



FACS – FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO: PSICOLOGIA

REFLEXÕES SOBRE A IMPORTÂNCIA DOS ASPECTOS
SÓCIO-CULTURAIS, FAMILIARES E SUBJETIVOS NA
ANOREXIA NERVOSA

Brasília/DF
Novembro, 2003

DANIELLE DINIZ DE SOUSA

REFLEXÕES SOBRE A IMPORTÂNCIA DOS
ASPECTOS SÓCIO-CULTURAIS, FAMILIARES E
SUBJETIVOS NA ANOREXIA NERVOSA

Monografia apresentada como requisito
para conclusão do Curso de Graduação
em Psicologia do Centro Universitário de
Brasília – UniCEUB

Professor Orientador: Fernando Luis
González Rey

Brasília/DF, Novembro de 2003

Agradecimento: Agradeço a Deus, que sempre guiou meus passos, dando-me uma vida justa e equilibrada. Ao meu esposo, pela compreensão e incentivo nos momentos mais difíceis. Ao meu professor orientador, que por meio de suas críticas permitiu-me o desenvolvimento deste trabalho.

Dedicatória: Dedico o presente trabalho a todos os Psicólogos e profissionais da área de saúde que, por meio de seus estudos e pesquisas, tentam encontrar melhores maneiras de compreender a Anorexia Nervosa.

SUMÁRIO

Resumo

1 – Introdução.....	6
2 – Fundamentação Teórica.....	8
2.1 – Breve Histórico sobre o Tema.....	8
2.2 – Conceito.....	9
2.3 – Aspectos Sócio – Culturais.....	12
2.4 – Aspectos Familiares.....	17
2.5 – Aspectos Subjetivos.....	21
2.6 – Problema.....	25
2.7 – Objetivos.....	26
3 – Desenvolvimento.....	27
3.1 – Fundamentação da Opção Metodológica.....	27
3.4 – Relato de uma Experiência Anoréxica.....	30
4 – Conclusão.....	40
5 – Referência Bibliográfica.....	43

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo remeter os profissionais da área de saúde a reflexões sobre a importância dos aspectos sócio-culturais, familiares e subjetivos na anorexia nervosa. Para isso, fez-se uso da metodologia qualitativa, por acreditar que esta expressa de forma mais concisa dados subjetivos. Por meio do relato de uma experiência anoréxica, pode-se observar a multidimensionalidade desta patologia e o quanto estes fatores relacionam-se entre si. Nos aspectos sócio-culturais, vê-se que os padrões de beleza impostos pela sociedade e pela mídia exercem influência na forma como a mulher direciona suas buscas. A família tem sua parcela de contribuição na medida em que “forma” crianças e adultos incapazes de expressarem seus sentimentos e emoções. Estas famílias geralmente possuem padrões rígidos de relacionamentos, o que fica visível por meio da dinâmica familiar. O processo de constituição da subjetividade permite ao indivíduo significar, interpretar, sentir, de maneira única, os acontecimentos que estão presentes na cultura e ambiente familiar. Sendo assim, a subjetividade torna-se a base para a construção de conhecimentos e de algumas patologias. O profissional de saúde, compreendendo a etiologia multidimensional da anorexia nervosa, será capaz de oferecer ajuda às pessoas com tal patologia. A anorexia é a única forma que as pacientes encontram para enfrentar a realidade, resolver seus problemas, apesar desta maneira ser extremamente dolorosa.

Atualmente, a anorexia nervosa é uma questão muito discutida nos consultórios de Psicologia, visto sua crescente incidência em mulheres adolescentes e adultas. Este assunto sempre foi debatido por profissionais da área da saúde, devido à complexidade dos fatores que o determinam. Mas somente nas duas últimas décadas é que se atentou para a real importância da anorexia nervosa, quando estudos e pesquisas passaram a reconhecer sua prevalência e as dificuldades associadas ao seu tratamento.

O presente trabalho não abordará uma anorexia nervosa voltada para os sintomas que a caracterizam, cujo principal objetivo é o de “enquadrar” o indivíduo numa determinada patologia, por meio de critérios pré-estabelecidos. O foco do estudo estará direcionado aos aspectos sócio-culturais, familiares e subjetivos que exercem influência direta no processo de individualização do ser humano, podendo este, inserido num determinado contexto, desenvolver anorexia nervosa. No entanto, se fará necessário o uso de manuais de psiquiatria para conceituar a anorexia.

A apresentação do trabalho se faz por meio de capítulos, assim distribuídos:

ü Fundamentação Teórica: aborda-se o histórico e conceito de anorexia nervosa, a importância dos aspectos sócio-culturais, familiares e subjetivos, bem como a delimitação do problema a ser estudado e objetivos a serem atingidos.

ü Desenvolvimento: justifica-se a escolha da metodologia de pesquisa utilizada e apresenta-se o relato de uma experiência anoréxica, cujo intuito é o de observar a importância dos aspectos sócio-culturais, familiares e subjetivos na anorexia nervosa.

ü Conclusão: recapitula-se o que foi visto na fundamentação teórica e conclui-se o trabalho.

O objetivo deste trabalho é o de, por meio da revisão bibliográfica e do relato da experiência oferecido, proporcionar aos profissionais da área de saúde reflexões sobre os aspectos que influenciam na anorexia nervosa. Esta ocorre de maneira diferente para os indivíduos, pois cada ser humano tem um processo de subjetivação e uma história de vida que lhe são próprios. Além disso, estará imerso em um contexto cultural e familiar que será influenciado por sua subjetividade e pela maneira de perceber e apreender as informações transmitidas pelo mundo em que vive.

2- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 - Breve Histórico sobre o Tema

Desde a primeira vez em que foi descrita, a anorexia nervosa foi reconhecida como semelhante, mas ao mesmo tempo diferente, dos transtornos inteiramente somáticos.

Casos de transtornos alimentares são encontrados nos registros dos gregos antigos com o nome de “jejum voluntário”.

Richard Morton é apontado como o autor do primeiro relato médico de anorexia nervosa. Em 1694, ele descreveu dois pacientes, a quem diferenciava dos outros pacientes tuberculosos como tendo definhamento nervoso.

Em 1868, Willian Gull redescobriu a “síndrome” e, seis anos mais tarde, começou a usar o termo “anorexia nervosa” e a discutir fatores que acreditava serem importantes na patogênese.

Na mesma época, Erneste Charles Lasègue salientou que a perda de peso era provocada pela aversão psicológica ativa do paciente pela comida e observou o envolvimento familiar no transtorno. As descrições de Lasègue descreveram a anorexia nervosa como um transtorno psicológico no qual a inanição era considerada responsável por muitos sintomas.

No início da década de 50, Hilde Bruch ajudou a moldar um entendimento dos aspectos psicopatológicos, sugerindo que os esforços determinados para perder peso representavam uma tentativa distorcida do domínio, por pessoas que se sentiam desamparadas no mundo. Tal sentimento de ineficiência era associado a uma imagem corporal distorcida e à consciência de estados emocionais interiores nos pacientes (Kaplan; Sadock, 1999).

Gerard Russell é considerado uma autoridade no assunto. Sugeriu, em 1970, três critérios-diagnósticos para a anorexia nervosa, válidos até hoje: comportamento dirigido a produzir perda de peso; medo mórbido de engordar;

amenorréia em mulheres e perda de potência sexual nos homens. De acordo com Russel, o moderno critério-diagnóstico de preocupações excessivas em relação à forma do corpo está correto para os tempos atuais, mas não deve ser aplicado a pacientes descritos em outras épocas. O mesmo autor ressalta que os fatores sócio-culturais exercem uma influência “patoplástica” sobre a doença, no sentido de modificar sua forma e “colorido”, e que, no futuro, o conteúdo psicopatológico da paciente anoréxica pode não permanecer fixado no peso e forma do corpo (Russell, 1970 apud Nunes; Appolinário; Abuchaim; Coutinho et al, 1998, p. 18).

O que Russell cita já acontece em algumas culturas, principalmente na oriental, aonde alguns casos de anorexia vem sendo registrados sem a presença do medo excessivo de engordar. Estes fatores serão melhores discutidos no tópico referente aos aspectos sócio-culturais.

Observa-se que para chegar à caracterização atual da anorexia nervosa, foi preciso trilhar um longo caminho de pesquisas. Diversos estudiosos se dedicaram a isso, tendo alguns, maior sucesso que outros. Hilde Bruch e Gerard Russell apresentam relatos importantes que permitiram chegar ao que hoje é conhecido como anorexia nervosa.

2.2- Conceito

O termo anorexia deriva do grego *orexis* (apetite), acrescido do prefixo *an* (privação, ausência). Anorexia nervosa, que significa perda do apetite de origem nervosa, não é a expressão mais adequada, considerando que, pelo menos no início do quadro, há uma luta ativa contra a fome (Nunes; Appolinário; Abuchaim; Coutinho et al, 1998).

Kaplan e Sadock (1999) caracterizam a anorexia por um estado de inanição deliberado, e auto-imposto, devido a uma busca impecável por um corpo esguio e medo de engordar, levando a vários graus de emagrecimento.

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM – IV), a anorexia nervosa é um tipo de transtorno alimentar que se caracteriza por: uma recusa a manter o peso corporal em um nível igual ou acima do mínimo normal adequado à idade e à cultura; medo intenso de ganhar peso ou de se tornar gordo, mesmo estando com peso abaixo do normal; perturbação no modo de vivenciar o peso ou a forma do corpo, influência indevida do peso ou da forma do corpo sobre a auto-avaliação, ou negação do baixo peso corporal atual; nas mulheres pós-menarca, amenorréia de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos. O transtorno está dividido em dois subtipos. O tipo restritivo, que descreve apresentações nas quais a perda de peso é conseguida principalmente através de dietas, jejuns ou exercícios excessivos. Neste tipo, os indivíduos não se envolvem com regularidade em compulsões periódicas ou purgações. E o tipo compulsão periódica-purgativo, usado quando o indivíduo se envolve regularmente em compulsões periódicas ou purgações (ou ambas) durante o episódio atual (Fonte: site <http://www.psiqweb.med.br/dsm/dsm.html>).

Ainda citando o DSM – IV, a auto-estima do indivíduo com anorexia nervosa depende em alto grau de sua forma e peso corporais. A perda de peso é vista como uma conquista notável e como um sinal de extraordinária auto-disciplina, ao passo que o ganho de peso é percebido como um inaceitável fracasso de auto-controle (Fonte: site <http://www.psiqweb.med.br/dsm/dsm.html>).

Holmes (2001) descreve que a trajetória da anorexia nervosa é bastante variável. Alguns indivíduos apresentam um único episódio seguido por uma recuperação completa sem quaisquer problemas residuais. Outros apresentam um número de episódios graves, intercalados com preocupações sobre o peso e dieta cuidadosa.

