

Maíra Tonezzer

**Título: OS IMPACTOS VIVIDOS PELOS PAIS DE UMA PACIENTE COM ANOREXIA
NERVOSA- Uma Investigação e Reflexão Daseinsanalítica.**

**Pontifícia Universidade Católica de São Paulo- PUC/SP
São Paulo - 2008**

Maíra Tonezzer

**OS IMPACTOS VIVIDOS PELOS PAIS DE UMA PACIENTE COM ANOREXIA
NERVOSA - Uma Investigação e Reflexão Daseinsanalítica.**

**Trabalho de conclusão de curso como
exigência parcial para a graduação do
curso de Psicologia, sob orientação da
professora Marina Pereira Gomes.**

**Pontifícia Universidade Católica de São Paulo- PUC/SP
São Paulo - 2008**

AGRADECIMENTOS

A Profa. Dra Marina Pereira Gomes, orientadora que me ensinou muito durante a elaboração deste trabalho.

Aos professores do núcleo de Fenomenologia Existencial da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, pelo apoio e disponibilidade.

A mãe aqui entrevistada por ter compartilhado comigo a sua vivência, viabilizado este trabalho, e acreditar na possibilidade deste ajudar outras pessoas.

Aos meus pais, por todo amor e carinho.

Maíra Tonzzer: OS IMPACTOS VIVIDOS PELOS PAIS DE UMA PACIENTE COM ANOREXIA NERVOSA - Uma Investigação e Reflexão Daseinsanalítica, 2008.

Orientador: Marina Pereira Gomes

Palavras chaves: Anorexia nervosa, Coexistência, Daseinsanalyse, Compreensão, Mãe.

RESUMO

No presente trabalho refletiremos sobre o sistema parental de uma paciente anoréxica. Num primeiro momento vamos abordar a anorexia nervosa enquanto um modo de ser-doente. Posteriormente, discorreremos e analisaremos os impactos vividos pelos pais de um membro familiar com anorexia, através de seus relatos de vivência. A análise dos dados obtidos através desses relatos será uma forma de se chegar à vivência dos pais em relação ao fato da filha estar na condição de anoréxica e qual a compreensão destes sobre a anorexia nervosa, utilizando-se para tal do referencial fenomenológico-existencial.

SUMÁRIO

• Introdução	5
• Anorexia Nervosa	9
• Co-existência	17
• Metodologia	21
• Entrevista	25
• Análise dos dados	35
• Conclusão	46
• Bibliografia	47

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas vem acontecendo um aumento significativo de casos de pessoas com anorexia nervosa. Segundo o Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares da Universidade de São Paulo, o número de caso de mulheres que terão anorexia é estimado entre 0,5 e 4 % - estatística internacional. A anorexia nervosa é entendida como uma doença psiquiátrica e “caracteriza-se pela perda de peso auto induzida por abstenção de alimentos que engordam ou por comportamentos como vômitos e/ou purgação auto-induzidos, exercícios excessivos e uso de anorexígenos e/ou diuréticos” (Dalgalarondo, 2000, p. 209). Quadros mais leves, que não possuem todos os critérios para o diagnóstico da doença, mas incluem grande insatisfação com o corpo e o uso freqüente de técnicas para emagrecer, como dietas, cirurgias plásticas, vômitos, entre outras, têm a incidência por volta de 15% das mulheres, ainda dentro da estatística internacional.

É um quadro que normalmente acomete mulheres, especialmente jovens, e há uma perda incessante de peso, pois o medo de engordar é mórbido. Também ocorre a distorção da imagem corporal, ou seja, a pessoa percebe-se gorda mesmo estando muito abaixo do seu peso ideal. Esse transtorno pode trazer uma série de complicações clínicas para o indivíduo e o risco de mortalidade é de 5 a 15% dos casos.

Existem grupos organizados pelas anoréxicas e bulímicas na Internet que são pró anorexia e bulimia, nos quais há a troca de receitas de dietas, dicas de como enganar a família, etc... São freqüentes as discussões e reportagens sobre a anorexia nervosa na mídia atualmente, o que há algumas décadas atrás não era tão comum assim. Esse aumento da abordagem do tema pela mídia pode ser considerado um indicador de uma mobilização social maior em torno da problemática desse transtorno alimentar. Pode-se pensar que haja uma preocupação da atual sociedade em se discutir o tema em decorrência da gravidade da doença e do aumento de sua incidência. É importante refletir sobre uma parcela específica e diretamente afetada da sociedade: a família do indivíduo anoréxico, mais especificamente os pais deste. É possível supor um grande e particular impacto da anorexia nervosa nos pais do paciente, já que a caracterização da doença anteriormente descrita tem esta gravidade e incidência.

Um pai ou uma mãe cuja filha desenvolve anorexia vive numa condição singular, uma condição que envolve a visão da família sobre esta situação e a sua reação perante esta. Rosa (2003) assinala que a emersão de uma pessoa da família com um transtorno mental frequentemente é inesperado e isso causa mudanças na organização do sistema familiar.

É importante ressaltar que a interação da família e a anorexia nervosa se caracteriza por uma grande diversidade, pois essa interação depende da história desse grupo, contexto em que vivem, ou seja, está em função das características particulares deste, do modo de existir dessa família.

A história particular de cada grupo vai influir nas maneiras como serão construídas as relações da família com o Portador de Transtorno Mental, a intensidade que vai ganhar, dando os contornos específicos de cada vivência e da forma como será integrada na trajetória do grupo. (Rosa, 2003, p.243)

Não será possível encontrar apenas uma forma em que se encaixem todas as possibilidades de impacto do distúrbio na família. Cabe, aqui, a discussão de algumas das possibilidades e multiplicidades deste fenômeno.

