

ANOREXIA NERVOSA: AFIRMAÇÃO DE UM DESEJO DE MORRER OU DE UM MODO DE VIVER?

Patrícia Becker
Dulce Grasel Zacharias

RESUMO

O transtorno alimentar é compreendido como uma alteração no que tange a alimentação ou o comportamento associado a esta, trazendo prejuízos para o indivíduo nas esferas física, psíquica e social. A anorexia nervosa, enquanto uma das manifestações do transtorno alimentar caracteriza-se pela extrema restrição da ingestão calórica; por um medo mórbido de engordar; por comportamentos que não possibilitam o aumento de peso; pela distorção da imagem corporal; autodesvalorização; não percepção do baixo peso e da gravidade do quadro clínico. Essa psicopatologia ainda se divide em tipo restritivo, que caracteriza a perda de peso por meio de dieta, jejum e/ ou exercícios físicos em excesso e tipo compulsão alimentar purgativa, que envolve vômitos autoinduzidos, uso de laxantes, diuréticos e/ ou enemas. Tais fatores colaboram para a manutenção de um peso corpóreo abaixo do esperado para uma pessoa adulta. A partir da experiência proporcionada pelo Estágio Integrado em Psicologia I, o qual foi realizado no Serviço Integrado de Saúde – SIS – da Universidade de Santa Cruz do Sul, no primeiro semestre de 2017, objetivo apresentar um trabalho que visa articular a teoria com a prática clínica, através de um estudo de caso de uma paciente diagnosticada com anorexia nervosa do tipo restritivo. Por meio do processo de psicoterapia individual e da pesquisa do referencial teórico, é possível afirmar que o surgimento do transtorno alimentar transcende as questões puramente estéticas, podendo ser compreendido também como a manifestação de um sofrimento, que por vezes, não é revelado através da fala, mas, por meio de uma atitude que se mostra e é percebida através do corpo. Em muitos momentos esse sofrimento aparece atrelado às questões familiares, principalmente aquelas que se referem aos conflitos emergentes a partir da interação e da comunicação disfuncional entre os membros da família, de modo que os sintomas da anorexia nervosa aparecem enquanto uma metáfora que busca manifestar, corporalmente, essas situações disfuncionais que, em geral, não são discutidas no seio familiar. Com base nesse entendimento, o presente estudo vai utilizar como aporte teórico a Teoria Sistêmica, a qual busca, de forma engajada, compreender como as relações e as interações familiares contribuem, ou não, para o surgimento dessa psicopatologia, assim como, para a manutenção dos referidos sintomas. No que tange ao estudo de caso, é possível identificar, no decorrer do mesmo, como as diferentes influências provenientes da família interferem de forma incisiva na vida e no modo de viver da paciente.

Palavras-chave: Transtorno Alimentar. Anorexia Nervosa. Família. Teoria Sistêmica.

INTRODUÇÃO

A sociedade é historicamente atravessada por diferentes modelos ditos ideais, os quais nos são impostos, apesar de normalmente parecerem um desejo individual, sendo que de modo geral, somos impelidos a escolher um destes para que possamos nos sentir confortáveis e pertencentes a um determinado lugar ou grupo. Comumente esses modelos querem dizer mais do que aparentemente dizem, apontando para os principais aspectos que movem a sociedade naquele dado momento.

Um dos modelos impostos refere-se ao ideal de beleza e de feminilidade, o qual vem se modificando e se alternando com o passar do tempo, embora, ainda se faça presente nos

dias atuais, demarcando um lugar desejado, mas de difícil acesso, por vezes alcançado através de sacrifícios e de mudanças drásticas, que envolvam um querer verdadeiramente. Nesse contexto, muitas vezes, as mudanças alimentares surgem como um meio, cujo fim é alcançar o padrão demarcado como ideal, encontrando, dessa forma, aceitação social e felicidade.

Quando essas modificações nos hábitos alimentares e na forma de perceber o alimento tornam-se exageradas, trazendo prejuízos para a saúde física, psíquica e social do sujeito, podem ser consideradas patológicas e caracterizar o início de um Transtorno Alimentar. Na maioria dos casos, o surgimento desse transtorno é inicialmente motivado por uma questão estética, no entanto, vale ressaltar que outras demandas estão presentes nesse quadro, como sintomas depressivos, de ansiedade, baixa autoestima, os quais podem causar intenso sofrimento ao sujeito.

O presente trabalho tem como objetivo articular a teoria e a prática clínica através de um estudo de caso, o qual vai narrar a história de uma paciente com anorexia nervosa do tipo restritivo, designando um transtorno alimentar. Para tanto, o estudo de caso foi utilizado enquanto metodologia; os resultados e a discussão do caso vão se dar à luz do referencial teórico acerca desta psicopatologia, relacionando-a com a Teoria Sistêmica, que abarca os estudos sobre as relações e interações familiares, assim como, a forma que estas influenciam no surgimento do transtorno alimentar. Por fim, trarei as minhas considerações sobre o que será exposto a seguir.

Este estudo tem como propósito contribuir com reflexões mais ampliadas acerca do transtorno alimentar, compreendendo-o para além das questões físicas e nutricionais. O mesmo objetivo se tem em relação ao sujeito, que deve ser percebido e se perceber para além da doença, de forma que as suas potencialidades sejam ressaltadas.

METODOLOGIA

O presente trabalho foi desenvolvido durante o Estágio Integrado em Psicologia I, o qual foi realizado no Serviço Integrado de Saúde – SIS – da Universidade de Santa Cruz do Sul e trata-se de um estudo que busca fazer interlocuções entre a teoria e a prática clínica, através de um estudo de caso. Os dados que dizem respeito ao caso clínico foram obtidos e tomaram forma através do processo da psicoterapia, que ocorre na modalidade individual e semanal no Serviço mencionado.