A anorexia nervosa, de acordo com o que foi citado acima, é considerada uma patologia grave e, dependendo do estágio em que se encontra, pode ocasionar a morte. O percentual de pacientes que chegam ao óbito varia de 5% a 20% dos casos. Relatos de estudos indicam que a percentagem mencionada chega a números alarmantes devido à resistência na procura por ajuda de

profissionais da área de saúde. Um outro dado relevante é que 90% dos casos de anorexia nervosa acometem pacientes do sexo feminino.

Os conceitos trazidos pelos manuais e compêndios de psiquiatria relacionados a transtornos mentais são muito importantes e úteis no trabalho com a anorexia nervosa, pois auxiliam os profissionais da área na diferenciação das diversas patologias. Além disso, facilitam na comunicação entre a equipe multidisciplinar que “cuida” de pessoas com anorexia, visto que o tratamento desta exige a interação e a troca de conhecimento entre diversos especialistas (psicólogos, psiquiatras, nutricionistas, endocrinologistas, etc). No entanto, por meio de critérios pré-estabelecidos, estes manuais enquadram o ser humano em uma determinada doença. Desta forma, o indivíduo fica descaracterizado como tal, sendo reconhecido pelas características da patologia que possui.

Uma outra crítica a ser feita aos manuais e compêndios de psiquiatria e, principalmente, ao DSM – IV é que seu caráter universal pode ser restrito, já que não leva em consideração as subjetividades múltiplas nem os diferentes idiomas para a expressão do sofrimento, muito menos o fato de que diferenças no padrão de peso, contexto cultural e atitudes em relação ao corpo podem conferir diversas atribuições à recusa alimentar. Conseqüentemente, o uso de instrumentos de pesquisa e manuais psiquiátricos puramente ocidentais, que caracterizam a anorexia nervosa, em outras culturas pode gerar resultados distorcidos (Morgan; Azevedo, 1998).

Na prática clínica, é essencial que se tenha esta visão mais subjetiva do ser humano. Ao procurar ajuda, a pessoa com anorexia tem como primeira intenção a diminuição de sua angústia, de seus conflitos, de sua dor e não conhecer o conjunto de sintomas que caracterizam a patologia que possui. Por este motivo, a busca pelo conhecimento do processo pelo qual ocorreu a subjetivação do sujeito e do contexto em que este está inserido é de grande importância para se entender como o problema se desenvolveu. Desta forma, psicólogos e demais profissionais da área de saúde estarão aptos a cooperar na diminuição do sofrimento do paciente.

Antes de expor os aspectos que influenciam na determinação da anorexia nervosa, é importante ressaltar que a etiologia deste tipo de transtorno alimentar é hoje concebida como multidimensional e engloba fatores sócio-culturais, familiares e subjetivos. A interação destes fatores, juntamente com a maneira pela qual o indivíduo vivencia e internaliza os acontecimentos do mundo a sua volta é que determinarão ou não a presença de patologias.

2.3 - Aspectos Sócio-Culturais

Os aspectos sócio-culturais da anorexia nervosa têm sido amplamente estudados em inúmeros trabalhos de diversas áreas da saúde. O interesse pelo assunto decorre de observações de que a extrema valorização da magreza nas sociedades ocidentais está relacionada à ocorrência de anorexia (Nunes; Appolinário; Abuchaim; Coutinho et al, 1998).

Estudos epidemiológicos demonstram que um aumento na incidência deste tipo de transtorno alimentar é concomitante à evolução do padrão de beleza feminino em direção a um corpo cada vez mais magro. Para melhor entender esta relação, é preciso se reportar a alguns aspectos da história da mulher na sociedade ocidental.

Segundo Wolf (1992), após um longo silêncio, as mulheres ganharam as ruas. Nas duas décadas de atividade radical que se seguiram ao crescimento do feminismo no início dos anos 70, as mulheres ocidentais conquistaram direitos legais e de controle da reprodução, alcançaram a educação superior, entraram para o mundo dos negócios e das profissões liberais e derrubaram crenças antigas e respeitadas quanto ao seu papel social. No entanto, uma geração após estes acontecimentos, as mulheres não se sentiam completamente livres e “emancipadas”. O que aconteceu, se elas conseguiram

quase tudo que almejavam e, principalmente, saíram da alienação causada pela vida doméstica ?

Com as transformações dos papéis femininos e masculinos, as mulheres se depararam com expectativas sociais novas, e muitas vezes ambíguas, de autonomia financeira, independência e sucesso profissional, além do desempenho de seus antigos papéis no lar, gerando assim insegurança e a busca intensa pela perfeição e controle (Nunes; Appolinário; Abuchaim; Coutinho et al, 1998). Algumas mulheres acreditavam que a sensação de falta de liberdade estava relacionada a questões irrelevantes e preocupações triviais, tais como: aparência física, preocupações com o corpo, cabelos, rosto, etc.

Com o passar do tempo, quanto mais numerosos foram os obstáculos legais e materiais vencidos pelas mulheres, mais rígidos, pesados e cruéis foram as imagens de beleza feminina impostas e cobradas pela sociedade (Wolf, 1992).

A partir daí, na proporção em que as mulheres foram adentrando a estrutura do poder, os distúrbios relacionados à alimentação cresceram em ritmo acelerado. O que se observa é uma busca incontrolável pela beleza e perfeição, na tentativa de mostrar sua capacidade intelectual. O ideal de magreza e boa forma física passam a ser os padrões vigentes e de extrema importância na medida de valor pessoal.

Ao passo que as mulheres se liberaram da “mística feminina” da domesticidade, o mito da beleza invadiu esse terreno, expandindo-se enquanto a “mística” se definhava, para assumir sua tarefa de controle social. Em consequência das pressões impostas pela indústria da dieta e dos cosméticos, a modelo jovem e esquelética tomou o lugar da feliz dona de casa como parâmetro de feminilidade bem sucedida (Wolf, 1992).

No entanto, a mulher está apenas saindo de uma escravidão causada pela vida doméstica e entrando numa nova forma de escravidão. Aqui vale ressaltar o sentido de objeto que a mulher tem para a sociedade, sempre

necessitando de maneiras para se relacionar com o meio e com os outros, como se sua capacidade intelectual não fosse suficiente para isso. Surge, desta visão de objeto, a importância de desenvolver algo que demonstre a autonomia sobre si. O domínio sobre o corpo é a expressão dessa necessidade de autocontrole. Porém, um autocontrole apenas ilusório, pois quem dita as regras de fato é a própria sociedade, e a mulher vai apenas se encaixando no que já está prescrito para ela.

De acordo com Buckroyd (1996), a história e a experiência femininas, com frequência, identificaram a existência das mulheres só em relação aos homens (ela é a esposa de alguém, a filha de alguém) e muitas vezes foram tratadas pela lei como propriedade deles. As mulheres aprenderam a se tornar agradáveis para os homens nos termos dos homens, portanto sua coisificação na sociedade não é nova. O que é novo é a imagem agora identificada como agradável ao universo masculino e que, portanto, torna a mulher aceitável não apenas para si mesma como também para um homem. Esta nova imagem é ser magra.

Wolf afirma que [...]

[...] a cultura estereotipa as mulheres para que se adequem ao “mito da beleza” nivelando o que é feminino em beleza-sem-inteligência ou inteligência-sem-beleza. É permitido às mulheres uma mente ou um corpo, mas não os dois ao mesmo tempo (Wolf, 1992, p. 78).

Apesar de toda esta preocupação e idealização sobre a imagem da mulher e sua aparência física, a magreza nem sempre foi o padrão almejado. Passando rapidamente pela história da arte, observa-se que na Renascença valorizava-se as mulheres de corpo cheio, com quadris grandes e abdômen avantajado. Na década de 40 e 50, estrelas de Hollywood eram mulheres de seios fartos e corpos curvilíneos. Mesmo na época em que preconizavam um padrão mais longíneo, nem sempre a dieta era o melhor recurso para atingi-lo. Na década de 20, as mulheres usavam faixas para deixar o tórax mais achatado e os seios menos aparentes. Em outras épocas, usava-se espartilho para afinar a cintura. Atualmente, as dietas, exercícios físicos e cirurgias plásticas são os principais meios para se modificar o corpo (Morgan; Azevedo, 1998).

Tendo acesso a um pouco da história da mulher e da maneira como se relacionava com seu corpo, observa-se que os acontecimentos atuais (padrões estabelecidos e exigidos de beleza) são consequência da necessidade da cultura, da economia e da estrutura do poder contemporâneo, pois as qualidades que um determinado período considera belas nas mulheres são apenas símbolos do comportamento feminino que aquele período julga ser desejável.

Para Wolf [...]

[...] o mais intrigante é que a nossa identidade deve ter como base a nossa “beleza”, de tal forma que permanecemos vulneráveis à aprovação externa, trazendo nosso amor próprio, esse órgão sensível e vital, expostos a todos (Wolf, 1992, p. 17).

Atualmente a beleza é usada como uma forma de moeda entre homens e mulheres, pois à medida que estas exigem acesso ao poder, a estrutura vigente recorre ao “mito da beleza” para prejudicar, sob o aspecto material, o progresso das mulheres. Estas, além de seus compromissos profissionais, devem se dedicar exaustivamente à sua aparência física. Assim, assumem, ao mesmo tempo, papéis de dona de casa, de profissionais que fazem carreira e de profissionais da beleza.

Na década de 80, a beleza já desempenhava, na busca do status das mulheres, o mesmo papel que o dinheiro representava para os homens. A divulgação de um padrão físico e sua importância para a ascensão pessoal e profissional muito foi divulgada pela mídia. Este veículo exerceu e exerce forte influência sobre as mulheres, pois estas, tendo poucos modelos a imitar na vida real, buscavam a idealização transmitida pelas telas e revistas femininas.

O culto à magreza está diretamente associado à imagem de poder, beleza e mobilidade social. Isto gera um quadro contraditório, tendo em vista que através da mídia, a indústria de alimentos vende gordura, com o apelo a alimentos hipercalóricos, enquanto a sociedade cobra a magreza por meio da exibição de modelos e atrizes de sucesso, representantes dos padrões de beleza feminina.

De acordo com Andrade e Bossi (2003), o ideal do corpo perfeito preconizado pela nossa sociedade e veiculado pela mídia leva as mulheres, sobretudo na faixa adolescente, a uma insatisfação crônica com seus corpos. Na tentativa de corresponder ao modelo cultural vigente, estas ora se odeiam por alguns quilos a mais, ora adotam dietas altamente restritivas e exercícios físicos extenuantes, como forma de compensar as calorias ingeridas em excesso.