Pode-se pensar que o grupo familiar sofre ao ver um membro com uma doença grave e, tal situação, deve gerar um grande sofrimento na família. Segundo Herscovici e Bay (1997, p.69), “apesar de ser um indivíduo que está doente da anorexia nervosa, seria inapropriado dizer que é o único que sofre de suas conseqüências”, pois a família (ou membros deste contexto social primário) é afetada significativamente pela doença. Rosa (2003) afirma que “de modo geral, pode-se dizer que assumir a existência de um transtorno mental no meio familiar gera muita ansiedade e tensão no grupo.” (p. 247). Outrossim, a ansiedade na família frente um transtorno mental já está presente ao ter que aceitá-lo como real e considerando que é uma doença de gravidade considerável, em que com a perda excessiva de peso há o risco de vida do paciente e o tratamento é frequentemente muito penoso, essa ansiedade deve ser ainda maior. Além disso, uma ansiedade extrema também pode ser gerada pelo sentimento de perda iminente da pessoa anoréxica, ou seja, uma ansiedade criada pela ameaça de que a morte do familiar com a doença pode acontecer a qualquer momento.

“Quando a família assiste impotente à autodestruição que um ente querido se inflige, a anorexia nervosa se torna o eixo de preocupação de seus membros. Alguns se inquietam outros se aborrecem, outros se desesperam”. (Herscovici e Bay, 1997, p.69). É possível que a família tenha uma tendência a depositar suas esperanças nas outras

instâncias presentes no tratamento: “A família transfere, assim, toda sua esperança de cura para esfera organizacional, sobretudo para a intervenção médica.” (Rosa, 2003, p. 248).

Herscovici (1997) afirma que:

Estas pacientes, antes de adoecer, costumam ser consideradas por seus familiares como especialmente boas, polidas e motivo de orgulho para seus familiares. Com a aparição do quadro, a jovem dócil repentinamente se torna hostil, negativista e desconfiada, rechaçando qualquer tipo de cuidados que lhe dispensem. (p.62).

A doença deve afetar a dinâmica da vida de cada um dos familiares envolvidos em muitos aspectos que poderiam causar essa diminuição de qualidade de vida. Num estudo envolvendo famílias de pacientes com distúrbios alimentares, Rie e outros autores (2005) relatam que a maioria do grupo de familiares que possuíam pacientes com estes transtornos alega que a doença teve um efeito substancial na sua vida. Este grupo foi comparado com um grupo familiar que não possuía alguém na família com este tipo de transtorno. Os cuidadores familiares de pessoas com anorexia reportaram uma qualidade de vida pobre em várias áreas, como Vitalidade, Funcionamento Emocional e Saúde Mental (subcategorias da qualidade de vida). Segundo esses autores, as análises qualitativas e quantitativas indicavam que a qualidade de vida pobre estava associada a responsabilidade do cuidado. Esse estudo pode exemplificar a possível mudança de qualidade de vida desses cuidadores de pessoas com anorexia, pois ao se comparar os relatos de familiares que não possuíam alguém com anorexia no seu grupo com os relatos dos que possuem, é possível ver que este aspecto das suas vidas muda. Sobre essa questão, Rosa (2003, p. 345) diz que “prover o cuidado sobrecarrega e compromete a saúde e a individualidade do cuidador” e “produz ônus subjetivo e econômico para o grupo familiar e para o cuidador”.

Pensando nestes pontos discutidos, pode-se pensar, como já dito antes, que a influência da anorexia nervosa na família é múltipla e complexa e, a partir disso, pode-se pensar na hipótese de que esta família compreende a anorexia de forma diferenciada da compreensão de um sistema familiar que, em sua constituição, não há uma pessoa com anorexia. Assim, a proposta deste presente trabalho é discutir e pesquisar os impactos e os tipos de apreensões vividos pelos pais de uma filha anoréxica e, a partir disto, chegar a uma compreensão atribuída a essa condição pelos pais. Para tal, será utilizada a abordagem fenomenológico-existencial.

Houve um crescimento da discussão do fenômeno anorexia na sociedade nos últimos anos. O significado da doença até então, não se apresentava como um tema tão freqüentemente discutido ou elaborado pelas pessoas. A dificuldade em encontrar trabalhos de pesquisas que abordam a família da anoréxica é grande. Por conseguinte, a especificidade deste trabalho seria a possibilidade de conhecer e descrever os impactos deste transtorno alimentar nos pais de uma pessoa anoréxica e, com isso, contribuir para a discussão deste tema tão atual, o qual se torna extremamente importante no momento em que ocorre um aumento tão significativo nas estatísticas: o número crescente de casos é alarmante e é difícil ignorá-lo. Além disso, a gravidade do transtorno e a escassez de trabalhos desenvolvidos envolvendo a abordagem Daseinsanalítica, principalmente em relação à família, também são fatores que reforçam essa importância.

Uma contribuição importante desse trabalho esbarraria no universo do tratamento da anorexia nervosa, pois a partir da discussão dos impactos da anorexia nervosa nos pais de uma paciente, é possível aprimorar o tratamento com a família, que freqüentemente está inclusa neste, e com o tratamento do paciente em si, sendo que os pais convivem diariamente com ela e têm poder de decisões sobre seu tratamento. Assim, uma importância clara desta discussão se volta aos profissionais da saúde que têm como objeto de trabalho a anorexia nervosa, propondo a eles uma direção a qual permita uma orientação diferenciada no tratamento da doença. Portanto, o objetivo desta discussão seria fornecer elementos para trabalhar com o tratamento da anorexia nervosa e tornar possível, a partir dos conhecimentos dos impactos da doença nos pais, o aprimoramento dos recursos de intervenção no tratamento da anorexia e o desenvolvimento da terapêutica com os mesmos.