No que concerne ao estudo de caso, este pode ser compreendido como uma “modalidade de pesquisa [...] como uma metodologia [...] Visa à investigação de um caso específico, bem delimitado, contextualizado em tempo e lugar para que se possa realizar uma busca circunstanciada de informações” (VENTURA, 2007, p. 384). Autores como Goode e Hatt (1979) citados por Ventura (2007) apontam que o estudo de caso pode ser utilizado com

o objetivo de sistematizar as informações que dizem respeito àquele sujeito, considerando-o em sua totalidade e inserido no meio.

A mesma autora ainda destaca a importância da revisão bibliográfica enquanto uma possibilidade de fundamentar teoricamente o estudo de caso, sendo possível refletir sobre o que os diferentes autores, através das suas práticas, têm a dizer sobre casos semelhantes, possibilitando também pensar sobre as diferenças entre estes. Ventura (2007, p. 385) também salienta que essa metodologia é indicada “para pesquisadores individuais, pois dá a oportunidade para que um aspecto de um problema seja estudado em profundidade dentro de um período de tempo limitado.”

Dessa forma o estudo de caso, enquanto metodologia, contribuiu de forma significativa com os objetivos propostos para esse estudo, possibilitando uma construção complexa e inacabada que retrata, por meio da escrita, sentimentos, histórias, teoria e prática, proporcionando a reflexão sobre o caso em si, de maneira individual e abrangente, elencando os diferentes fatores que o constituem. Ao mesmo tempo esse estudo pode contribuir com outros que virão, tendo em vista que, apesar das singularidades de cada sujeito, algumas questões são comuns e podem ser visualizadas em outros estudos de caso.

RESULTADOS

T.K.¹, 43 anos, solteira, é uma mulher de estatura média, gosta de música, de usar brincos e de pintar as unhas da cor vermelha, é muito ativa, culta, inteligente, aprecia bons livros e boas histórias, admira gentileza e respeito, tem interesse por futebol, adora exercitar a mente com palavras cruzadas ou jogos de adivinhação. Ela é natural de Santa Cruz do Sul e reside no mesmo município; é Pós Graduada em Química Industrial e trabalha como funcionária pública em uma escola municipal ministrando aulas de Matemática, entretanto, desde o ano de 2012 está afastada do trabalho e segurada por licença saúde, tendo em vista o agravo clínico do seu quadro de Transtorno Alimentar.

A paciente tem anorexia nervosa do tipo restritivo e, em decorrência das complicações de saúde física e psíquica não está desempenhando a sua atividade laboral atualmente, de modo que não tem prazo determinado para retornar ao trabalho. T.K. foi encaminhada pelo CAPS II para o Serviço Integrado de Saúde – SIS – em 2015, por conta do transtorno alimentar que está associado a episódios depressivos, de ansiedade e comportamentos obsessivo-compulsivos. Além da psicoterapia individual realizada com um estagiário do curso de Psicologia, teve e continua tendo acompanhamento com profissionais do curso de Medicina nas áreas de Psiquiatria e Endocrinologia e com os estagiários e profissionais do curso de Nutrição. Além do acompanhamento realizado no SIS, T.K. continua sendo assistida

¹ Respeitando as orientações éticas e visando preservar a identidade da paciente, ela não terá o seu nome revelado, sendo referida pelas iniciais deste.

no CAPS II, onde participa de oficinas terapêuticas de teatro e artesanato semanalmente.

O quadro de transtorno alimentar foi desenvolvido na adolescência, tendo iniciado com episódios de bulimia e depois anorexia, intercalando, posteriormente, as duas manifestações psicopatológicas. Nesse período ela passou a se sentir muito insatisfeita com o próprio corpo, achava-se gorda, desproporcional em relação a outras meninas, tinha baixa autoestima, desejando ser bonita e famosa como as modelos da época. Além disso, passou a ter manifestações sintomáticas após a menarca, o que aumentava o seu estresse, irritação e descontentamento consigo mesma. Por conta própria pesquisou em jornais e revistas como poderia emagrecer, iniciando as primeiras manifestações bulímicas e, em seguida, anoréticas, associadas a prática excessiva de exercícios físicos. Ao perceber tal situação a mãe conversou com o pai, porém, ele não acreditava que tal manifestação poderia tornar-se patológica, desconsiderando o que a esposa dizia, dando-se conta disso aos poucos, somente depois do início do tratamento médico.

No decorrer do seu percurso de vida e tratamento T.K. já foi submetida a diferentes modalidades terapêuticas, tendo, inclusive, passado por internações, tanto no Hospital Santa Cruz em Santa Cruz do Sul quanto na Unidade de Internação Psiquiátrica (UIP) do Hospital de Clínicas em Porto Alegre, serviço referência no Estado para o atendimento especializado de pacientes com Transtorno Alimentar. Atualmente, ela recebeu indicação médica para solicitar nova internação psiquiátrica no Hospital Santa Cruz, pelo fato da piora clínica do seu quadro psicopatológico. Porém, neste momento o hospital não tem leito disponível para esse tipo de internação, de modo que T.K. foi orientada a aguardar tal disponibilidade hospitalar. No final do mês de maio do ano de dois mil e dezessete, T.K. estava pesando 35,5 Kg, qualificando o seu índice de massa corporal (IMC) bastante abaixo do que é considerado adequado para a saúde de um adulto. Conforme indicação do psiquiatra do SIS, faz uso dos psicofármacos amitriptilina e quetiapina; há um tempo também fazia uso de fluoxetina, porém, o profissional não manteve essa prescrição tendo em vista que tal medicamento pode causar diminuição do apetite.

Ela é a primogênita da família, tendo dois irmãos homens mais jovens, os quais ficavam sob seus cuidados enquanto os pais trabalhavam. Durante a sua infância teve pouco contato com o pai em função de que este trabalhava muito, portanto, ele pouco se envolveu com as suas questões escolares ou de saúde, deixando para a esposa essa reponsabilidade. Em algumas situações as investidas do pai eram com o objetivo de que a filha se alimentasse, então ele tentava lhe incentivar através de brincadeiras. No entanto, desde a tenra idade T.K. não desejava o alimento e, com o passar do tempo, tal negativa passou a incomodar o pai e ele modificou a sua atitude frente a isso, forçando a filha a comer, nem que para isso precisasse colocar o cinto em cima da mesa, durante as refeições. Para ela, esses momentos que nunca foram prazerosos passaram a ser de intenso sofrimento, tendo em vista

que normalmente os realizava sob a pressão do pai, que tentava lhe inculcar medo.

