ocorra nesta fase. Mas, assim como deixar de lado o fato de haver poucos homens com o transtorno, não se pode fazer o mesmo com casos que não ocorrem nesta fase. O ponto central é que a anorexia surge em períodos onde questões importantes da vida da mulher estão em jogo, seja na adolescência, “crise da meia-idade”, ou outra qualquer. Não há muito esclarecimento sobre casos desse tipo na literatura, mas Boscolo e Colaboradores (1993) relatam uma experiência do tipo.

A questão do segredo na anorexia não é esclarecida na literatura. Imber-Black (1994) a apresenta, mas de forma geral, e não com idéias exclusivamente sobre o transtorno. Para haver idéias mais claras acerca deste assunto seria preciso uma fonte maior de informações, a fim de se chegar a hipóteses melhor embasadas e até mesmo dados conclusivos.

As “exceções”, como são tratados aquilo que foge à idéia que se tem de anorexia, como os casos de anorexia nos homens, e a ocorrência fora do período da adolescência, apesar de serem deixadas de lado, são muito importantes, pois vêm justamente para contradizer aquilo que é esperado. O que foge à norma significa que a mesma não é tão abrangente e consistente quanto se imagina. Deixar de lado informações como estas é ignorar dados muito importantes, que deveriam, no mínimo, terem uma atenção especial. Em grande parte da bibliografia pesquisada, casos assim sequer são citados, como por exemplo, Busse (2004). Lawrence (1991) aponta apenas que há casos em homens, mas irá tratar do que é a maioria. Boscolo e Colaboradores (1993) descrevem um caso em uma mulher adulta.

Sugere-se que para obter dados mais consistentes seria necessário estudo mais aprofundado para que possam ser generalizados. Para se obter uma teoria mais abrangente são necessários estudos que envolvam, principalmente, aspectos como os citados acima, além da questão do segredo na anorexia. Serão de grande importância, visto que não se tem muitas informações a respeito. Mas também é preciso haver pesquisas mais intensas sobre as causas da anorexia, já que pode-se perceber discordâncias entre diversos autores.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ackerman, N. W. (1986). *Diagnóstico e Tratamento das Relações Familiares* (1ª Ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Boscolo, L., Cechin, G., Hoffman, L., Penn, P. (1993). *A terapia familiar sistêmica de Milão* (1ª Ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bowen, M. (1991). *De la familia al individuo: la diferenciación del si mismo em el sistema familiar* (1ª Ed.) (Compilación de Andolfi, M., y Nichilo, M.). Barcelona: Paidós.
- Busse, S. R. (2004). *Anorexia, Bulimia e Obesidade* (1ª Ed.). Barueri: Manole.
- Carter, B., Mc Goldrick, M. e Colaboradores. (1995). *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar* (2ª ed.) (M. A. V. Veronese, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Elkaim, M. (1998). *Panorama das Terapias Familiares* (1ª Ed.) (Vol. 2). São Paulo: Summus.
- Fishman, H. C. (1996). *Tratando adolescentes com problemas: uma abordagem familiar* (1ª Ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Imber-Black, E. (1994). *Os segredos na família e na terapia familiar* (1ª Ed.) (D. Batista, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lawrence, M. (1991). *A experiência anoréxica* (1ª Ed.) (T. M. Rodrigues, Trad.). São Paulo: Summus.
- Nicola, V. Di (1998). *Um estranho na família: cultura, famílias e terapia* (1ª Ed.). Porto Alegre: ArtMed.
- Palazzoli, M. S., Cirilho, S., Lorentino, A. M. (1998). *Os jogos psicóticos na família* (1ª Ed.). São Paulo: Summus Editorial.
- Woodman, M. (2002). *O vício da perfeição: compreendendo a relação entre distúrbios alimentares e desenvolvimento psíquico* (1ª Ed.). São Paulo: Summus Editorial.