ANOREXIA NERVOSA

Dalgalarro (2000) define a psicopatologia como a área que estuda o adoecimento mental do ser humano, buscando sempre ser científico, sistemático, elucidativo e desmitificante. Estariam incluídas, no âmbito deste estudo, as doenças mentais, que são

“vivências, estados mentais e padrões comportamentais que têm, por um lado, uma especificidade psicológica (as vivências dos doentes mentais têm uma dimensão própria, genuína, não sendo apenas ‘exageros’ do normal) e têm também, por outro lado, conexões complexas com a psicologia do normal (o mundo da doença mental não é um mundo totalmente estranho ao das experiências psicológicas ‘normais’). (Dalgalarro, 2000, pág. 22)

O autor, ainda sobre o tema, diz que se deve estudar os sintomas psicopatológicos com foco em dois aspectos básicos: a forma, ou seja, a estrutura básica que aparece como semelhante nos diversos pacientes, e o conteúdo, que seria aquilo que preenche a alteração estrutural e que é mais pessoal, dependendo, assim, “da história de vida do paciente, de seu universo cultural e personalidade prévia ao adoecimento” (Dalgalarro, 2000, pág. 23).

Sobre a psicopatologia, Melo (1970) afirma que esta

“restringe-se, com efeito, exclusivamente ao estudo das manifestações e mecanismos psíquicos anormais, referentes ao homem enfermo da mente em geral, formulando, pois, conceitos e princípios atinentes ao doente mental, enquanto genericamente considerado.” (pág. 57)

Argumenta, neste mesmo trabalho, que a psicopatologia seria a parte da Psicologia Geral que trataria com exclusividade do que se refere às anomalias, deficiências e enfermidades da mente humana, de tudo que ultrapassa o âmbito da experiência normal.

Nota-se, a partir dessas definições, que há autores que vêem a psicopatologia como um estudo dos fenômenos mentais ou psíquicos que escapam da esfera do “normal”, cuja causa têm uma dimensão específica e mental, os sintomas. Este estudo, para estes autores, está inserido no campo da ciência.

Utilizando-se dessa visão de psicopatologia, a anorexia nervosa pode ser considerada como um fenômeno mental que está fora do normal, portanto uma doença

psíquica. Dalgalarro (2000) diz que o que é característico no ponto de vista psicopatológico da anorexia nervosa é “a distorção da imagem corporal, apesar de muito emagrecida, a paciente percebe-se gorda (...). O pavor de engordar persiste como uma idéia permanente, mesmo o indivíduo estando com seu peso abaixo do normal” (pág 209). Sobre os sintomas da doença, o autor define que há a perda de peso auto-induzida por meios como vômitos e/ou purgação auto-induzidos, exercícios excessivos e uso de anorexígenos e/ou diuréticos.

Com o mesmo propósito de definir os sintomas da anorexia nervosa, Fernandes (2006) descreve duas manifestações desse quadro:

“o tipo restritivo, que se caracteriza pela ausência dos comportamentos de comer compulsivo e de purgação, isto é, auto-indução de vômitos ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas, e o tipo compulsão periódica/purgativo, em que esses comportamentos se fazem presentes.” (pág. 40)

A luz da Daseinsanalyse, pode-se entender a psicopatologia de outra forma. Holzhey-Kunz (2004) defende uma psicopatologia hermenêutica, que basicamente foi inaugurada por Sigmund Freud, e que trata as patologias como hermenêuticas e não diagnósticas. Cada coisa sozinha tem seu significado somente dentro de um contexto de significados.

“Esta regra não aparece aplicável aos sintomas neuróticos. Eles parecem não ser uma parte significativa do contexto óbvio, e, portanto, parecem cair fora de qualquer significatividade: eles nos acometem como sem sentido, irracionais, deficientes (...). O diagnóstico psiquiátrico - o diagnóstico de uma certa deficiência - parece a única resposta possível.” (Holzhey-Kunz, 2004, pág. 2)

A autora distingue duas formas de pensar a psicopatologia:

a) não analítica, que olha para o sujeito como alguém que ainda não cresceu, que é imaturo, cujo sofrimento nasce de uma deficiência.

b) analítica, baseada na hermenêutica, que pensa o sujeito como um homem lutando com problemas dos quais ele não está ciente e por isso sofre um auto-engano e o sofrimento é resultado de um conflito encoberto consigo mesmo.

Assim, a autora defende a ligação da Daseinsanalyse com esta última, que é baseada na hermenêutica, tornando-se “uma prática analítica de interpretação” (Holzhey-Kunz, 2004, pág. 3).

Essa diferenciação fica clara quando comparamos, por exemplo, a definição de psicopatologia de Melo (1970), explicitada anteriormente, com a conceituação da

mesma feita pela última autora, que defende uma psicopatologia analítica, baseada na hermenêutica. A definição de Melo (1970), pertenceria à forma de pensar não analítica dentro da teoria de Holzhey-Kunz (2004).