Atualmente T.K. reside na casa que é de propriedade dos pais, na companhia deles e do irmão mais jovem; o irmão mais velho reside sozinho. Os pais, já idosos e muito religiosos, assumem a posição de autoridade e de autoritarismo dentro do ambiente familiar, atitude que foi se intensificando de uns tempos para cá, tendo em vista que ambos se aposentaram e permaneceram bastante tempo em casa, não desejam receber visitas e nem fazê-las, demonstrando que preferem permanecer distantes dos olhares externos. O irmão mais velho de T.K. teve muitos conflitos com a ex-esposa, com quem tem uma filha, culminando na separação do casal e na mudança da ex-esposa e da filha para outro estado, o que trouxe muito sofrimento para ele e para a família, que se envolveu nessa questão; hoje a situação está melhor resolvida e a menina visita o pai, os avós e os tios regularmente, ocasiões que são motivo de alegria. O irmão mais novo é graduado em Odontologia, embora não exerça a profissão, pois, durante o curso começou a ter episódios depressivos, trancava-se no quarto e ficava dias sem sair e sem interagir com ninguém, usando o banheiro e a cozinha apenas durante as madrugadas, situação que se agravou quando descobriu que teve uma filha na Amazônia, no período em que trabalhou lá, optando por não manter contato com a filha e a mãe dela; atualmente intercala momentos em que fica várias semanas dentro do quarto, com momentos em que sai de lá, o que normalmente ocorre quando a sua sobrinha vem visitá-los.

DISCUSSÃO

Os transtornos alimentares são apresentados e definidos na quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (2014) como uma “perturbação persistente na alimentação ou no comportamento relacionado à alimentação” (p. 329) e podem ocasionar o comprometimento físico e/ ou psicossocial do sujeito. Atualmente são descritas seis categorias de transtorno alimentar, quais sejam: pica, transtorno de ruminação, transtorno alimentar restritivo/ evitativo, anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno de compulsão alimentar.

No que concerne em específico à anorexia nervosa, o DSM-5 (2014) apresenta três critérios diagnósticos para esse transtorno, estando presente, necessariamente, a restrição extrema da ingestão de calorias, determinando para o sujeito um peso abaixo do que é considerado normal para a sua idade; medo excepcional de engordar ou de ganhar peso, manutenção de comportamento que interfere na possibilidade de aumento de peso; perturbação no modo de vivenciar o peso e o próprio corpo, autodesvalorização e não percepção do baixo peso e da gravidade do quadro clínico. A anorexia nervosa ainda divide-se em tipo restritivo, que caracteriza a perda de peso por meio de dieta, jejum e/ ou exercícios físicos em excesso; e tipo compulsão alimentar purgativa, que envolve vômitos autoinduzidos, uso de laxantes, diuréticos e/ ou enemas.

As discussões e tratativas visando a prevenção desse transtorno alimentar estão presentes na contemporaneidade, no entanto, é possível verificar indícios desse quadro clínico no período da Idade Média entre as santas e beatas católicas que, segundo Bucarechi (2003) citada por Fráguas (2009), se utilizavam do jejum autoimposto para se purificar e, assim, se aproximar mais de Deus ou, para tentar evitar casamentos arranjados, colocando a própria vida em risco.

A anorexia nervosa geralmente atinge pessoas do sexo feminino em diferentes faixas etárias e, em menor grau, pessoas do sexo masculino. Frequentemente, a pessoa com anorexia apresenta comportamentos obsessivo-compulsivos e características perfeccionistas (FRÁGUAS, 2009). No que diz respeito aos comportamentos obsessivo-compulsivos, o DSM-5 (2014) esclarece que normalmente eles dizem respeito ao alimento, porém, quando estes se voltam para outras esferas da vida do sujeito devem ser avaliados, tendo em vista a possibilidade de um diagnóstico adjacente de transtorno obsessivo-compulsivo (TOC).

Considerando o caso de T.K. pode-se pensar nesse diagnóstico adicional como uma hipótese clínica, tendo em vista que ela mantém comportamentos obsessivo-compulsivos em relação a limpeza e não apresenta mais essa atitude frente aos alimentos de modo considerável, talvez pelo fato de estar em um período da doença em que mantém uma extrema restrição alimentar e não cogita a ingestão de inúmeros alimentos, limitando-se, basicamente, ao consumo de água, café, chimarrão, suco de laranja e caldo de feijão (os dois últimos são diluídos com bastante água).

De acordo com um dos critérios diagnósticos já citados, o sujeito com anorexia percebe e vivencia a experiência do seu corpo de forma distorcida, normalmente exagerada. O aumento de peso ou o simples pensar sobre essa possibilidade torna-se uma realidade inimaginável, cercada por tristeza e ansiedade. Em seu discurso, T.K. afirma perceber que a maioria das pessoas são “normais, estão bem assim” (sic), algumas são gordas e outras têm anorexia, demonstrando que a distorção corporal diz respeito somente a ela. Giordani (2006) complementa essa ideia, afirmando que o medo mórbido de engordar não perde forças com o emagrecimento, apenas reforça o desejo de emagrecer e o medo de engordar. Bidaud (1998 *apud* GIORDANI, 2006) aponta que foi Lasègue (1873), psiquiatra francês, que estudou de modo mais aprofundado sobre as distorções corporais que caracterizam a anorexia, como também, a negação das pacientes sobre a gravidade do seu quadro clínico. Para o psiquiatra, a paciente com anorexia “não deseja a cura, como também se regozija nas restrições que sua conduta lhe impõe” (p. 81). É importante ressaltar que essa distorção não é voltada somente ao corpo, mas também em relação ao eu do sujeito, caracterizando uma baixa valorização de si, das suas potencialidades e qualidades. Por esse motivo, é comum a presença de um humor instável e de muitos episódios depressivos no curso da doença (FRÁGUAS, 2009).