Brownell (1991) aponta para duas crenças falsas que acompanham a incansável busca pelo corpo ideal. A primeira delas é a noção de que o corpo é infinitamente maleável e que o ideal pode ser atingido por qualquer um que siga as prescrições culturais de exercícios e dietas adequadas. Neste caso, nega-se a particularidade e limitações de cada um e acredita-se que a boa forma física depende apenas do esforço pessoal, o que é passado pela mídia. A segunda crença falsa diz respeito justamente à idéia de que aqueles que atingem o padrão de forma corporal alcançam tudo o que buscam (Brownell, 1991 apud Morgan e Azevedo, 1998)

Não há como negar que a sociedade e os veículos de comunicação oferecem maneiras “tentadoras” de chegar à imagem corporal padrão e almejada por tantas mulheres. A maneira pela qual as informações são transmitidas, passa a falsa ilusão de que qualquer um pode ter o corpo que desejar, no momento que quiser. No entanto, ao se depararem com os obstáculos para atingir o ideal, muitas mulheres são acometidas pela anorexia nervosa, a única forma que encontram para dominar e controlar seu próprio corpo.

Apesar da anorexia nervosa pertencer à cultura ocidental, estudos mostram a incidência desta em alguns países no oriente. No entanto, na cultura oriental, o surgimento desta patologia não está relacionado ao medo mórbido de engordar e os distúrbios de imagem corporal não estão presentes. Mais uma vez este aspecto enfatiza a importância de se rever os critérios adotados pelos manuais de diagnóstico, pois seus padrões tipicamente ocidentais, inviabilizam sua aplicação em culturas não ocidentalizadas.

Observa-se, pelo que foi exposto, que a pressão cultural para emagrecer deve ser considerada um elemento fundamental da etiologia dos transtornos alimentares. Interagindo com outros aspectos (familiares e subjetivos) os fatores sócio-culturais geram a preocupação excessiva com o corpo e o pavor doentio de engordar, características da anorexia nervosa.

2.4 - Aspectos Familiares

Assim como os aspectos sócio-culturais, os aspectos familiares exercem forte influência na determinação da anorexia nervosa.

Estudos comprovam que há uma maior prevalência de anorexia nervosa em adolescentes.

Para Gammer e Cabié (1999) a adolescência é sempre uma fase difícil para todos. Sexualidade, sentimentos de cólera, de perda, de excitação, atração pela aventura, tudo isso invade o domínio familiar como nunca acontecera antes. Os valores são postos em causa, os conflitos exacerbam-se. Há novos relacionamentos e novas fronteiras que é preciso negociar, aceitar e integrar.

Esta fase, passagem do estado de criança ao estado de adulto, acontece em meio a exigências e regras sociais e, por este motivo, é muito confusa para o indivíduo. A sociedade impõe que se tornar adulto é tornar-se autônomo, independente de sua família e, para muitos, isto gera medo, insegurança e conflitos, pois significa separar-se da família nuclear. No entanto, a maneira como é feita esta separação, que na verdade está relacionada à negociação de novos relacionamentos, dependerá da dinâmica familiar da qual o adolescente faz parte. A família, de acordo com o equilíbrio de suas relações, propiciará ou não ao adolescente uma passagem tranqüila por esta etapa da vida.

De acordo com Buckroyd (1996), como seres humanos, fomos feitos de tal maneira que podemos e queremos lidar com nossas experiências emocionais, mostrando e compartilhando os sentimentos. Uma pessoa que raramente faz isso é descrita como fria, insensível ou indiferente. Isto provavelmente acontece pelo fato de algumas famílias não permitirem a expressão de emoções. Por motivos diversos, muitas desestimulam os filhos a expressarem seus sentimentos abertamente, em especial os que são negativos ou difíceis. Algumas estruturas familiares definem regras severas para controlar quais sentimentos podem ser expressos e que modelos de expressão são permitidos.

Atualmente, devido às exigências impostas pela sociedade, algumas famílias consideram impossível dar atenção suficiente às necessidades de seus filhos. Crianças e adolescentes passam a lidar sozinhos com os próprios sentimentos, justamente no momento em que precisam de um referencial, uma pessoa para orientá-los e esclarecer suas dúvidas. Assim, não é possível para estas crianças e adolescentes processarem os sentimentos comuns que se originam de eventos do dia a dia, pois desde cedo são “treinados” a controlar os tipos de emoções que devem expressar dentro da família. Desta forma, encontram meios diversos e patológicos de expressarem as emoções sem prejudicar ninguém, exceto os próprios organismos. Uma consequência disso é que pessoas que vivem neste tipo de ambiente familiar não aprendem a identificar emoções, diferenciando-as de boas ou más. No caso da anorexia é essa confusão que gera a negação dos sentimentos de fome.

Alguns estudos psicanalíticos enfatizam a importância da relação mãe-filha na determinação da anorexia nervosa. Esta mãe é caracterizada como uma “mãe má”, pouco calorosa, que evita as demonstrações de afeto. Angustada com a idéia de não serem boas, tornam-se exageradas e utilizam seus filhos como muleta, um objeto narcísico. A beleza da criança e os seus sucessos escolares seriam anexados pela mãe como um objeto de valorização. Desta forma, as crianças responderiam às perspectivas da mãe e as dificuldades apareceriam apenas na adolescência, quando se esforçassem para serem independentes (Apfeldorfer, 1996). Enfatizando algumas características faladas em parágrafos anteriores, estas mães são pessoas rígidas, com tendência para decidir o que a criança deve

logicamente sentir a um dado momento e ditando-lhe os sentimentos e emoções. Incapazes de perceberem intuitivamente as necessidades dos filhos, respondem sistematicamente aos seus pedidos com uma oferta de alimento.

No entanto, é importante ressaltar que a anorexia nervosa pode ser determinada não apenas pela relação com um dos membros da família, mas pelas relações intrafamiliares.

Apfeldorfer relata que:

A família é caracterizada pela confusão relacional entre seus membros, entre os indivíduos, entre gerações, de proximidade excessiva e intensidade desproporcionada das interações, a superproteção de uns e outros, a rigidez, a falta de adaptabilidade tanto no interior do universo familiar como no mundo externo, uma incapacidade de fazer faces às crises e, enfim, a intolerância aos conflitos, o seu desvio, a sua não resolução (Apfeldorfer, 1997, p. 96).

Quando analisadas externamente, as famílias com pessoas que desenvolveram anorexia nervosa, aparentam ser normais, felizes e harmônicas. No entanto, isto é apenas uma aparência que eles fazem questão de manter, pois dentro do ambiente familiar nenhuma crítica pode ser feita e a idéia de conflito entre os membros da família é impensável

Apfeldorfer (1996), ressalta que, do ponto de vista do grupo familiar, a “anomalia” de um dos membros faz incidir sobre este indivíduo a maioria das tensões intrafamiliares. Isto o transforma numa espécie de bode expiatório, o que permite reforçar a coesão familiar ameaçada. Este papel de bode expiatório favorece, pelo estado de estresse que gera, distúrbios alimentares.

Nichols e Schwartz (1998), chamam de homeostase familiar o que foi citado por Apfeldorfer. O conceito de homeostase enfatiza as sanções que os membros da família impunham um ao outro, referidas como retroalimentação negativa, para evitar que o sistema se modifique. Assim, quando a “estrutura familiar” fica estressada, um de seus componentes diluirá este estresse. Essa pessoa pode tornar-se o objeto de preocupação ou de crítica e pode ativamente buscar o papel de desvio da atenção. Desta forma, os sintomas da anorexia nervosa

tornam-se mecanismos homeostáticos, ou maneiras de ajudar a família a evitar mudanças ameaçadoras.

Algumas características são comuns a famílias com pessoas que desenvolvem anorexia nervosa. Certos autores acreditam que estas características, juntamente com outros fatores, influenciam na formação desta patologia. No entanto, faz-se necessário enfatizar que estas famílias possuem uma estrutura muito parecida, mas não significa que todas terão as características citadas abaixo ou que famílias que possuem tais características terão membros com anorexia.

De acordo com Cordás, Cobelo, Fleitlich, Guimarães e Schomer (1998), as características são as seguintes:

Perfeccionismo: É muito comum que o bom comportamento e uma conduta social exatamente adequada sejam algo que as famílias valorizam muito. Trata-se de famílias preocupadas em se ajustar demais ao modelo social, no qual o ideal familiar é pais e filhos perfeitos, tendo como guia para a realização desse desejo as convenções sociais mais rígidas. Esse perfeccionismo dos pais leva freqüentemente a um hipercontrole dos filhos, o que muitas vezes resulta na sua infantilização e imaturidade para lidar com problemas.

Superproteção: Na maioria das famílias de pessoas com anorexia, pode-se encontrar uma extrema preocupação pelo bem-estar de seus membros. Esse exagero na proteção, em geral, conduz a um atraso no desenvolvimento da autonomia pessoal e, conseqüentemente, a uma ligação muito forte com os pais, em especial com a mãe.

Aglutinação: Algumas famílias permanecem tão unidas que existe pouca diferenciação entre seus membros, ficando as fronteiras dos espaços individuais tão difusas que, muitas vezes, parece que os papéis dos seus integrantes estão misturados. Isso pode levar um filho a achar que é responsável pelos problemas dos pais.

Repressão das emoções: Um controle restrito sobre as emoções que podem se originar de uma moralidade exacerbada do sistema familiar, faz com que sentimentos negativos não possam ser expressos abertamente e onde qualquer conduta considerada agressiva é vivenciada com extrema angústia pela família.

Preocupação com pesos e com regimes: Alguém da família faz dieta e há um temor exagerado de engordar. Também é comum a idealização do magro como algo bom e o culto ao corpo é supervalorizado.

Aqui se observa o quanto o papel da família é importante e influencia a formação da personalidade do indivíduo. Se este recebeu toda uma estrutura de apoio, passará por mudanças e entenderá que elas são necessárias para seu amadurecimento e desenvolvimento. No entanto, se a família possui uma dinâmica desequilibrada, onde existem relações fortes de dependência e troca de papéis, a pessoa enfrentará as mudanças que surgirão sempre como perdas severas, pois a maneira de vivenciar a realidade é deturpada, podendo assim, como forma de lidar com estas situações, desenvolver determinados tipos de patologias, já que sua estrutura psíquica não foi constituída de maneira adequada.

Como foi visto, a família é um sistema vivo, um todo orgânico. Se um de seus membros adocece é porque toda a estrutura familiar está doente. Para entender a patologia que se estabeleceu, é de fundamental importância que o profissional da área de saúde tenha uma visão do conjunto e não apenas da parte que compõe esse todo.

2.5 - Aspectos Subjetivos

Por meio da leitura dos parágrafos anteriores, pode-se observar o quanto os aspectos sócio-culturais e familiares influenciam na determinação da anorexia nervosa. No entanto, estes aspectos não possuem sentido algum se não forem analisados juntamente com os aspectos subjetivos. Isto ocorre porque a

anorexia “acomete” um sujeito que possui uma história de vida e está inserido em um contexto que lhe permite o desenvolvimento de sua personalidade e subjetividade. Mas o que vem a ser subjetividade?