Tirico (2004) discute sobre a psicopatologia de Medard Boss, na qual há o questionamento da compreensão do psiquismo humano como um aparelho psíquico, de energia pulsional e a discórdia em relação a separação entre esse psiquismo e o mundo, que seria baseada numa visão cartesiana de homem, este totalmente separado e independente do mundo. A psicopatologia de Medard Boss, segundo a mesma autora, é baseada na condição de existência do homem em que este já está no mundo, indissociavelmente, não há essa separação. (Medard Boss apud Tirico, 2004, pág. 52)

Partindo disso, pensa-se em sadio ou doente como um modo de existir e que a diferença entre estes dois modos é a maneira como o mundo se apresenta para cada um deles. Além dessa concepção, a teoria de Medard Boss “questiona a adequação da noção causal para o entendimento do existir do homem e dos fenômenos saudáveis e patológicos” (Medard Boss apud Tirico, 2004, pág. 52).

A definição de doença, portanto, é construída a partir de um modo de ser, o ser-doente. “Qualquer modo de ser-doente só pode ser compreendido a partir do modo de ser-sadio e da constituição fundamental do homem normal, não perturbado, pois todo o modo de ser-doente representa um aspecto privativo de determinado modo de ser-são” (BOSS, 1976, pág. 14). Esse mesmo autor continua explicitando os diferentes modos de ser-doente:

- “1. Ser-doente caracterizado por uma perturbação evidente da corporeidade do existir humano;
2. Ser-doente caracterizado por uma perturbação pronunciada da espacialidade de seu ser-no-mundo;
3. Modos de ser-doente constituindo privações importantes na realização da afinação própria à essência da pessoa;
4. Modos de ser-doente constituindo privações na realização de ser-aberto e da liberdade.” (BOSS, 1979, págs. 14 e 15).

Deste modo, ser-doente se caracteriza como uma perturbação importante que acomete diferentes características do ser do existir humano - existenciais - como no último modo supracitado de ser-doente, em que há uma restrição na realização no modo de ser do Dasein em relação a sua abertura, ou seja, ocorre a privação das

possibilidades de ser do ser humano (ser-aí). O existir doente seria um fechamento para o mundo.

Tirico (2004) conclui que na doença há uma privação mais acentuada de realizar livremente o existir. Um homem com saúde tem liberdade de decidir em qual das relações existenciais ele pretende empenhar-se, mas um homem doente perde a capacidade de decidir dentre as suas possibilidades com liberdade.

Olivieri (1985) ao discorrer sobre o ser-doente, deixa claro que existe um mundo humano que depende do ponto de vista de cada sujeito existente, portanto, para o homem, essencialmente existência, o mundo se apresenta particularmente como o sujeito-no-mundo. Assim, ser-doente, é um ser que vivencia naquele momento uma doença e que não se trata de um ser anormal e sim diferente.

Na definição de ser-doente, a autora Gomes (1996) ressalta a relação de ser-doente com mundo:

“o ser doente é um ser-doente-no-mundo e, como corpo e mundo estão interligados, o corpo-doente existe em um mundo-doente, isto é, o corpo-doente se vê colocado num ambiente, num espaço à sua volta, que para ele é percebido como doente.” (pág. 29)

A corporeidade do Dasein é um outro fator importante a ser considerado no existir humano, há um modo de ser-doente em que há a perturbação da corporeidade, como explicita Boss, o âmbito corporal do existir pode ser afetado pelo adoecimento.

A anorexia nervosa pode ser compreendida, a partir dessa visão de psicopatologia de Medard Boss, como uma doença, visto que ela restringe, reduz, as possibilidades de ser do Dasein: “na Daseinsanalyse o adoecimento é compreendido como uma redução de possibilidade, que aparece originalmente em um dos âmbitos existenciais” (Tirico, 2004, pág. 60). Segundo Tirico (2004), o existencial que é afetado na anorexia é a corporeidade. Portanto, o primeiro modo de ser-doente de Boss (1979) abrangeria a anorexia nervosa em sua definição.

A corporeidade, também para Pompéia (2003), é um existencial. Para ele, não há simplesmente um corpo que o homem possui. O ser-no-mundo é constituído pela corporeidade, assim, ele é corporal e não tem um corpo. Ter um corpo, segundo Gomes (1996), é alienar-se de si mesmo como se meu corpo não fosse o que sou. O corpo que somos é aquele vivido no cotidiano, captado na sua totalidade: “ser um corpo é possuir dimensão de si mesmo - é encontrar-se” (Gomes, 1996, pág. 26).

Fazer a fenomenologia da corporeidade seria buscar a descrição da experiência ligada ao corpo. Dentre várias, Pompéia (2003) cita a experiência de necessidade: esta última tem um caráter de urgência, conectando-se também ao tempo. A fome é imediatista e não tolera espera ou eliminação e sim satisfação, assim, não abre espaço para a liberdade (que não tem um sentido de poder fazer tudo e sim fazer a escolha de algo em detrimento da outra opção). Segundo o autor, na anorexia há uma tentativa de eliminação da fome, para que não se sinta a precariedade da existência que se revela no ter-fome/ necessidade de comer. Tirico (2004) defende o mesmo ponto de vista: “as anoréxicas evitam a experiência da necessidade, de tal modo que não se submetem a necessidade de comer”; “o medo da fome (...) pode ser entendido como a negação da necessidade” (pág. 60-61).

Outra experiência ligada à corporeidade citada por Pompéia é a limitação. Esta está presente em todas as dimensões da existência e nos dá identidade, pois o limite possibilita a demarcação de algo e só assim é possível ter uma identidade configurada.