Entende-se por imagem do corpo humano a figuração de nosso corpo formada em nossa mente, ou seja, o modo pelo qual o corpo se apresenta para nós. Há sensações que nos são dadas. Vemos partes da superfície do corpo. Temos impressões táteis, térmicas e de dor (...) Além disso, existe a experiência imediata de uma unidade corporal. Esta unidade é percebida, porém é mais do que uma percepção. Nós a chamamos de esquema de nosso corpo (...) de modelo postural do corpo. O esquema do corpo é a imagem tridimensional que todos têm de si mesmos. Podemos chamá-la de imagem corporal. (SCHILDER, 1999, p. 7 *apud* GIORDANI, 2006, p. 84).

Giordani (2006) ainda coloca que algumas pessoas podem sentir partes do seu corpo “gordas”, de forma que a perda de peso se dá em função desta. O número que representa o peso corporal tem grande valor e a perda dele é reconhecida como uma grande conquista e um enorme autocontrole. T.K. demonstra ter ciência de que os seus braços são finos e gosta da visibilidade da sua clavícula, no entanto, percebe que as suas coxas são grossas e sente que não está bem assim.

Esse transtorno carrega consigo, como característica marcante, a negação do próprio estado físico patológico, manifestando-se em uma não compreensão dos limites corporais, o que coloca a vida do paciente em risco, mas que não muda o seu desejo e comportamento autoimposto de restrição ou purgação. “Numa espécie de lucidez amarga que é destilada através do discurso sobre a doença, o sujeito conhece os riscos, mas os desconsidera completamente”. (GIORDANI, 2006, p.83).

A anorexia nervosa é uma manifestação patológica que emerge, comumente, no ambiente familiar, no entanto, a família pode ter dificuldade para perceber os primeiros sinais manifestados, tendo em vista que o sujeito consegue disfarçar as mudanças nutricionais e comportamentais que vem fazendo, além de demonstrar satisfação pessoal e mascarar a sua verdadeira situação. Nesses casos, é comum que os pacientes se sintam bem nessas condições e dificilmente procuram ajuda médica ou psicológica, sendo que normalmente tal movimento é realizado pelos familiares. (FRÁGUAS, 2009).

Em relação à história de vida de T.K., alguns aspectos chamam a atenção e podem estar, de alguma forma, relacionados com o desenvolvimento desse transtorno. Ainda jovem T.K. descobriu que a mãe engravidou dela antes do casamento, entretanto, durante muito tempo a matriarca negou essa afirmativa, sendo, posteriormente, desmentida pelo marido. Aparentemente o fato da gravidez antes do casamento mobilizou questões relacionadas às crenças do casal, as quais não foram discutidas e esclarecidas, permanecendo no silêncio de ambos, de modo que tal circunstância passou a ser um segredo entre eles, embora T.K. estivesse diretamente envolvida, pois, também dizia respeito a ela.

Os núcleos familiares são permeados pela comunicação que, em geral, ocorre verbalmente, embora ela também possa acontecer através do corpo, das expressões e das tensões que pairam no ambiente, geradas pelo não dito. Nesse sentido, entende-se que “os

segredos são fenômenos sistêmicos” (IMBER-BLACK, 1994, p. 21) e, por isso, determinam o modo de organização e funcionamento das famílias, especificando quem sabe deles e quem não sabe. Esse saber ou não saber possibilita a formação de díades entre os membros familiares, gerando sentimentos de exclusão ou isolamento naqueles que não fazem parte desta.

A descoberta desse segredo suscitou muitos sentimentos em T.K. e ela passou a acusar a mãe, afirmando que esta não desejava a gestação, tendo negado a própria filha. Muitos desses sentimentos ainda permanecem vivos, e ao passo que a mãe os nega também os reforça, principalmente nos momentos em que diminui a filha, menosprezando-a, demonstrando maior interesse afetivo pelos filhos homens.

Os segredos têm diferentes significados para cada família, dependendo da sua cultura e daquilo que consideram correto ou não, além disso, os significados também podem variar para cada membro, ao passo que um pode entender o segredo com necessário e positivo naquele momento, enquanto outro pode entendê-lo como uma traição, conotando-o negativamente. O conteúdo do segredo carrega o motivo pelo qual ele é mantido em sigilo, sendo o lugar onde se “encontram as origens do estigma, vergonha e o medo da revelação e da dissolução da família, que alimenta poderosamente o processo de manutenção do segredo”. (IMBER-BLACK, 1994, p.22).

Em alguns momentos parece que a relação de T.K. e da mãe transforma-se em uma competição que busca a atenção dos homens da casa. Verifica-se isso nos momentos em que T.K. afirma que a mãe tinha ciúmes da relação dela com o pai, que era boa, antes da sua doença, ao passo que a relação do casal era permeada por conflitos. Acredita que depois da sua doença a mãe tenha conseguido elementos para colocar o pai contra ela, afirmando que depois disso ambos não conseguiram mais relacionar-se bem, conflitivas que ainda se fazem presentes.

No que concerne ao casal, surgiu há pouco a informação de que este era permeado pela violência física do pai contra a mãe, apontando para uma relação disfuncional, patológica. Tal situação provocou muito sofrimento em T.K., pois, sentia-se impotente frente aos comportamentos violentos do pai e a não confrontação da mãe, nutrindo sentimentos de responsabilidade que não conseguia suportar, pois, não condiziam com as suas atribuições de filha.

Vale ressaltar que o transtorno alimentar iniciou nesse mesmo período, surgindo, talvez, com o objetivo de alterar o foco de atenção do pai, colocando-o para si e tirando-o da mãe, como uma tentativa de cessar a violência vivenciada pelos membros mais frágeis da família. T.K. sempre foi uma aluna exemplar e, em diversas situações, tentava se utilizar disso para chamar a atenção do pai, no entanto, esses comportamentos nunca foram valorizados por ele e, por isso, não eram suficientes.