González Rey afirma que:

A subjetividade é um complexo e plurideterminado sistema, afetado pelo próprio curso da sociedade e das pessoas que constituem dentro do contínuo movimento das complexas redes de relações que caracterizam o desenvolvimento social. Esta visão de subjetividade está apoiada com particular força no sentido subjetivo, que representa a forma essencial dos processos de subjetivação (González Rey, 2003, prefácio).

Subjetividade está relacionada, então, à maneira como o sujeito vê, apreende, significa e sente as coisas que acontecem no mundo que está a sua volta, de acordo com sua história de vida. Esta subjetividade aparece em um contexto social constituído por pessoas que, por meio de trocas sociais, estão em desenvolvimento contínuo.

De acordo com Chaves (2000), a subjetividade humana se dá no contexto cultural de relações sociais, nas quais o homem está inserido, e que estas relações, produzidas pelos indivíduos, dependem de práticas histórico-culturais desenvolvidas pela sociedade. A atividade individual, no âmbito dessa sociedade, fará com que se aproprie, reformule e reconstrua compreensões de fenômenos presentes na cultura. A partir da sua atividade, o ser humano constrói a sua subjetividade que é influenciada pelas práticas culturais, as quais ele mesmo mantém, transforma ou elimina.

Aqui se pode observar que o sujeito participa ativamente da constituição de sua subjetividade. Esta é influenciada pelo contexto cultural e pelas relações com o outro.

Os processos individuais de subjetivação ocorrem em contextos culturais definidos. A dinâmica da transmissão cultural e as formas de apropriação dela estão diretamente relacionadas com a construção da subjetividade. Na verdade, o indivíduo que está aprendendo a se expressar e ser aceito em uma cultura identifica, compreende e internaliza os significados dos símbolos que a

referida cultura lhe apresenta. Nesse sentido, todos os produtos culturais são símbolos que revelam a interpretação que os indivíduos têm acerca destes na sua relação social (Chaves, 2000).

Mas é importante ressaltar que a subjetividade não é determinada pela cultura, recebe apenas influência desta, pois a cultura é em si mesma subjetiva; o desenvolvimento do homem como subjetividade e a cultura são processos constitutivos e complexos que ocorrem de forma simultânea. A cultura não teria surgido com um homem sem subjetividade (González Rey, 2002).

Guattari e Rolnik (1996) falam de maneira um pouco diferente da influência cultural na constituição da subjetividade. Para estes autores, a cultura produz não somente uma “subjetividade individualizada”, mas também uma “subjetividade social”. Esta produção está presente em todos os níveis de consumo e se caracteriza como uma “máquina capitalista” que produz inclusive nossos sonhos, fantasias e tudo aquilo que acontece conosco, acabando com os processos de “singularização”. Isto é reconhecido como controle social, pois os indivíduos passam a ser resultado de uma produção de massa, sendo sua subjetividade fabricada e modelada.

González Rey também faz referência à subjetividade social. Para este autor:

A subjetividade é um sistema de significações e sentidos subjetivos, pois a subjetividade não é uma organização intrapsíquica que se esgota no indivíduo, mas um sistema aberto e em desenvolvimento que caracteriza também a constituição dos processos sociais, tema que tenho explorado por meio da categoria de subjetividade social (González Rey, 2002, VIII).

A subjetividade é constituída por dois momentos essenciais: o individual e o social. Estes se sobrepõem de forma recíproca ao longo do desenvolvimento de subjetivação do indivíduo. A subjetividade individual é definida socialmente, mas não por um determinismo linear externo, do social ao subjetivo, e sim um processo de constituição que integra, de forma simultânea, as subjetividades social e individual. O indivíduo é elemento constituinte da subjetividade social e, simultaneamente, constitui-se nela (González Rey, 2002).

A relação entre cultura e subjetividade permite que o sujeito, inserido em um contexto, produza representações sociais.

Para González Rey :

As representações sociais representam as formas organizativas do espaço simbólico em que as pessoas se desenvolvem. A realidade aparece para as pessoas por meio destas representações e dos diferentes discursos que formam o tecido social, mediante os quais os sujeitos individuais, implicados em um determinado espaço social, configuram o sentido subjetivo das diferentes esferas de suas vidas e produzem significações em relação a si mesmos e aos outros (González Rey, 2003, p. 126).

Desta forma, tais representações permitem ao indivíduo uma maneira única e própria de representar o que é transmitido pela sociedade, contribuindo para o seu processo de subjetivação.

A importância da relação com o outro, na constituição da subjetivação, muito foi estudada por Vygotsky. Molon (1999) afirma que Vygotsky enfatiza a dimensão semiótica do sujeito e da subjetividade.

Por meio da mediação semiótica o sujeito se constitui, mas essa constituição acontece no confronto Eu-Outro das relações sociais, considerando que viver a realidade social não é nem um evento circunstancial e nem um episódio ocasional, mas é o modo de ser do sujeito nas relações sociais (Molon, 1999, p. 142).

Assim o sujeito e sua subjetividade são constituídos na relação com o outro, sendo o outro uma complexidade que se apresenta e se representa de diferentes modos.

Observa-se que a subjetividade não se cristaliza, não se torna estática, pois é permanentemente constituída e constituinte. Este processo manifesta-se no sujeito que, inserido em um contexto sócio-cultural e por meio de trocas sociais com outros sujeitos, possui representações sociais. Estas representações permitem que o indivíduo veja, apreenda, interprete, signifique e sinta os acontecimentos do mundo de uma maneira que lhe é própria, de acordo com sua história de vida.

Esta maneira pela qual o sujeito vivencia um acontecimento, dando-lhe um sentido, poderá determinar ou não o desenvolvimento de patologias. A realidade se apresenta de formas diferentes. Cabe a cada indivíduo, interpretá-la e representá-la da maneira que lhe é conveniente. Este, dependendo do ambiente sócio-cultural e familiar em que está inserido e do processo de formação de sua subjetividade, verá a realidade desconfigurada ou não.

As patologias, e no caso a anorexia nervosa, surgem como uma única forma de se adaptar e reconhecer a realidade que se mostra de maneira tão diferente. A anorexia nervosa, para as mulheres que a desenvolvem, surge não como um problema, mas como uma solução. O “remédio” para a “doença” com a qual é impossível lidar de outra forma.

2.6- Problema

Refletir sobre a importância dos aspectos sócio-culturais, familiares e subjetivos na determinação da anorexia nervosa, considerando sua etiologia multidimensional e a inter-relação destes fatores. Esta reflexão faz-se necessária devido à crescente incidência da referida patologia nos últimos anos.

No entanto, é essencial refletir também sobre o processo de constituição da subjetividade do indivíduo. É por meio desta que as pessoas desenvolvem um jeito próprio de viver. Assim, a subjetividade é o alicerce para a construção de conhecimentos, pensamentos e de algumas patologias, como a anorexia nervosa, pois o desenvolvimento desta última relaciona-se intimamente com a maneira pela qual significa-se e representa-se o que é transmitido à sociedade pela sociedade.

2.7- Objetivos

ü Entender a multidimensionalidade na etiologia da anorexia nervosa;

ü Compreender a importância dos aspectos sócio-culturais na determinação da anorexia, dando ênfase aos padrões de beleza vigentes;

ü Entender a importância da dinâmica familiar na anorexia nervosa e conhecer algumas características deste tipo de família;

ü Compreender a importância dos aspectos subjetivos nesta patologia.

3– DESENVOLVIMENTO

3.1 – Fundamentação da Opção Metodológica

O presente trabalho fará uso da metodologia qualitativa, por considerar que este é o melhor método de estudar assuntos relacionados às ciências humanas e mais especialmente à área da saúde. Este tipo de metodologia tem como objetivo investigar os aspectos não quantificáveis, trabalhando com uma pesquisa que, na psicologia, assume papel de fundamental importância, já que possibilita abordar aspectos relacionados à subjetividade do ser humano.

Para Minayo:

As metodologias qualitativas são entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (Minayo, 1998, p. 10).

Assim, a metodologia qualitativa está relacionada aos processos implicados na construção do conhecimento, onde é essencial a noção de um sujeito (objeto de estudo) que possui uma subjetividade que lhe permite um caráter singular, único. Este sujeito, tendo uma história de vida e inserido em contexto sócio-cultural e familiar, produz constantemente conhecimentos a partir de suas significações.

Uma das principais diferenças entre a metodologia qualitativa e a quantitativa é que a primeira está orientada à produção de idéias, ao desenvolvimento da teoria e nela o essencial é a produção do conhecimento. Enquanto que na segunda, enfatiza-se o conjunto de dados sobre os quais se buscam significados de forma despersonalizada na estatística (González Rey, 2002).

Outra diferença está relacionada ao fato de que na pesquisa qualitativa, como seu objetivo é a construção e busca do conhecimento, utiliza-se de ampla gama de procedimentos, visando o estudo de pequenas amostras, estatisticamente irrelevantes, porém, cuidadosa e intensamente observadas (Ferreira; Calvoso e Gonzales, 2002). Desta forma o conhecimento não se legitima

pela quantidade de sujeitos a serem estudados, mas pela qualidade de sua expressão.

Minayo (1998) faz uma crítica à metodologia quantitativa afirmando que as abordagens quantitativas sacrificam os significados no “altar do rigor matemático”. Existe uma crença ingênua de que as distorções podem ser evitadas pela “codificação”; há evidências de que os métodos quantitativos simplificam a vida social, limitando-a aos fenômenos que podem ser enumerados.

González Rey também tece críticas a este tipo de metodologia. Para o autor:

A pesquisa quantitativa é um recurso para produzir conhecimento por meio da simplificação do objeto em variáveis que se convertem em produtos do conhecimento por sua correlação com outras variáveis. Nesse modelo, excluíam-se da condição de sujeitos pensantes, tanto o pesquisador como o sujeito pesquisado, os quais eram substituídos por instrumentos validados e confiáveis, considerados caminhos idôneos para produzir conhecimentos “objetivos” sobre o problema pesquisado (González Rey, 2002, p. 30).

Por meio das críticas citadas acima, pode-se observar o quanto a metodologia quantitativa rejeita a idéia de um sujeito que é singular, pensante e produtor de conhecimentos. Este tipo de metodologia defende uma posição neutra do pesquisador, ignorando o caráter interativo e subjetivo do sujeito estudado.

Na metodologia qualitativa, o pesquisador e o sujeito pesquisado são, juntos, por meio de sua interação, produtores de pensamento.