Pompéia (2003) pensa a anoréxica como uma pessoa que quer se libertar do peso do corpo. Segundo o autor, ela vê o peso como o que limita, agarra, aprisiona deprime e tenta se livrar do peso da existência se voltando contra o corpo, quando na verdade gostaria de mudar a corporeidade, o que só é possível através da morte.

O peso da existência também é discutido por Heidegger (1926). Visto que as condições existenciais são impostas ao Dasein, a vivência da sua existência é pesada, ou seja, o Dasein tem como um peso a sua própria existência. Segundo Heidegger (1926), “o ente que temos a tarefa de analisar somos nós mesmos. O ser deste ente é sempre e cada vez meu (...). Como um ente deste ser, a presença (Dasein) se entrega à responsabilidade de assumir seu próprio ser (...) A essência deste ente está em ter de ser” (pág. 85). Conclui-se, assim, que a própria existência para o Dasein é uma tarefa, um peso a ser suportado.

Essa concepção vem de encontro à definição de ser-doente de Olivieri (1985), em que expõe que, no geral, o ser-doente não quer ser como está, mas há também casos os quais o doente não quer ser são e por isso, vive um desespero, pois não quer ser si próprio. Dá algumas razões possíveis para tal, dentre elas, a de que ter uma doença seria uma forma de solucionar um conflito ou uma situação de fuga - não quer a responsabilidade do Ser são. “Aquele que não quer assumir sua própria saúde, procura fugir da responsabilidade de ser si-mesmo através da doença, como um modo de aliviar a ansiedade que sua existência acarreta” (Gomes, 1996, pág. 28). Conclui-se, assim,

que a anorexia, como uma forma de ser-doente, pode ser considerada uma situação de fuga do peso da existência, um não querer ser si mesmo.

Tirico (2004) ressalta que

“na anorexia nervosa, observa-se um intenso fechamento para as várias possibilidades de existência. As anoréxicas vivem em extrema restrição, sendo a restrição alimentar (o emagrecimento) apenas a esfera corporal desse modo de existência. Na busca da magreza, da ausência de peso, o que a anorética faz é tentar se livrar (...) da angústia de ter que ser aquilo que ela mesma é” (Tirico, 2004, pág.71).

O caso Ellen West citado por Binswanger apud Gambini (1993), é um estudo de grande importância dentro da Daseinsanalyse referente à anorexia nervosa, e pode nos mostrar sentidos muito interessantes acerca da doença. A autora inicia-se contando sobre a infância de Ellen: ainda durante seus primeiros anos de vida, ela recusa a alimentar-se do leite materno. Posteriormente, recusa a aceitar seu papel de mulher e tudo que era proveniente ao mundo dos seus semelhantes e mundo circundante. Era extremamente ambiciosa. Tem a existência movimentando-se em 3 mundos: o térreo, o subterrâneo e, entre estes, o sobre a terra, cada um corresponde a uma forma, temporalização e espacialização específica. O mundo subterrâneo que significa o mundo das trevas, dos desejos que atraem à terra, que oprimem com seu peso e gravidade, seria o que reduz o número de possibilidades de Ellen West, anulando-a e paralizando-a. Este seria o mundo dos apetites e da voracidade.

Ainda sobre o caso, a autora segue: durante uma estadia na Sicília, na época que Ellen somava vinte anos, começa aparecer a dúvida e o medo. Pela primeira vez, ela sente um medo extremo de engordar e dá longas caminhadas, sem paradas, e não se permite mais comer doces e refeições a noite. Seu humor é depressivo, e não encontra nenhuma satisfação na vida, tudo se torna monótono. A morte já não lhe parece terrível, é sua amiga. Se sente cada vez mais feia, gorda e velha. Sente-se sufocada. Após determinado tempo, “entra” em um período em que realiza muitas coisas, como instalações de bibliotecas para crianças, toma longas aulas de equitação e estuda para o exame da faculdade de Economia e Política.

Com a alternância entre o mundo sobre a terra – mundo das realizações, luminoso e vital - e o subterrâneo – estreito, sufocante, cinza -, a nitidez entre ambos se torna cada vez mais forte.

Binswanger apud Gambini (1993) afirma que o medo de engordar, que aparece em seus 20 anos de idade na Sicília seria considerado o início da manifestação do sintoma da doença no ponto de vista psiquiátrico. Já para a Daseinsanalyse, é o

“ fim do encerramento circular de toda sua existência, de modo que ela se fecha a qualquer possibilidade existencial. Suas possibilidades já se fixaram definitivamente no contraste existencial rígido entre luz e escuridão, entre florescer ou fenecer, entre a magreza, a incorporeidade, identificada à intelectualidade, e a obesidade, identificada à estupidez” (pág. 189).

O medo de engordar aparece juntamente com um apetite intenso, e Ellen, por um período engorda muito, chegando a pesar, com vinte e cinco anos, 82,5 quilos. Entra numa fase de depressão e algumas complicações médicas envolvendo a tireóide. Entra num regime, realizando exercícios físicos e restringindo alimentos. Ellen odeia o próprio corpo. Adere, às técnicas de emagrecimento, o laxante a ponto de vomitar todas as noites. Emagrece, e com isso, fica extremamente feliz, estabelecendo a perda de peso como a única meta da sua vida. Chega a pesar 49,5 quilos e continua tendo complicações na sua saúde. Foi internada numa clínica para transtornos metabólicos e logo submete-se à sua psicanálise.

Segundo a mesma autora, o episódio da separação do seu marido faz com que Ellen tenha pensamentos suicidas e ingerisse 56 comprimidos de soníferos numa noite. Tentou se matar pela segunda vez, ingerindo barbitúricos, gritando e afirmando que encontrará uma forma de deixar a vida.