Os comportamentos agressivos dentro do âmbito familiar também podem ser responsáveis pela manutenção sintomática de T.K., tendo em vista que o pai lhe ameaçava nos momentos da refeição, se utilizando do seu poder e do medo dela para forçá-la, sob pena de ser submetida à mesma violência que presenciava frequentemente. Nesse sentido, a possibilidade de negar o alimento e a ordem proferida pelo pai traz, sob a forma de um sintoma, a sensação de que ele não é tão poderoso e de que ela pode fazer outra escolha, que não a dele, comprovando isso para ele e para si mesma de forma concreta, a olhos nus.

As situações de violência física não fazem mais parte do ambiente familiar atualmente, porém, o fato de não conversarem abertamente sobre isso faz com que muitas questões não sejam esclarecidas, ao passo que tal histórico parece fazer parte de um passado que não condiz com o dessa família, que, aparentemente, é unicamente composta por pessoas religiosas, bem instruídas e “tradicionais”, o que parece caracterizar outro segredo. A família não consegue estabelecer uma comunicação clara entre os seus membros, sendo que este é um dos principais entraves existentes no grupo, que se comunica, de modo geral, através de xingamentos e cobranças, o que estabelece relações permeadas pela violência verbal e psicológica.

De acordo com Karpel (1980) citado por Imber-Black (1994), um segredo no âmbito familiar vai modificar completamente a forma e os processos de comunicação, em função de que as conversas e as interações precisam ocorrer de forma controlada para que o segredo não emergja. Esse modo de comunicar é bastante limitado e torna difícil a resolução dos conflitos, tendo em vista que eles deixam de ser discutidos e, dessa forma, solucionados.

Mesmo depois de alguns segredos serem revelados, a família de T.K. acabou por manter essa postura de diálogo mais limitada e ainda não conversa abertamente sobre esses segredos, por isso, muitas questões ainda não foram clarificadas, dificultando as boas relações. Em alguns momentos, ao que parece, a família também adotou essa postura para com as relações externas, as quais são poucas e raramente ocorrem, como se esta fosse uma tentativa de proteger a família e os segredos do mundo exterior, por medo e vergonha.

Imber-Black (1994) traz de forma interessante a relação que pode ocorrer entre os segredos e os sintomas no ambiente familiar, elucidando quatro possibilidades. A primeira trata da manutenção de um segredo para encobrir um sintoma, tanto pela pessoa sintomática quanto pela família, apontando que tal questão é motivo de vergonha e por isso deve ser mantida em sigilo. A segunda relação aponta que o sintoma pode servir como uma metáfora de um segredo, sendo uma expressão simbólica que, de alguma forma, tenta transmitir o que está escondido. Os sintomas também podem ser úteis para distrair os membros, deixando de lado um segredo que, de outra forma, seria insuportável mantê-lo. Por último, Karpel (1980, *apud* IMBER-BLACK, 1994) afirma que a manutenção de um segredo gera sentimentos de ansiedade e culpa, pelo fato de que as pessoas que conhecem o segredo precisam se manter

vigilantes para que ele não seja revelado, em contrapartida, aqueles que não sabem, mas, estão envolvidos, sentem a tensão entre os outros membros e também ficam ansiosos. Além disso, o sentimento de culpa perpassa aqueles que sabem, mas, não falam sobre o segredo e, entre aqueles que sabem, mas, não deveriam saber.

A comunicação e a interação humana são processos inerentes a todas as famílias e podem ocorrer de modo funcional ou disfuncional, de acordo com a estrutura familiar.

A estrutura familiar é o conjunto invisível de exigências funcionais que organiza as maneiras pelas quais os membros da família interagem. Uma família é um sistema que opera através de padrões transacionais. Transações repetidas estabelecem padrões de como, quando e com quem se relacionar e estes padrões reforçam o sistema. (MINUCHIN, 1990, p. 57).

O sistema familiar organiza a si mesmo, resistindo a algumas mudanças e tolerando outras, porém, quando emerge uma situação que tenta desequilibrar o sistema de forma drástica, alguns membros podem culpar outros por essa situação, cobrando-os quanto a lealdade e responsabilidade para com o todo. No entanto, Minuchin (1990) esclarece a importância de o sistema conseguir se adaptar as novas situações, sendo mais flexível e aceitando novos padrões transacionais para responder as questões internas e externas, transformando-se conforme as novas circunstâncias.

Esse sistema se organiza através de subsistemas, proporcionando a cada membro a participação em subsistemas diferentes, de modo que em cada um deles vai desempenhar um papel distinto. Os subsistemas são delimitados pelas fronteiras, as quais definem quem participa e quem não participa de cada um deles. As fronteiras dividem-se em nítidas, difusas e rígidas, e têm como função a proteção dos subsistemas, considerando que em cada um deles os membros terão uma função diferente e precisam exercer essas habilidades sem que outros membros de outros subsistemas interfiram. Ao mesmo tempo, é importante que haja o contato entre os diferentes subsistemas, visando um relacionamento funcional. (MINUCHIN, 1990).

Conforme Minuchin (1990), nos subsistemas com fronteiras nítidas, os membros possuem autonomia para agir e interagir sem que haja a interferência de outros subsistemas, convivendo em harmonia. No caso de uma família que se fecha em torno de si mesma é perceptível o aumento da comunicação e da proteção entre os seus membros, diminuindo a distância entre eles e produzindo uma relação mesclada, com fronteiras difusas. As fronteiras rígidas se caracterizam em situações em que há uma quebra entre os subsistemas, demonstrando incapacidade de mudança e de adaptação em situações que requerem esse movimento.

Como já mencionado, nota-se na família de T.K. a predominância de fronteiras difusas, emaranhadas, tendo em vista que os subsistemas marital, parental e fraternal também se organizam dessa maneira, sendo que um interfere no outro, desrespeitando os

limites necessários para que haja uma relação saudável e diferenciada. Essa diferenciação parece ser temida pelos membros da família, pois, caso venha a ocorrer, terão de olhar para si mesmos e enxergarão outras conflitivas que lhe compõem de forma individual e coletiva.