O pesquisador, na situação interativa que a pesquisa qualitativa implica, assume o papel de um indivíduo que dá sentido e que afeta, de múltiplas formas, o envolvimento do sujeito estudado com a pesquisa. Sendo o sujeito pesquisado ativo, ele deixa de ser um reservatório, onde suas respostas estão prontas para serem emitidas diante de perguntas tecnicamente formuladas e fechadas. Desta forma, o sujeito deixa de responder linearmente às perguntas que lhe são feitas e passa a realizar verdadeiras construções de conhecimentos baseadas nos diálogos nos quais se expressa (González Rey, 2002).

Ferreira, Calvoso e Gonzales afirmam que os resultados de pesquisas qualitativas, certamente, serão impregnados por interpretações pessoais do pesquisador, assim como também ocorre com os trabalhos de teor quantitativo, simplesmente pelo fato de os conteúdos pessoais do observador não poderem ser eliminados, pois ele é, como sujeito conhecedor, eixo configuracional do conhecimento desenvolvido (Ferreira; Calvoso e Gonzáles, 2002).

Assim, o pesquisador e sujeito pesquisado, além de serem participantes, tornam-se pensantes, ativos durante todo o curso da pesquisa, o que a caracteriza como uma maneira de produzir conhecimentos.

Para estudar e refletir sobre a importância dos aspectos sócio-culturais, familiares e subjetivos na anorexia nervosa, optou-se pelo relato de um caso.

Damos grande importância ao estudo de casos como procedimento geral da pesquisa qualitativa. Esse estudo representa uma ferramenta privilegiada para o acesso a uma fonte diferenciada que, de forma única, nos apresenta simultaneamente a constituição subjetiva da história própria (subjetividade individual) e uma forma não-repetível de subjetivação da realidade social que ao sujeito coube viver (González Rey, 2002, p. 156).

O estudo de casos torna-se importante por enfatizar o caráter singular do sujeito estudado. Este tipo de estudo é considerado um momento essencial na produção de conhecimento, pois envolve o relato da história de vida de um ser humano que está em processo constante de produção de idéias. Os pensamentos são formulados ao passo que são feitas significações sobre os acontecimentos do meio em que este sujeito está inserido.

No presente trabalho, optou-se por analisar um relato já elaborado em bibliografia sobre o assunto, devido à dificuldade em encontrar pacientes voluntárias, com anorexia, que pudessem ajudar na montagem de um estudo de casos. Esta dificuldade está relacionada, na maioria das vezes, ao medo de expor sua vida e seus problemas a uma pessoa desconhecida, embora se deixe claro à voluntária que se trata de um trabalho sigiloso onde dados que possam facilitar a sua identificação serão modificados ou não divulgados.

O relato descrito abaixo foi extraído do livro de Marilyn Lawrence, cujo título é A Experiência Anoréxica.

3.2– Relato de uma experiência anoréxica

Eu vivia com minha irmã, meus pais e minha avó numa cidade do norte. Era a mais nova; tinha oito anos menos que minha irmã. Era alegre e esperta; lembro-me agora daquela época, com saudade, como o meu tempo de exuberância e liberdade. Velhas fotografias me permitem ter uma noção do meu passado; mostram-me como eu me sentia. As preferidas são aquelas em que estou com meu pai, quando a família passava as férias na praia. Lá estou eu, aos dois ou três anos, pronta para sair correndo, mas contida com firmeza pelo meu pai sorridente. A expressão no meu rosto é de excitação, alegria e malícia. Outras fotos tiradas na mesma época são variações sobre o mesmo tema; brincando na areia, caindo na água, correndo, pulando e cantando. As antigas fotografias trazem com elas todas as lembranças. A curiosidade em ebulição: “Você está sempre dizendo Por quê?”. Aquela fome de conhecer o mundo e como ele funcionava (principalmente isto) e a facilidade com que se podia adquirir este conhecimento. Uma das minhas principais atividades naquele tempo era inventar peças e histórias. Elas se tornaram parte do folclore familiar. Eu obrigava todo mundo a se sentar em frente da janela da saleta de estar e desaparecia por trás das cortinas, surgindo segundos depois com uma corneta que eu mesma tinha feito. Todos tinham que aprovar e aplaudir. Quando eles comentam estas atividades, como continuam fazendo, sinto um misto de tímido constrangimento e arrebatado orgulho. A garotinha que criava as peças não era atormentada pela insegurança ou pela timidez; ela era confiante e orgulhosa. Sem dúvida me incentivavam. Meu pai, minhas tias e tios gostavam de implicar comigo e se divertiam com o meu bom humor. Minha mãe, acho, ficava meio sem graça. Embora eu não tenha certeza disso.

Neste trecho a garota relata saudosamente fatos de sua infância, lembrando o quanto era segura e confiante, características que parecem ser ausentes no período em que narra sua história.

Meu pai gostava de brincar comigo: em casa, me fazia cócegas, fazíamos muita bagunça e dávamos cambalhotas. Nas férias brincávamos na praia. Mas ele costumava dizer, quando eu estava começando a me divertir: “Chega, já brincamos demais”. E voltava para minha mãe e minha irmã. Eu nunca me cansava de brincar na água, no meio daquelas ondas grandes; não conseguia entender meu pai. Na minha lembrança, parecia correto e coerente que as duas ficassem sentadas na areia. Minha irmã era tímida e quieta; muito parecida com a jovem mãe. O comportamento agitado e as risadas não agradavam a minha mãe; ela parecia suportar resignada as brincadeiras do marido. As fotografias mostram nós duas juntas só ocasionalmente, e aí quietas e submissas.

Fica aparente a distância existente entre a garota que relata o caso e sua mãe. As relações familiares se organizam da seguinte forma: pai - filha mais

nova (que mais tarde desenvolveria anorexia) e mãe - filha mais velha. Observa-se, também, que expressar sentimentos de forma “exagerada”, comuns a uma criança, não era permitido, aceito pela família e, principalmente, pela mãe. Assim, os sentimentos verdadeiros eram reprimidos.

Quem cuidava de nós, trabalhando muito em casa, era ela. Passava um bocadinho de tempo pensando em comida, indo ao mercado e preparando as refeições; mas não tanto tempo comendo. As refeições eram muito importantes para a família; comíamos sentados ao redor de uma mesa quadrada de madeira. Sempre na mesma hora, em ponto. O cardápio não variava; era diferente todos os dias, porém repetido todas as semanas.

A garota vê sua mãe como “nutridora”. Esta é lembrada como a pessoa que faz as refeições e não como aquela que passa afeto. As lembranças de afeto estão ligadas ao pai.

Ficaram outras lembranças de minha infância. Mas não são como aquelas das fotografias, não são felizes nem estáveis; são tristes e vívidas. Não precisam ser evocadas. São uma parte de mim mesma que comando da mesma forma como posso me lembrar das horas agradáveis que passei ontem à noite.

Aos quatro anos operei as amígdalas. Recordo-me muito bem do hospital. A enfermeira querendo me dar sopa de tomate (uma coisa que em casa não comíamos nunca e que me fazia pensar em sangue) e gelatina com creme, que eu detestava e que minha mãe jamais teria me dado. Lembro-me de terem me garantido que tomaria muito sorvete, antes de ser internada; mas não me recordo de ter tomado nenhum. Sentia-me assustada e sozinha e queria minha mãe comigo. Naquela época ainda não se permitia que os pais acompanhassem os filhos.

Eu tinha acabado de entrar no colégio quando minha avó morreu de repente, embora, se é possível, isto fosse uma coisa de se esperar que acontecesse um dia. Minha mãe, filha dela, ficou muito perturbada, na época, e deprimida durante muito tempo. Foi um período traumático para todos. Continua vivo na minha lembrança. Eu tinha voltado do colégio para o almoço e encontrei minha mãe sentada no sofá, chorando. Uma vizinha prestativa me levou para a copa, onde almocei como de costume — salsichas, batatas e ervilhas. Não vou esquecer nunca. Minha avó foi velada em casa, segundo a tradição, e seu caixão foi colocado na copa, onde se continuou a cozinhar mas nunca mais se fez qualquer refeição. Não me levaram ao enterro, embora eu tivesse participado de todo o velório. Disseram-me que eu ficava “brincando” com minha avó morta, puxando-lhe as sobancelhas e penteando seus cabelos. Quando minha tia chegou, eu disse: “Vem, titia, vem ver que bonitinhas as alças do caixão dela”. Disseram, embora jamais diretamente, que meu comportamento causara desgosto e fora considerado, de certa forma, insensível.

As coisas parecem ter mudado depois da morte de minha avó. Mamãe ficou muito triste e não queria sair de casa. Eu quis aprender a dançar. Minha mãe me levou, e para as aulas de oratória também. Estas não me agradavam tanto. Eu gostava de dançar, apaixonadamente. Saía dançando pelas ruas, e os vizinhos se cutucavam falando baixinho com minha mãe: “Lá vai ela de novo”. Dançava pela casa, pulando de cadeira em cadeira, dando piruetas, saltos, e aterrissando numa “queda mortal”. Não dava a mínima. Gostava de ir às aulas de dança; e era boa nisso também. Fui escolhida para participar de uma comédia musical no final do ano. Na hora de renovar a matrícula, minha mãe não o fez. Mas me inscreveu nas aulas de oratória. Era o que ela queria e o que ela podia se permitir. Senti-me desesperadamente infeliz; o que eu mais desejava era dançar. Nas aulas de oratória havia uma outra menina, filha de uma de suas amigas. Tínhamos a mesma idade, freqüentávamos o mesmo colégio, a mesma turma. Eu a odiava. Minha mãe comentava: “Não entendo por que você não pode

ser como ela, tão arrumada, educada e agradável”. Eu respondia: “Se você gosta tanto dela, por que não troca de filha?”. Agora estávamos juntas na aula de oratória e, sem dúvida, ela falava melhor também.

Mas eu me saía bem, ganhava prêmios nas competições. Mas não era a mesma coisa. Mais tarde, soube que minha mãe não me levava às aulas de dança porque isto significava ficar sozinha com as outras mães, e ela não poderia enfrentar tal coisa. Nunca pude perdoá-la por me negar a oportunidade de expressar meu corpo e minha alma; exaltar minha graça e minha força física. Mas, acima de tudo, jamais pude perdoá-la por não me ter deixado escolher.

Por meio do relato, fica claro o quanto a mãe controlava os sentimentos e ações da filha. A garota não tinha liberdade para fazer o que desejava. A mãe priva a filha do que ela gostaria de fazer para atender uma necessidade que é sua, buscando suas satisfações e não as da filha.

Enquanto isso, no colégio eu ia bem, mas não tanto. Gostava de estudar, porém preferia brincar e sonhar. Certamente eu iria para o ginásio; nunca houve qualquer dúvida quanto a isso, jamais. Eu era inteligente, o que significava freqüentar uma escola muitos quilômetros longe de casa. Ninguém mais escolheu a escola que eu queria, foram todas para um colégio só para meninas (nenhum menino conseguiu nota suficiente). Assim, aos dez anos, tendo passado para o ginásio, comecei a sentir minha solidão e isolamento.