O medo de engordar, segundo a autora, seria apenas um traço da deformação da sua existência, e não o mais importante. Essa temida transformação caminhava para o ser limitado e vazio. Como seu mundo etéreo e a vida ascendente eram frágeis, não protegiam a existência do ataque do mundo subterrâneo, descendente, este ganhava força e autonomia. A voracidade com que ingeria os alimentos que a engordavam, paradoxalmente, dava a ela uma sensação posterior de vazio que era impossível de se escapar. Aos 33 anos de idade, Elle West se suicida.

Binswanger apud Gambini (1993) explicita que o desejo de comer, acompanhado ao terror de engordar constituiria o conflito entre o mundo etéreo e subterrâneo, que já havia aparecido na adolescência de Ellen, debilitando cada vez mais a sua autonomia, impedindo seu processo de ‘maturação existencial’. A ruptura violenta entre seus mundos parece vingar-se contra toda a sua existência, assim, esta

lança-se à construção de um eu inautêntico e é desligada do futuro, tornando-se insignificante.

“Binswanger declara que a análise existencial não deve emitir qualquer juízo sobre seu suicídio, seja ele da ordem ética, religiosa, ou na forma de explicações psiquiátricas ou interpretações psicológicas deduzidas de motivos. Seu único papel seria tentar compreender, fora de qualquer perspectiva parcial, o significado do suicídio nesta existência” (Binswanger apud Gambini, 1993, pág. 204).

Esta concepção nos diz sobre a compreensão da existência de compreender o suicídio. Pode-se aqui pensar de forma mais abrangente: a partir de qualquer outra forma de existir, deve-se encontrar o sentido daquele fenômeno naquela existência, considerando todo o quadro da vida, inserindo o fenômeno como mais um aspecto a ser analisado neste todo, e não buscar simplesmente explicações e causas daquele sintoma. Da mesma forma, visto que se trata de uma forma de existência, a reflexão sobre a anorexia nervosa pode ter como base esta concepção.

CO-EXISTÊNCIA

A existência do ser-aí (ser-no-mundo) pode ser caracterizada essencialmente pela coexistência. Essa característica não faz referência a uma oposição entre um sujeito e o outro e sim de um encontro, de um ser-com. Toda existência pressupõe necessariamente um ser-com, mesmo tratando-se de uma solidão ou isolamento. Segundo Heidegger (1981), o ser-só é um modo deficiente de ser-com, ou seja, a falta do outro só é possível quando já houve a possibilidade de ser com este.

Augras (2002) afirma que para a fenomenologia existencial (Daseinsanalyse), o mundo da coexistência não se estrutura na oposição entre um sujeito e os outros que o rodeiam e sim na existência com o outro num mesmo mundo, sendo que o outro é aquele que nós não nos diferenciamos. “Os outros (...) são aquele dos quais, na maior parte da vezes, não se consegue propriamente se diferenciar, são aqueles entre os quais também se está” (pág. 174, Heidegger, 1926). Desse modo, o outro faz parte de nós, temos a estrutura do outro em nós mesmos e este afirma ao si-mesmo a sua própria existência. “Seja de maneira positiva, negativa ou indiferente, a existência não é só a minha existência, mas também a de outro, comigo compartilhada num ser-em-comum (Mitsein). Ser-no-mundo, o Dasein é igualmente ser com os outros” (Nunes, 2002, pág. 17).

A respeito da coexistência, Augras (2002) sustenta a idéia de que “ser no mundo significa existir para si e para o mundo, não apenas o mundo da natureza, configurado em termos humanos, mas também, é claro, o mundo social em que o ser com os outros assegura a realidade no modo da coexistência” (pág. 21).

Heidegger (1926) postula que mesmo quando a presença dos outros se torna temática, eles não chegam ao encontro como pessoas simplesmente dadas; mesmo quando vemos o outro como meramente em volta de nós, ele nunca é apreendido como coisa-homem simplesmente dada. Ou seja, o autor refere-se à situação que cotidianamente vivemos de esbarrar no outro e referi-lo como um mero ente sem significado, porém, no encontrar-se com o outro, significados já são dados, não importa o grau de profundidade que esse encontro acontece. Segundo o autor,

“O encontro com os outros não se dá numa apreensão prévia em que um sujeito, de início já simplesmente dado, se distingue dos demais sujeitos, nem numa visão primeira de si onde então se estabelece o referencial da diferença. Eles vêm ao

encontro a partir do mundo em que a presença se mantém (...)" (Heidegger, pág. 175, 1926).

A caracterização do encontro com os outros, segundo Heidegger (1926), se orienta segundo o próprio ser-aí. Os outros são e estão "no" mundo, são como o próprio Dasein. O mundo do ser-aí é um mundo compartilhado.

Outro autor que compartilha dessa concepção sobre a existência humana é Boss (1976), que também refere-se ao homem como primordialmente co-existindo com outras pessoas, e nunca foi um sujeito individual, que mais tarde entraria em contato com o outro. Os homens estão co-existindo perto de um mesmo mundo e é isso que fundamenta, segundo o autor, os diversos modos de desdobramento do ser-com. Segundo o autor, o modo de ser primordial do ser-aí é ser-em-relação, sempre situado numa relação de proximidade (algo que toca de perto) ou afastamento (algo que toca longe e o deixa indiferente).