Os membros de subsistemas, ou famílias emaranhadas, podem ser prejudicados no sentido que o sentimento incrementado de pertencimento requer uma máxima renúncia de autonomia. O comportamento de um membro afeta imediatamente os outros, e o estresse num membro individual repercute fortemente através das fronteiras e ressoa rapidamente nos outros subsistemas". (MINUCHIN, 1990, p.60).

No que concerne às relações disfuncionais, parece que a família elegeu T.K. para ocupar o papel de bode expiatório, tendo em vista que comumente os seus comportamentos ou hábitos são compreendidos como aqueles que atrapalham, irritam e incomodam o ambiente familiar, e ela, por sua vez, aceitou esse papel, apresentando dificuldades para livrar-se dele. Tal movimento é perceptível quando ela não coloca as suas ideias ou opiniões para um membro familiar, mesmo que esteja triste ou com raiva dele. Em muitos momentos prefere não se manifestar quando tem uma opinião diversa, temendo ser ridicularizada ou taxada como diferente, optando pelo silêncio e reafirmando o papel determinado para si.

Há tempos a família deixou de seguir um único modelo padrão, podendo variar conforme o período histórico, cultural, econômico, social, ambiental e até mesmo de acordo com o desejo de um, alguns ou de todos os seus membros participantes. Entretanto, Osorio (2002a) acredita que algumas características são inerentes a esse grupo e ainda se mantêm, como a compreensão de que as pessoas do núcleo familiar se reconhecem, percebem as particularidades que dizem respeito a cada um, bem como, os objetivos destes. Para ele, um dos princípios da família é proporcionar proteção e promover o desenvolvimento emocional e físico de todos os seus membros.

A família proporciona aos indivíduos inseridos nela uma das primeiras possibilidades de interação e de trocas, sejam elas de convivências, experiências, afetividades, sem questionar cada um dos membros para isso, sendo um movimento intrínseco a ela. Nesse sentido, Osorio (2002b) chama a atenção para o fato de que existe nesse núcleo o que ele nomeia de reciprocidade, afirmando que cada sujeito vai modificar todos os outros, assim como será modificado por eles, em um fluxo contínuo. O autor também ressalta que isso se dá através da comunicação, declarando que todos se comunicam, seja com o silêncio, com a fala ou com o corpo.

Desse modo, o grupo familiar tem papel importante na constituição dos sujeitos, contribuindo para a sua composição física, psíquica e social. Reciprocamente, os sujeitos também contribuem para a constituição do grupo familiar, resultando em um todo complexo. As relações ali estabelecidas são da mesma forma, por isso, cada família vai organizar-se de uma maneira, delimitando a própria dinâmica, estabelecendo interações e uma

comunicação funcional ou disfuncional, podendo alternar entre ambas.

As relações estabelecidas no âmbito familiar são fundamentais para que os membros possam se reconhecer enquanto sujeitos, intervindo dentro do próprio núcleo familiar, para depois, poder atuar e intervir no mundo. No caso de sistemas disfuncionais, produzidos através do emaranhamento, os sujeitos terão maior dificuldade para se afirmar interna e externamente, fazendo-o de modo também disfuncional, como é apontado por Tavares (2004 *apud* GIORDANI, 2006) quando afirma que a imagem corporal da paciente com anorexia não é um conceito abstrato, mas sim, “é a revelação de uma identidade, de um sujeito na história de suas relações concretas” (p.85).

Schilder (1999 *apud* GIORDANI, 2006) corrobora com essa ideia e aponta que a imagem corporal é produzida através das relações e das interações do sujeito com o meio, ou seja, nas trocas, nos contatos, permitindo a incorporação de outras imagens que vão compor o próprio sujeito. Giordani (2006) afirma que o excesso percebido no corpo pela paciente anoréxica, nomeado como gordura, pode ser considerado uma metáfora que exprime as elaborações feitas a partir das interações com o meio, “a gordura pode ser uma metáfora das marcas afetivas, emocionais e sócio-culturais permanentemente inscritas no corpo” (p. 87).

Estar junto a essas famílias, nesse momento de dor e vulnerabilidade, é construir contextos colaborativos facilitadores para emergir recursos que promovam autonomia, que possam atribuir novos significados ao que é “cuidar”, transformando superproteção em acolhimento e respeito às individualidades, facilitando a independência (FRÁGUAS, 2009, p. 341).

Diferentes autores apontam diversas possibilidades para a compreensão do transtorno alimentar. Alguns enfatizam que a família não pode ser considerada responsável pelo desenvolvimento desse transtorno em um dos seus membros, porém, apontam que ela pode facilitar a manutenção dos sintomas (HSU, 1990; BRYAN-WAUGH; LASK, 1995, citados por FRÁGUAS, 2009), o que pode ocasionar no agravamento do quadro clínico. De acordo com Dare (1985, *apud* FRÁGUAS, 2009), a anorexia pode ser compreendida como uma proteção frente às dificuldades da família em realizar as mudanças necessárias para a sua evolução e crescimento.

Para Roberto (1994) a anorexia nervosa pode ser compreendida como uma doença psicossomática, afirmando que “os sintomas psicossomáticos são relacionados ao estresse, isto é, intensificam-se em circunstâncias estressantes de vida” (p. 167). De acordo com a autora, os sintomas atuam como uma metáfora, desejando comunicar sofrimento do sujeito em relação a algo pessoal da sua existência.

Para Fráguas (2009, p. 336), os sintomas da anorexia podem demonstrar a dificuldade que a família apresentou em momentos de “diferenciação, crescimento e promoção da autonomia e individuação” para com os membros. Em alguns casos, são

famílias que não ofertam espaço para as singularidades de cada um, não aceitando as diferenças e tendo um alto nível de exigência em questões como aparência física ou sucesso profissional. Em consonância, outros autores apontam que as relações familiares no seio de algumas famílias geram membros inseguros, indecisos e ansiosos, sendo que os mesmos apresentam dificuldades para lidar com as diferenças e com as demandas correspondentes a cada ciclo de vida. (LATZER *et al.*, 2002; LANE, 2002, *apud* FRÁGUAS, 2009).