A ida para o ginásio foi um fato importante em minha vida. Minha mãe diz que foi aí que saí de casa, quando tinha apenas onze anos. Lembro-me do uniforme, ligeiramente grande e novo demais, escandalosamente novo. Recordo-me de quando fomos comprá-lo; a ansiedade em acertar na compra e no preço. Lembro-me das meias cinza e dos sapatos, feios, de bico redondo. Precisava tomar dois ônibus para chegar ao colégio. No primeiro dia minha mãe foi comigo até a segunda parada. Estávamos ansiosas. No segundo ônibus, cheio de crianças que iam para o mesmo destino, dois alunos do segundo ano perguntaram meu nome, riram dele e me deram um apelido, que ficou comigo até eu crescer. Estava assustada com a nova escola, mas nos primeiros cinco minutos fiz amizade com uma menina: ela também ficou comigo.

A ida para o ginásio foi considerada um fato importante e contraditório para a garota. Ao mesmo tempo em que começava a conquistar sua liberdade, afastando-se de sua casa para ir à escola, sentia-se insegura e com medo, por estar longe do apoio dos pais.

Eu era popular com os professores — principalmente a de etiqueta. Eu brilhava, minha amiga me disse mais tarde — minha pele, meus cabelos brilhavam, meu sorriso cintilava de orelha a orelha.

Tinha muita energia e entusiasmo: puro e verdadeiro entusiasmo, aparentemente sem perceber a desconfiância que um tal comportamento desperta nos colegas. Eu era eu mesma e era animada. Havia indícios de insegurança naquela época, aos onze anos. Inventei que tinha um cachorro e uma irmã glamorosa com um nome glamoroso. Tive que me desfazer deles quando minha amiga foi a minha casa pela primeira vez. A agonia de ser descoberta. No primeiro ano fui um sucesso, minhas melhores matérias eram matemática e francês. No início do terceiro ano, eu não ia tão bem, nada de dramático, mas dava para perceber. Fiquei menstruada e dei meu primeiro beijo. As coisas começavam a mudar.

Comecei a querer privacidade — a pensar e sentir por mim mesma. Mas em casa não havia espaço — física ou emocionalmente. Aos sábados pela manhã meus pais sempre saíam para fazer compras: minha irmã,

quase casada, estava inevitavelmente fora. Eu costumava ir com eles. Agora, desejava desesperadamente ficar sozinha, em meu quarto, a sós com meu próprio corpo, que estava crescendo e se transformando. Ficava na cama quieta, e o tocava e explorava, e sentia meu cheiro. Era fascinante; comecei a experimentar sensações que me assustavam e excitavam. Não sabia o significado de tudo aquilo. Estava confusa e, quem sabe, alarmada. Sem dúvida, começara a assustar meus pais.

A passagem para a adolescência é descrita de maneira positiva. A garota é reconhecida e começa a ter suas próprias idéias. No entanto, a insegurança e a busca pela privacidade estavam presentes. A mudança de comportamento e o afastamento da família começam a assustar a própria garota e a seus pais.

Uma noite saí com a única amiga que morava no mesmo bairro que eu. Ela freqüentava um ginásio moderno, não tinha deveres de casa, podia voltar tarde e tinha irmãos quase homens. Fomos a uma exibição de ginástica e na volta começamos a conversar com dois meninos. Eles se mostraram interessados em nós duas, e nós neles. Perto da prefeitura, um deles me beijou e eu retribuí. Nunca tinha sentido aquilo antes, queria continuar beijando até ficar sem fôlego. Ele me beijou no pescoço e me mordeu com violência, apaixonado; eu adorei. Minha amiga precisou me arrancar dali e tomamos o mesmo ônibus. Desci a rua esquecida de tudo o mais que não fosse eu mesma: sem consciência da hora e de que meus pais estariam preocupados. Eles me esperavam ansiosos, e quando cheguei ao portão meu pai gritou comigo e minha mãe chorava. Fui direto para a cama. Meu pai me proibiu de sair durante um mês. Quando me deitei, mostrei para minha irmã as “mordidas de amor” e ela ficou preocupada. Eu também, e no dia seguinte, bem cedo, desci e passei base. Quando minha mãe acordou, contei o que tinha acontecido e mostrei-lhe o pescoço. Novamente, mamãe chorou e me chamou de “minha criança”. No colégio, no outro dia, uma garota me disse: “Você nem usa sutiã ainda e vem me dizer que deixou um garoto te beijar!”. Lembro-me de que me senti envergonhada, mas não sabia bem por quê.

E aí começaram realmente as brigas. Deixei de ir à igreja, que desde pequena freqüentava, levada por meu pai, todos os domingos. A igreja era austera e fria. O pastor nos dizia que nossas mentes eram muito estreitas para podermos alcançar o milagre de Deus e que sem Seu amor não valíamos nada. Quando cresci passei a odiar todos eles e suas atitudes piedosas e críticas. Numa das últimas vezes que fui lá usei meias de nylon sem minha mãe saber; quando ela descobriu ficou zangada. Queria que eu usasse meias soquete. Tinha muito tempo ainda para eu crescer. As pessoas na igreja lhe perguntavam por que eu não ia mais. Eu não ia porque não acreditava mais em Deus. Minha mãe me defendia, dizendo: “Ela jamais fará qualquer coisa que me envergonhe”.

Ir à igreja era ainda uma das poucas coisas que eu fazia com meu pai. Quando deixei de ir, interrompemos nossas caminhadas de ida e volta e as inevitáveis conversas. Talvez tenhamos deixado de conversar totalmente.

Comecei a usar trajes estranhos, que comprava nas lojas de roupas usadas ou que eu mesma fazia. E a maquiagem esquisita — lábios brancos ou pretos; pálpebras escuras ou roxas. Arranquei as sobrancelhas e pentei os cabelos para trás. Minha mãe ficou revoltada e gritou comigo, não ia me deixar sair daquele jeito, então tirei tudo e, no ônibus, tornei a colocar. Era uma fachada; no fundo, eu estava com medo e sozinha, mas desejava desesperadamente ser eu mesma, definir quem eu era, manifestar minha própria natureza. Não encontrava as palavras, por isso usava o corpo e o rosto. Olhava as fotografias nas revistas: ali as meninas eram lindas e magras. Eu gostava do ar macilento, porém infantil. Elas pareciam expressar algo que eu sentia. Mas eu não era magra, e queria ser. Parei de comer, não totalmente, porém aos poucos. Tornei-me vegetariana e minha mãe reclamou. Emagreci. Ela me levou ao médico, que tentou me convencer a comer peixe, pelo menos. Assim fiz.

Geralmente, na tentativa de testar limites, suas forças e a de seus pais, os adolescentes emitem comportamentos que vão contra o que suas famílias estabelecem e aceitam. O comportamento “rebelde” da garota pode ficar mais fácil de entender quando se percebe que ela jamais teve liberdade para expressar seus sentimentos e desejos. Ela encontrou, na maneira de agir e vestir, uma forma de expressar sua liberdade e de ferir seus pais pela privação a ela imposta.

Neste trecho do relato aparece a primeira relação da garota com a comida. A adolescência é caracterizada por uma fase de transformação corporal, onde a maioria das meninas estão insatisfeitas com o corpo que possuem. A insatisfação é reforçada pela sociedade e mídia, que impõem padrões de beleza inalcançáveis para muitas. Na tentativa de alcançarem o corpo magro, meninas mudam seus padrões alimentares, submetendo-se a dietas com baixa quantidade de calorias. Aqui, pode-se observar o início do quadro de anorexia.

Nas manhãs frias era pior. Ela tentava fazer-me comer mingau de aveia no café da manhã; eu me recusava e ficávamos sentadas ali - eu detestava minha mãe, queria que ela fosse embora, detestava essa intimidade logo de manhã cedo, odiava ser observada, ter aquela pessoa me olhando como se me visse por dentro. Eu ficava ali sentada, dura, rejeitando minha mãe e a comida, e me sentindo tão mal que acabava saindo feito uma fúria, batendo a porta de casa e o portão.

Finalmente, foi ela quem sucumbiu. Almoçávamos com minha irmã; minha mãe começou a chorar: “O que foi que eu fiz, por que ela não fala comigo, o que posso fazer?”. Senti-me vitoriosa, mas vazia. Foi assim durante os últimos anos de colégio: batalhas silenciosas com minha mãe; rancorosas e violentas comigo mesma.

Observa-se o quanto a afetividade da garota está deteriorada. Isto não a deixa entrar em contato com seus próprios sentimentos e com as emoções das pessoas que estão a sua volta. A anorexia torna-se um escudo, com o qual é possível se proteger e manter distância do seu mundo interno e externo.

Ter um membro com anorexia na família é algo extremamente desgastante. Toda a família se envolve no processo e o “comer” torna-se um momento sofrido. A energia e a atenção concentram-se na anoréxica que não se alimenta e define a cada dia.

No colégio, o quadro se anuviava. Tive resultados razoavelmente bons nos exames. Queria continuar me preparando para a faculdade, e assim fiz. Os últimos dois anos passaram-se numa névoa de desespero e depressão. Relacionava-me mal com os colegas; queria ser linda, mas achava que não era; tinha uma amiga, mas estávamos em grupos diferentes e, além do mais, ela tinha um namorado. Estava sozinha e me sentia solitária. Lia poesias, apreciava muito Keats, “*And now more than ever it seemed rich to die, to cease upon the midnight with no pain*”.* Ele expressava minha angústia. Não me sentia amada. Nos piores momentos até chorava, repetindo em meio aos soluços as palavras “ninguém me ama”. No final do curso descobri T. S. Eliot e carregava seus poemas comigo para

onde quer que fosse. Ele também parecia saber como eu me sentia, *“What shall I do now? What shall I do? I shall rush out as I am, and walk the street with my hair down, so. What shall we do tomorrow? What shall we ever do?”*.**

Eu descrevia minha vida usando palavras alheias. Não tinha voz própria. E ao fim, não só não me sentia amada, como achava impossível que alguém pudesse me amar. Podia mudar minha aparência, torná-la mais aceitável, atraente, amável, mas no íntimo não havia nada que se pudesse fazer para me salvar de minha própria feiúra.

Neste trecho fica claro o padrão de relacionamento superficial que a garota mantinha com as pessoas a sua volta. Este padrão impedia qualquer aproximação mais íntima, pois poderia revelar seu verdadeiro eu. O corpo magro, desejado por muitos, era utilizado como mediador destas relações, representando auto-controle, auto-estima elevada, felicidade, mas que, na verdade, não existiam.