Mundo, para a fenomenologia existencial, não se trata de um lugar estritamente físico/ geográfico, é o horizonte em que ocorre a manifestação das coisas, do ser e dos sentidos e possibilidades de ser: mundo é uma totalidade significativa. É o mundo que libera o outro para o Dasein.

A existência de cada ser-aí pode ser pensada a partir de três concepções, porém, estas não estão separadas: o mundo circundante (UMWELT), o mundo dos seres semelhantes (MITWELT) e o mundo próprio (EINGENWELT). Estes mundos existem simultaneamente. "Esses três mundos estão sempre inter-relacionados e sempre condicionando-se uns aos outros", esclarece May (pág 142, 1993). Gomes (1996) afirma:

"a existência de cada ser-no-mundo é caracterizada por três aspectos simultâneos de mundo, ainda que este seja vivenciado na sua totalidade: o mundo circundante (UMWELT), que é o mundo biológico ambiental; o mundo dos seres semelhantes, isto é, o mundo humano (MITWELT) e o mundo próprio (EINGENWELT), que compreende as relações pessoais do indivíduo consigo mesmo." (pág. 31)

May (1993) também remete-se aos significados dos três termos acima:

- UMWELT traduz-se por "o mundo ao redor". Trata-se, segundo o autor, do mundo que está à nossa volta, o qual inclui as necessidades biológicas, impulsos, instintos, assim como as leis que regem esse mundo e os ciclos naturais, as limitações, o que é material. Seria o mundo imposto que fomos lançados, e que precisamos nos ajustar.

- MITWELT significa literalmente “com o mundo”, que se refere ao mundo dos semelhantes de uma pessoa. Abrangeria as inter-relações humanas, mas o autor ressalva que não se trata da influência do grupo no indivíduo ou mente coletiva, e sim deve ser considerado a partir da significação que é produzida pelo inter-relacionamento das pessoas que vivem nele, a inter-relação acaba assim, provocando mudanças em cada uma das partes quando essas se encontram.

- EIGENWELT seria o “mundo próprio”, do relacionamento consigo mesmo. Pressupõe uma percepção de si mesmo, o sentido de algo revelado para si próprio, inclusive o sentido do seu próprio ser.

Assim, o MITWELT refere-se à característica da co-existência intrínseca à existência humana e, visto ele está necessariamente relacionado à nossa condição, torna-se indispensável para pensarmos a inter-relação de pais e filhas em situação de anorexia e, com isso, compreender os impactos deste modo de ser-doente no sistema parental ou, de forma mais abrangente, na família.

“Sendo o mundo humano um mundo de co-existência, o homem é um ser social que se cria na constante presença do outro, dentro de um contexto, do qual faz parte de forma primeira e de maneira peculiar, o ambiente familiar” (Gomes, 1996, pág.33).

A presença do outro possibilita um criar-se constante: ao encontrar-se com o outro, ocorrem mudanças em cada uma das partes. Pode-se pensar que nos constantes encontros de um (a) pai/mãe com a filha anoréxica, significações de mundo serão construídas.

Para compreendermos mais especificadamente as inter-relações dentro do contexto familiar, empregaremos a Teoria Geral dos Sistemas, a partir da qual pode-se fazer a leitura da família como um sistema humano de relações, visão que ajusta-se à concepção fenomenológico-existencial de homem e mundo.

No pensamento sistêmico tudo está relacionado entre si, tratando-se, assim, de um pensamento da totalidade em que cada parte só pode ser entendida no todo. Os fenômenos são estudados dentro do contexto em que ocorrem e as relações e conexões que se estabelecem entre eles são foco da atenção. Assim, não é possível olhar para um fenômeno isoladamente, visto que há um contexto a ser considerado.

No pensamento sistêmico, as partes de um sistema estão constantemente em mudança, com a intenção sempre de promover um equilíbrio deste - homeostase (Gomes,1996). “Tal conceito rejeita de modo contundente a noção de linearidade, de causa e efeito, e valoriza a organização circular, isto é, a idéia de circularidade na

compreensão das relações que se estabelecem dentro de um sistema” (Gomes, 1996, pág. 46). Portanto, não devemos considerar o todo como uma simples soma das partes, e sim como o resultado das interações destas.

A mesma autora afirma: “mudança em qualquer uma das partes afeta todas as outras partes, inclusive o sistema como um todo (...). A teoria sistêmica lê a família como um sistema aberto, que opera através de padrões transacionais” (pág 47).

Conclui-se, portanto, que a família se organiza através de padrões de atos de relacionamento entre seus membros, que visam a homeostase do sistema e, com isso, ocorre a manutenção do sistema criando-se resistência à mudança.

Carneiro (1983) refere-se a Salvador Minuchin como o principal representante da Teoria Sistêmica Estrutural que considera a estrutura familiar como um conjunto de exigências funcionais invisíveis, as quais podem ser organizadas de diferentes maneiras, estruturando a interação dos membros familiares. Cada indivíduo constitui um subsistema e este desenvolve padrões de interação que constituirão a estrutura da família. Segundo Minuchin (1982), “a experiência humana de identidade tem dois elementos: um sentido de pertencimento e um sentido de ser separado”(pág.53). Assim a família é vista como a matriz de identidade do ser humano e permite o desenvolvimento da individualidade de seus membros.

Para Minuchin (1982), os subsistemas familiares tem papéis e limites bem estabelecidos e diferenciados, contribuindo mais ou menos para adaptabilidade da família ao seu ambiente, e conseqüentemente das resoluções e crises que emergem e que emergem em decorrência do ciclo vital da família.