No que concerne a T.K., percebe-se que a família ainda hoje mantém controle sobre os seus atos, comportamentos, decisões, não lhe concedendo autonomia para fazer as próprias escolhas e ser responsável por elas, decidindo por proferir ameaças quando esta tenta resistir. Ao mesmo tempo, quando instigada, T.K. se mostra insegura para procurar as mudanças que almeja, assim como, expor a própria opinião aos membros sobre as atitudes que lhe incomodam. Com a manutenção dos sintomas desse transtorno, a família encontra uma justificativa para sustentar o controle sobre ela, ao passo que os sintomas podem estar amparados justamente por essa posição de controle e rigidez, clamando por um processo de autonomia e individuação como tentativa de cessá-los.

Fráguas (2009) cita uma pesquisa realizada por Salvador Minuchin e colaboradores em 1970, tendo como objetivo compreender o funcionamento das famílias cujo membro tinha anorexia. A partir da observação clínica constataram que tais famílias repetiam padrões interacionais e se utilizavam desse transtorno e dos seus sintomas para evitar o contato com um conflito subjacente e, assim, mantinham o equilíbrio familiar. Minuchin considerava essas famílias como psicossomáticas. Ideia semelhante é levantada por Mara S. Palazzoli (*apud* FRÁGUAS, 2009), quando afirma perceber que as famílias permeadas pelo transtorno alimentar são bastante rígidas, procuram manter a homeostase, se organizam e se estruturam através de segredos, sendo pouco flexíveis. De acordo com ela, pode-se observar que nessas famílias normalmente há uma “triangulação com o filho sintomático, isto é, o sintoma da anorexia funcionando como proteção a prováveis conflitos no par marital” (p. 339).

Essas ideias corroboram com o modo de organização da família de T.K., tendo em vista que ela é permeada por outras conflitivas, como as atitudes de isolamento do irmão mais novo, principalmente frente às situações em que ele é contrariado, no entanto, não conversam sobre esse aspecto e não confrontam esses comportamentos, pelo contrário, são eles que determinam o que e como a família precisa agir para que ele possa sair do quarto. Apesar de não aparecer como uma questão latente, a situação de violência doméstica ainda se mostra muito presente nas relações familiares, provocando sentimentos de receio, medo e submissão frente ao pai, evidenciando que ainda existem resquícios passados que não foram bem ajustados. Apesar dessas questões, o transtorno alimentar ainda aparece como a única problemática familiar, destinando para T.K. o papel de bode expiatório e de paciente identificado.

A partir desse histórico é possível afirmar que o núcleo familiar é permeado por muitos conflitos intrafamiliares, por comportamentos rígidos e o estabelecimento de fronteiras difusas e emaranhadas, as quais não permitem que os seus membros se diferenciem. Também é atravessado por segredos, questões não ditas, mágoas, o que propicia um clima familiar tenso, pesado, que não proporciona aos seus membros a possibilidade de comunicação clara e de interações verdadeiramente profundas, tanto dentro quanto fora do grupo familiar.

Com o propósito consciente e/ ou inconsciente de “compensar” as situações de estresse, sofrimento e angústia cotidianas T.K. vem diminuindo gradativamente a ingestão calórica, o que, por consequência, lhe faz perder muitos nutrientes necessários ao organismo, lhe causa fraqueza e tontura, desmaios recorrentes, dores ósseas e formigamento. Esse quadro já se repetiu em outros momentos de sua vida, como quando entrou em licença saúde; no final do mês de maio do corrente ano, ela teria uma nova perícia para reavaliação, porém, foi reagendada para o final do mês de junho. Os psiquiatras do SIS e do CAPS II lhe forneceram um documento atestando que ela não tem condições para retornar ao trabalho nesse momento, sugerindo que a licença seja prorrogada, corroborando com o desejo de T.K., que ainda não se sente preparada para retornar.

No decorrer dos anos em que está em licença saúde, organizou para si uma rotina rígida e ao que parece não deseja modificá-la, embora esta não seja benéfica para a sua saúde em muitos momentos. Em casa ocupa-se da limpeza diariamente, fazendo-a de modo obsessivo e compulsivo, repetindo os mesmos afazeres diversas vezes ao dia, utilizando produtos químicos fortes e despendendo muita força e energia para realizar atividades pesadas. Em geral vai dormir em torno das 21h e acorda durante a madrugada, por volta das 3h, para iniciar as atividades de limpeza, começando pelo seu quarto. Esse comportamento lhe traz prejuízos, tanto pela questão da perda da qualidade do sono quanto pelo fato de não conseguir deixar de fazê-lo, mas, apesar disso, sente prazer ao realizá-lo.

A mesma obsessão em realizar determinadas tarefas e o perfeccionismo ao fazê-las também eram presentes no seu cotidiano de trabalho. Ela refere sentimentos de culpa nos momentos em que não conseguiu dar o seu melhor, por isso, sempre teve essa meta, mesmo que tenha de abrir mão de uma noite de sono ou de uma refeição, ultrapassando os próprios limites e não permitindo a manutenção da sua saúde mental no trabalho. T.K. envolvia-se demasiadamente com os alunos, demonstrando dificuldade para compreender os limites que eram deles, por mais que ela se esforçasse, culpando-se desproporcionalmente.

T.K. é sensível emocionalmente e, por vezes, esses sentimentos saem do controle e parecem se intensificar, não conseguindo relacionar-se consigo mesma de outro modo que não seja abstendo-se do alimento. Essa restrição também parece ser percebida e vivenciada como uma forma de alívio momentâneo para questões latentes não resolvidas; como um modo de autocontrole e autoafirmação; como uma tentativa de sentir-se bem consigo mesma, sendo como e quem quer ser; como um mecanismo de auto-destrutividade sutil, que age vagarosamente. Em diferentes momentos T.K. traz a tona o seu sentimento de desvalia, de desmotivação consigo mesma e frente à vida, considerando a negação ao alimento uma forma mais suave de chegar àquilo que deseja, podendo fazê-lo sem carregar consigo a afirmação pública desse desejo, tanto para não envergonhar os pais frente a sociedade como para não cometer pecado.