Saí do colégio e fui para a faculdade. Não sabia realmente o que desejava fazer; ajudar os outros era a única coisa que me animava. A faculdade não era muito longe de casa. Estranho, mas eu não queria me afastar muito de meus pais. Estava feliz mas, de certa forma, não era preciso decidir sobre minha vida enquanto estava estudando. Podia evitar as responsabilidades. Quando me formei e consegui o primeiro emprego, tive que enfrentar decisões, aceitar a responsabilidade pela minha própria vida. A autonomia pela qual lutara com tanta bravura era agora uma forte ameaça. Comecei a ler, vorazmente; nada era o bastante. Como se eu estivesse procurando um sentido, uma identidade, uma explicação, uma maneira de poder ser amada. Encontrei um jovem que se apaixonou por mim e tive a primeira experiência sexual de verdade. Apaixonei-me por ele, mas quase imediatamente, fiquei assustada e fui dominada pelo meu desejo: como se isso fosse devorá-lo e destruí-lo. Acabei me detestando e odiando-o também. Ele ficou aflito no início, depois, zangado. Não me compreendia. Fiquei doente. Levaram-me para o hospital, onde me extraíram o apêndice. Quando saí, tinha emagrecido.

Ao conseguir o primeiro emprego, depois de formada, a garota viu-se obrigada a tomar suas próprias decisões, o que lhe gerava medo e insegurança, já que nunca tinha feito isto, pois seus pais faziam por ela.

Dois meses depois da operação fui a uma festa. Lá encontrei um antigo colega. Ele observou que eu estava mais magra e que ficava bem assim; de fato, ele disse, eu estava muito mais atraente. Daquele momento em diante, reduzi consideravelmente minha comida. Parei de comer batatas e pão; depois, a manteiga e o queijo. Comecei a “devorar” todas as informações possíveis sobre calorias; lia os livros de regimes com um interesse desgastante. Minha alimentação era balanceada, medida segundo seu valor calórico. Emagreci muito mesmo. Sentia-me bem, gostava de minha magreza, os ossos salientes dos quadris, os ombros esqueléticos. Achava-me agradável e importante. Quando saía com os amigos, entrava em pânico se o bar não vendia bebidas de baixo teor calórico. Achava que a comida estava me envenenando; que o hábito de comer e beber acabariam literalmente por me matar. Não demorou, e estava me alimentando apenas de frutas e torradas, alface, aipo e um pouco de carne bem magra. A dieta não variava. Todos os dias tinha que ser a mesma coisa. Entrava em pânico se a loja não tinha exatamente a marca de torradas que eu queria; era um terror se não pudesse comer, ritualmente, na mesma hora. Controlava com exatidão o que estava comendo; estava a salvo do perigoso mundo dos que vivem e comem - mas triste e desesperadamente só. Junto com o controle da comida e da incapacidade de me alimentar (era-me impossível comer), vinha a dificuldade de estar com os outros também. Estava sempre faminta, não era capaz de me

concentrar no que as pessoas diziam ou faziam. Matriculei-me num curso à noite para fazer novos amigos, mas não consegui agüentar. Às oito horas estava com tanta fome que não podia pensar em outra coisa. Nem mesmo em ler, uma atividade que me daria algum consolo. Às vezes, a fome era tão mais forte que acabava devorando tudo. Nas festas, pegava a comida, colocava na bolsa e levava para casa. Ocasionalmente, comia um pouco, mas ficava tão dominada pela culpa que vomitava tudo.

Mais uma vez os padrões de beleza estabelecidos e cobrados favorecem o agravamento do quadro de anorexia. Isto é reforçado também pela maneira como a garota relaciona-se com o mundo, achando que somente por meio da sua magreza será amada, reconhecida, aceita. Infelizmente, tudo isto a leva ao isolamento social e a padrões obsessivos de comportamento que a fazem viver em função do “comer” e do “não comer”

Algumas pessoas foram gentis e tentaram cuidar de mim, traziam comida natural, pois meu disfarce era este. Mas elas logo desapareciam, incapazes de suportar minha aflição. As mulheres, especialmente, sentiam-se atraídas, invejando minha magreza. Eu gostava de me vangloriar de não ter problema de peso, de poder comer o que quisesse e de realmente gostar de ricota e alface. Sabia que era capaz de fazer o que a maior parte das pessoas não conseguia; mas isso não me fazia sentir-me melhor.

Comecei a ficar doente; a perceber que havia alguma coisa muito errada comigo. Fui ao médico e expliquei que não conseguia comer e que tinha medo de acabar morrendo. Ele me encaminhou ao hospital.

Apesar de estar longe da família, a garota percebeu a gravidade de seu problema e procurou ajuda.

Fui para lá na hora marcada; na verdade, cheguei muito cedo. Na sala de espera, olhei à minha volta. Havia gente realmente doente — velhos e loucos. Todos pobres. Fiquei assustada com eles, assustada de ser um deles. Entrei em pânico, queria sair correndo. Mas fiquei e esperei que a médica chegasse.

A expressão dela era gentil e compreensiva; era alta mas não magra. Fiquei, de certa forma, tranqüila com sua aparência. Ela me fez perguntas; do que eu gostava, do que não gostava, minhas ambições. Quis saber sobre minha família, meu trabalho. Perguntou meu peso, não pareceu muito preocupada. Queria saber de mim. Nas consultas seguintes, ela me pesou para garantir que o meu peso fosse estável, mas jamais achei que isso fosse importante para ela. Importava o que eu achava de meu próprio corpo; o que significava ser magra; ter um relacionamento em que eu me sentia aceita pelo que eu era — *“Somehow being seen for what one was made up for the misery of being it”*. ***

No encontro com o profissional da área da saúde, a garota teve a oportunidade de se relacionar não com o seu corpo, mas com seus reais sentimentos. A partir do momento em que ela se aceita como realmente é, começa um processo de melhora.

Exatamente na época em que comecei as consultas regulares, vi meus pais. Foi uma época terrível para mim e para eles. Foi minha mãe que veio me visitar primeiro. Ficou visivelmente chocada com minha aparência e, é óbvio, alarmada. Tentamos conversar a tarde inteira e ela procurava me seduzir com

meus pratos preferidos. Eu recusava tudo. Na manhã seguinte, ela entrou em meu quarto com uma xícara de chá; tentou me abraçar, me segurar nos braços como um bebê, me consolar do jeito que fizera tantas vezes no passado. Mas não adiantou. “Vai embora, me deixa sozinha”. Meu corpo esquelético afastou-se dela, engoli os soluços. ‘Por favor, deixe-me ajudar, por favor’, ela implorava, chorando. Não adiantou nada. Ela saiu, derrotada e rejeitada.

O distanciamento entre pais e filha era aparente, pois somente depois de algum tempo puderam perceber o que se passava com a garota. A mãe parece tentar recuperar um tempo perdido, demonstrando afeto e preocupação com a filha, por meio da elaboração de pratos preferidos. No entanto, comida era o que a garota mais abominava. Isto afastava ainda mais as duas.

Voltei para casa logo depois dessa visita. Eram as minhas férias de verão. Eu estava muito, muito nervosa. Meu pai não me vira magra. Sem dúvida minha mãe lhe contara, preparara-o, mas eu sabia que ele ia ficar chocado. Ficou. Não disse nada; depois, soube que mais tarde ele foi ver minha irmã e desabafou. “Ela era tão bonita!”, disse. Ele perdera sua menininha. A família estava arrasada. As refeições eram uma agonia. Meu pai não conseguia deixar de comentar meu pratinho de comida, minha mãe ficava agitada, comendo ansiosa e evidentemente preocupada comigo. Ela fazia tudo o que eu costumava comer, mas eu não comia. Não conseguia colocar nada na boca. Eu não estava mais resistindo ativamente aos seus cuidados; era como se eu tivesse perdido. Não havia brigas, agora, nem discussões; ninguém ousava discutir ou discordar, com medo de que eu não agüentasse, tão frágil lhes parecia.

Por meio do relato fica evidente a luta existente entre mãe e filha.

É claro que estava frágil, mas também me sentia muito forte, indestrutível. No verão que passei em casa, comecei a me sentir melhor. No inverno seguinte, contudo, minha vida foi dura. Tive consciência de estar indescritivelmente triste e faminta. Comecei a perceber, com a ajuda de minha médica, que eu não precisava me sentir assim. Havia outros meios. Mas não era fácil.

O processo de alimentação iniciava-se com um copo de vinho branco. Minha médica dizia que “o superego era solúvel em álcool”. Depois de dois copos, eu começava a conseguir comer; como se minha vontade de ferro se derretesse, a fornalha era alimentada a álcool. Eu comia de um jeito desvairado e caótico; enfiava a comida na boca como uma criatura faminta. Depois, sentia-me culpada e fazia jejum um ou dois dias.

O caos era terrível; era como se eu estivesse perdida, empanturrando-me até explodir. Mas comecei a reconhecer, aos poucos, que comer também era bom. Passei a me alimentar cada vez mais freqüentemente; não de forma regular, porém do meu jeito esporádico, e comecei a gostar.

Talvez eu continuasse assim por muito tempo. A médica achava, sem dúvida, que eu estava bem melhor. Havia quase um ano que nos víamos todas as quintas-feiras. Juntas explorávamos meus sentimentos com relação a meus pais; e a confusão em que me encontrava acerca de quem eu era e queria ser. Eu confiava nela. Precisava dela; era uma pessoa que me ouvia com atenção, que não me julgava, não me dizia o que fazer, deixava-me ser. Eu tentava, com a ajuda dela, desenredar o emaranhado das minhas emoções confusas e conflitantes.

Mas no final a decisão tinha que ser minha. Era difícil de aceitar. Ela podia me ajudar, mas não podia me dizer como viver. A vida era minha, afinal de contas. Pertencia a mim; eu podia cultivá-la, alimentá-la, ou deixá-la morrer de inanição. Eu podia escolher. A carga pesava tanto que, às vezes, eu achava que não a suportaria sozinha. Relutante, parei de vê-la, e senti falta. Ela me indicou um outro grupo, que freqüentei algumas vezes, mas não gostei e não voltei mais.

A evolução no tratamento da anorexia nervosa passa por fases de reeducação alimentar, de aceitação corporal, aumento da auto-confiança e aumento da auto-estima. É um processo lento, que depende exclusivamente da boa vontade da paciente. Pelo relato, a garota estava disposta a melhorar.

Um dia, por acaso, encontrei uma de minhas vizinhas. Esse tempo todo eu vivia num apartamento. Percebi que não conhecia ninguém lá. Ela morava sozinha com um filho pequeno. Aos poucos fui conhecendo os dois. Ela era muito franca, gentil e amiga. Eu conseguia falar com ela, contar a meu respeito e até rir com ela. Muitas vezes ia visitá-la depois do expediente. Enquanto ela preparava a comida do menino, eu ficava olhando. Comecei a perceber como e o quanto as pessoas comiam; passei a aprender como me alimentar.

Havia outros amigos. Continuava encontrando minha amiga de colégio. Fomos companheiras durante tanto tempo que nos sentíamos à vontade uma com a outra; podíamos até deixar as frases incompletas. Uma colega do trabalho morava por perto com o marido e comecei a visitá-los. A casa deles era agradável e acolhedora, e nela sempre havia comida. Era bom estar com eles porque eram pessoas generosas e compreensivas.

Ingressei no centro comunitário local e fiquei bastante envolvida em algumas das campanhas. Isso despertou meu interesse; alguma coisa para fazer à noite e nos fins de semana, que eram as horas piores. Logo percebi que era capaz de me envolver, participar e até organizar projetos. Sentia-me bem.

Dois anos depois que tudo isso começou, eu ainda era magra, continuava ansiosa em relação à comida, continha o apetite, ignorava a fome (como se a admitindo estivesse admitindo ter necessidades). Mas era suportável. Conseguia relaxar, gostar de estar com as pessoas e dar-lhes alguma coisa, conseguia me concentrar, pensar e voltar a ser criativa.

Naquele Natal, quando me senti melhor, fui a uma festa, onde encontrei o amigo de um amigo. Ele era sensível e muito engraçado. Fez-me rir, ajudou-me e eu me senti bem e segura. Ele quis me ver de novo; colocando as mãos em meus ombros, disse que queria tornar a me ver. Eu estava encantada. Encontrei-me com ele várias vezes. Era tão óbvio que me queria, que não pude deixar de corresponder. Comecei a expressar meu desejo por ele; a fome que sentia dele quando estava ausente. E foi bom. Não o destruí, ele ganhou com isto: não o devorei, ele se tornou mais completo. Através de nosso relacionamento, senti-me bastante segura, bastante aceita para comer. E comia, não pratos enormes, mas com regularidade e prazer.

Nosso relacionamento foi a parte final do processo; algo que tinha começado muitos anos antes. Tantas pessoas tinham estado envolvidas, e cada uma me ajudou a seu modo.

O fim da história é, sem dúvida, o início. Sempre soube que havia uma resposta; que alguém sabia como viver sem dor e ansiedade. Descobri que achar as respostas, aprender a viver, era, por definição, doloroso, mas algo que não poderia mais fazer sozinha. Estava mais vulnerável do que antes, pois não me escudava mais na magreza e na infelicidade. Ser mulher é um negócio arriscado. Descobri diferentes estratégias para enfrentar isso; algumas que estão sob meu controle. O esforço para ser eu mesma, autônoma e livre, continua (Lawrence, 1991, p. 118).

A procura por um profissional capacitado e o reconhecimento de que estava com problemas, foram essenciais para a melhora da garota. Aos poucos ela foi retornando à vida social e aprendendo a se relacionar com os outros. A anorexia nervosa não era mais seu escudo. Agora, ela enfrentava os problemas de frente, utilizando suas próprias ferramentas.

*E agora mais do que nunca parecia esplêndido morrer, apagar-se à meia-noite sem dor’.

**O que farei agora? O que farei? Vou sair correndo como estou e andar pelas ruas despenteada, assim. O que faremos amanhã? O que faremos?’

***De certa forma, ser aceito pelo que se era compensava o sofrimento de ser assim’.

4 - CONCLUSÃO

A experiência relatada acima evidencia o quanto a anorexia nervosa é uma patologia grave que deve ser levada a sério por familiares e profissionais da área de saúde. Esta patologia surge de maneira camuflada. Muitos a confundem com uma fase da adolescência onde a menina deseja ficar mais magra. No entanto, a anorexia nervosa gera sérios conflitos psicológicos e comportamentais que atingem toda a família.

A história acima, trata-se de uma experiência anoréxica relatada por uma mulher. O quadro anoréxico iniciou-se na adolescência. Sabe-se que a adolescência é uma fase que, por si só, já é difícil, pois é uma época da vida em que os jovens se defrontam pela primeira vez com a possibilidade de conquistar a própria independência. É também o período em que começam a questionar sua identidade.

Muitos adolescentes não encontram em suas famílias espaço, tanto emocional quanto físico, suficiente para se desenvolverem como pessoas, pois geralmente possuem pais superprotetores que não os deixam viver suas próprias vidas.

Na experiência relatada, a garota estava envolvida numa luta por autonomia que se sentia incapaz de enfrentar. A garota, que atravessava uma fase anoréxica, desistiu temporariamente de tentar “fingir” que era independente. A luta para entender a vida como um adulto autônomo foi abandonada. Todos os seus sentimentos e necessidades infantis voltaram a aflorar e sua mãe tornou-se o alvo desses sentimentos confusos e ambivalentes.

Viu-se, no decorrer do trabalho e no caso relatado, que não é possível apontar uma única causa para a anorexia nervosa. Esta recebe a influência de inúmeros fatores, como sócio-culturais, familiares e subjetivos, o que caracteriza sua etiologia multifatorial.

Nos aspectos sócio-culturais, encontra-se a forte influência da mídia, que dissemina de maneira veloz os padrões de beleza estabelecidos. No caso

relatado anteriormente, o quadro de anorexia começa a se “revelar” quando a garota, já na adolescência, deseja ter o corpo magro exposto nas revistas de fotografias. Posteriormente, o quadro agrava-se quando ela recebe o elogio de um rapaz, que a achou mais atraente depois de perder alguns quilos. A partir daí sua obsessão por emagrecer aumentou cada vez mais.

Quanto à família, de acordo com as características relatadas, possuía padrões rígidos em suas relações, apesar de, aparentemente, ser uma família feliz. Na infância, a garota era muito próxima do pai e distante da mãe e irmã. A mãe lhe impunha o que deveria fazer, tomava as decisões por ela. A garota não tinha liberdade de escolha e autonomia. O distanciamento da mãe veio a agravar-se na adolescência, o pai tornou-se ausente em seu discurso. Como relata a garota, sua família não dava o espaço e privacidade que ela precisava.

A anorexia foi a maneira que a garota encontrou para organizar sua vida psíquica e buscar sua autonomia. Esta etapa foi fortemente caracterizada pelo seu processo de subjetivação, que direcionou toda a sua maneira de se relacionar com sua família, seus amigos, seu mundo.

Geralmente, as pessoas usam, despercebidamente, os sintomas da anorexia como uma concha protetora. Reconhecer que se têm necessidades é sempre um passo doloroso e assustador. É muito mais seguro negá-las e fazer um esforço para ser forte e auto-suficiente. Na anorexia a pessoa tenta negar suas necessidades a tal ponto que não as reconhece mais, perdendo o contato com determinados aspectos de si mesma.

No desenvolvimento do presente trabalho buscou-se o tempo inteiro, não o esgotamento do assunto em questão, e sim sua reflexão, de forma que os profissionais de saúde tenham consciência da importância de que múltiplos fatores exercem influência na determinação da anorexia nervosa.

O conhecimento de como se deu a formação da subjetividade do indivíduo é de fundamental importância para que se tenha uma visão melhor do processo de formação desta patologia, pois esta será desencadeada pela maneira

como a pessoa recebe, interpreta e dar sentido ao que acontece no mundo a sua volta, recebendo influencias tanto do ambiente sócio-cultural quanto do ambiente familiar em que ela está inserida.

Com base nisso, torna-se mais fácil a compreensão desta patologia e o reconhecimento de que, para determinadas mulheres, a anorexia não é o problema e sim a solução. É a solução para um problema com o qual é impossível lidar de outra forma. Estas mulheres sentem-se seguras dentro dos muros da solução que encontraram para enfrentar o mundo. O sentimento de que a anorexia as protege é perfeitamente legível, embora na maioria das vezes possa representar um estado físico e psíquico extremamente doloroso.

5 - REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ANDRADE, Angela e BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Mídia e subjetividade: impacto no comportamento alimentar feminino. Revista de Nutrição., jan./mar. 2003, vol.16, no.1, p.117-125. ISSN 1415-5273.

APFELDORFER, G. Anorexia, bulimia, obesidade. Lisboa: Instituto Piaget. 1997.

BUCKROYD, J. Anorexia e bulimia - Esclarecendo suas dúvidas. São Paulo: Ágora. 1996.

CHAVES, Antonio Marcos. O fenômeno psicológico como objeto de estudo transdisciplinar. Psicologia Reflexão e Crítica., 2000, vol.13, no.1, p.159-165. ISSN 0102-7972.

CORDÁS, T.A.; COBELO, A.; FLEITLICH, B.; GUIMARÃES, D.S.B.; SCHOMER, E. Anorexia e bulimia - O que são? Como ajudar? Um guia de orientações para pais e familiares. Porto Alegre: Artes Médicas. 1998.

FERREIRA, Ricardo Franklin, CALVOSO, Genilda Garcia e GONZALES, Carlos Batista Lopes. Caminhos da pesquisa e a contemporaneidade. Psicologia Reflexão e Crítica., 2002, vol.15, no.2, p.243-250. ISSN 0102-7972.

GAMMER,C.;CABIÉ, M.C. Adolescência e crise familiar. Lisboa: Climepsi. 1999.

GONZÁLEZ REY. F.L.. Sujeito e subjetividade. São Paulo: Thomson Pioneira. 2003.

_____ Pesquisa qualitativa em psicologia - caminhos e desafios. São Paulo: Thomson Pioneira. 2002.

GUATTARI, F.;ROLNIK, S. Micropolítica - cartografias do desejo. Petrópolis: Vozes. 1996.

HOLMES, D.S. Psicologia dos transtornos mentais. Porto Alegre: Artes Médicas. 2001.

KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J. Tratado de psiquiatria. Porto Alegre: Artes Médias. 1999.

Lawrence, M. A experiência anoréxica. São Paulo: Summus, 1991.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento - pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco. 1998.

MOLON, S.I. Subjetividade e constituição do sujeito em Vygotsky. São Paulo: Educ. 1999.

MORGAN, Christina Marcondes; AZEVEDO, Angélica M.Claudino. Aspectos sócio-culturais dos transtornos alimentares. Psychiatry On-line Brazil, fevereiro 1998, vol. 3, no 2, ISSN 1359-7620.

Transtornos alimentares e cultura: Notas sobre a oitava conferência em transtornos alimentares – New York, 1998. Psychiatry On-line Brazil, julho 1998, vol. 3, no 7, ISSN 1359-7620.

NICHOLS, M.P.; SCHWARTZ, R.C. Terapia familiar - conceitos e métodos. Porto Alegre: Artes Médicas. 1998.

NUNES, M.A.A ; APPOLINÁRIO, J.C.; ABUCHAIM, A.L.G.; COUTINHO, W. et al. Transtornos alimentares e obesidade. Porto Alegre: Artes Médicas. 1998.

WOLF, N. O mito da beleza - como as imagens de beleza são usadas contra as mulheres. Rio de Janeiro: Rocco. 1992.

<http://www.psiqweb.med.br/dsm/alimen.htm>, acesso dia 02/09/2003