O que vem mobilizando T.K. nas últimas semanas é a iminência de uma nova internação psiquiátrica. Ela não deseja esse tipo de tratamento por não acreditar na sua eficácia, referindo que nas vezes em que esteve internada aumentou de peso, conforme o objetivo médico, porém, não modificou o seu pensamento e saiu de lá com a meta de perder o que adquiriu. A última internação foi por um período de seis meses no Hospital de Clínicas em Porto Alegre, ocasião em que sentiu-se muito sozinha e isolada em relação ao mundo.

CONCLUSÃO

O transtorno alimentar e, em especial, a anorexia nervosa, é uma manifestação patológica que merece atenção multidisciplinar, envolvendo, principalmente, tratamento médico, psicológico e nutricional, demarcando a noção de um sujeito biopsicossocial. A partir dessa perspectiva abre-se espaço para os diferentes saberes, que deixam de ser apenas individuais e especializados e passam a ser coletivos, visando contribuir com esse sujeito que é único.

O ser humano, em sua complexidade, vai encontrar maneiras distintas, sutis ou escancaradas, para demonstrar ao mundo quem é, como é, o que é e o que quer e, por vezes, nos deparamos com isso e temos dificuldade para compreender essa forma de comunicar, o que não anula essa tentativa, e sim, aponta para os nossos próprios limites enquanto sujeitos em constante movimento, aprendizado e desenvolvimento.

No que concerne ao caso de T.K., a anorexia nervosa pode ser a forma que ela encontrou para falar de si mesma e dos conflitos subjacentes à própria vida, utilizando a patologia enquanto uma metáfora visível e concreta para apontar situações que lhe trazem sofrimento. Por vezes, essa parece ser uma forma de desistir, de negar a vida e de declarar um desejo de morte, o qual se alonga durante os anos e demora a chegar, apesar

de todo o seu comprometimento com esse objetivo. Contudo, essa também pode ser a expressão de um modo genuíno e persistente de afirmação da vida, da confirmação de um desejo, de uma maneira de ser, de existir, que é individual e intransferível e que talvez, só possa ser compreendida por ela que a vive.

Distante de um propósito que tenta desvendar o mistério dos “porquês”, a prática clínica se ocupa em pensar “como” essa situação surgiu, se desenvolveu e ainda persiste, de modo que o *setting* terapêutico torna-se um espaço seguro para que a paciente possa se escutar, repensar, modificar, perceber e criar novas possibilidades para encontrar o que almeja. Nesse contexto, a Teoria Sistêmica se mostra de grande valia para a compreensão da dinâmica familiar em que a paciente está inserida, propiciando um maior entendimento sobre como ela afeta o grupo em que vive e como é afetada por ele.

Por fim, ressalto o privilégio e o desafio de trabalhar com o sujeito, com a vida humana e as suas vicissitudes. No que tange a T.K. em específico, o desafio é ainda maior, tendo em vista ser este o meu primeiro contato com a anorexia nervosa, quadro clínico que está diretamente relacionado com a saúde e a vida da paciente, sendo uma oportunidade de me experienciar enquanto terapeuta, lidando o tempo todo com avanços e frustrações. O privilégio também é enorme, sendo percebido no bom vínculo estabelecido entre mim e T.K., o que me faz sentir ainda mais responsabilidade para com ela.

A realização desse trabalho teórico-prático foi de extrema importância para aprofundar os meus conhecimentos acerca do transtorno alimentar, relacionando-os com o histórico familiar e de vida da paciente. Além disso, pude pensar e repensar o caso, fazendo relações e entendimentos que não havia feito até então, o que contribui de forma significativa com o meu fazer clínico.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2014, 948 p.

FRÁGUAS, Adriana Mattos. Famílias e transtornos alimentares. In: OSORIO, Luiz Carlos; VALLE, Maria Elizabeth Pascual do (Org.). *Manual de terapia familiar*. Porto Alegre: Artmed, 2009, 488 p.

GIORDANI, Rubia Carla Formighieri. A auto-imagem corporal na anorexia nervosa: uma abordagem sociológica. *Psicologia & Sociedade*, Porto Alegre, v. 18, n. 2, 2006, p. 81-88. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v18n2/10.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2017.

IMBER-BLACK, Evan. Segredos na família e na terapia familiar: uma visão geral. In: IMBER-BLACK, Evan. *Os segredos na família e na terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. 420 p.

MINUCHIN, Salvador. *Famílias: funcionamento & tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990, 238 p.

OSORIO, Luiz Carlos. En(a)tendendo famílias. In: OSORIO, Luiz Carlos; VALLE, Maria Elizabeth do. *Terapia de famílias: novas tendências*. Porto Alegre: Artmed, 2002a, 157 p.

OSORIO, Luiz Carlos. Teoria sistêmica e da comunicação humana. In: OSORIO, Luiz Carlos; VALLE, Maria Elizabeth do. *Terapia de famílias: novas tendências*. Porto Alegre: Artmed, 2002b, 157 p.

ROBERTO, Laura Giat. Transtornos alimentares como segredos de família. In: IMBER-BLACK, Evan. *Os segredos na família e na terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994, 420 p.

UNISC. Desenvolvido pela Universidade de Santa Cruz do Sul. 1995 – 2017. *Apresenta as Ênfases do Curso de Psicologia*. Disponível em: <<http://www.unisc.br/pt/cursos/todos-os-cursos/graduacao/bacharelado/psicologia/enfases-do-curso>>. Acesso em: 25 jun. 2017.

VENTURA, Magda Maria. O Estudo de Caso como Modalidade de Pesquisa. *Rev. SOCERJ.*, 20 (5), 2007, p. 383-386. Disponível em: <http://www.rbconline.org.br/wp-content/uploads/a2007_v20_n05_art10.pdf>. Acesso em: 06 jul. 2017.