METODOLOGIA

Introdução

Este estudo será realizado através do método de investigação fenomenológica e a discussão será orientada pela Daseinsanalyse (fenomenológica-existencial). Essa abordagem foi escolhida para tornar possível uma proximidade em relação aos significados levantados através da pesquisa realizada neste estudo: uma busca a intimidade do que é vivido por uma mãe e um pai de uma anoréxica. Ela possibilita um acesso íntimo ao vivido, facilitando a compreensão da realidade dos pais, que têm, como condição, a presença da doença da anorexia no seu cotidiano.

A fenomenologia como método se dá a partir da preocupação com o rigor de uma pesquisa. Segundo tal abordagem, deve-se olhar para a natureza do fenômeno a ser estudado e não partir do pressuposto de que o objeto de estudo é passível de compreensão e preocupa-se só com o controle das variáveis para que o fenômeno se mostre o mais *real e verdadeiro possível*.

Segundo Heidegger (2007), a fenomenologia pretende chegar às coisas elas mesmas, ou seja, compreender como algo é dado, como ele se mostra e não tentar acessar o conteúdo do fenômeno; este, para o autor, é o que vem a luz, o que “se mostra em si mesmo” (pág. 70). Portanto, a fenomenologia pressupõe um modo de mostrar-se de algo e “não evoca o objeto de suas pesquisas nem caracteriza seu conteúdo quididativo. A palavra refere-se exclusivamente ao modo como se demonstra e se trata o que nesta ciência deve ser tratado” (Heidegger, 2007, pág 74).

Outrossim, o método fenomenológico não parte de uma definição a posteriori de um fenômeno a ser conhecido e sim parte da interrogação deste fenômeno.

“Na pesquisa fenomenológica, o investigador, de início, está preocupado com a natureza do que vai investigar, de tal modo que não existe, para ele, uma compreensão prévia do fenômeno(...). Ele não possui princípios explicativos, teorias ou qualquer indicação definidora do fenômeno. Inicia o seu trabalho interrogando o fenômeno.” (Martins, 1989, pág. 92)

Preza-se, neste enfoque, o que é trazido pelo próprio sujeito e qual o sentido que ele dá àquela vivência, aproveitando exatamente da espontaneidade do conteúdo do seu discurso.

“O fenomenólogo respeita as dúvidas existentes sobre o fenômeno pesquisado (...), a situação de pesquisa não é definida

pelo experimentador mas, freqüentemente, é constituída pelos próprios sujeitos investigados. Assim(...), os sujeitos descrevem de forma ingênua (natural, espontânea) as situações (...).”(Martins, 1989, pág. 92/93)

Esta metodologia permite um estudo de algo que não foi previamente estudado, visto que ela possibilita um estudo que pode ser fundado apenas no relato de sujeitos que discursam sobre o tema previsto, pois “ao deter-se no significado expresso pelo sujeito sobre sua experiência, o pesquisador descobre certos determinantes sobre as situações e sobre o sujeito”, que podem ser tomados como dados para o pesquisador (Martins, 1989, pág. 93). Assim, essa metodologia possui uma certa “independência” de pesquisas anteriores. Claro que não ignoraremos os estudos já existentes, mas, partindo do fato de que o número destes sobre o tema dentro da abordagem da pesquisa presente é escasso, isso se desvela como um aspecto valioso e relevante para a presente pesquisa.

O pesquisador fenomenólogo deve ter como fato e base para o estudo em questão a realidade relatada pelo sujeito entrevistado sobre a sua vivência. A única realidade existente é o mundo particular de cada ser humano, que é visto como um ser no mundo, ou seja, a separação destes dois não deve ser feita: não existe um ser e um mundo e, sim, um ser-no-mundo (ser-aí). Deste modo, a descrição do sujeito desse mundo, da sua vivência, seria a única forma de ter acesso a esse mundo/realidade e, por conseguinte a verdade e fatos a serem pesquisados. Para que isso seja efetivo, deve-se analisá-los exaustivamente para que haja uma compreensão desses fenômenos, sempre a partir da ótica do sujeito, sem que o pesquisador julgue-o ou utilize-se de pré-conceitos para entender esses fatos. “Ele procura colocar-se no lugar do sujeito e tentar viver a experiência vivida pelo sujeito, de forma que ele não seja um mero espectador, mas alguém que procura chegar aos significadores atribuídos vivencialmente.” (Martins,1989, pág.95).

Após esse procedimento, o pesquisador deve destacar unidades de significados, relacionando uma frase com a outra para com isso, chegar numa análise efetiva do fenômeno.

É partindo desses aspectos que utilizaremos o método fenomenológico como forma de acesso ao vivido pelos sujeitos entrevistados. O sentido dado pelos sujeitos das suas vivências da situação de ter um filho (a) com anorexia será a base para este estudo.

Participantes

Pretendíamos ter como participantes desse estudo dois membros de um sistema parental, um pai e uma mãe, que estivessem ou já haviam passado pela situação de serem cuidadores de filha(s) com anorexia nervosa durante o período da doença. O número baixo de participantes se dá em função de possibilitar uma análise mais profunda, exaustiva, do discurso destes, a fim de chegarmos o mais próximo possível do que é vivido e o significado dado para as vivências de cada um dos pais.

A forma de conseguirmos participação de sujeitos para o estudo será por indicação, portanto não haverá nenhum vínculo com instituições.

No entanto, não atingimos esta expectativa, dada a dificuldade de obtenção e disponibilidade de sujeitos. Diante disso, o estudo será feito com uma mãe de uma filha anoréxica há 20 anos, que se disponibilizou para ser entrevistada.

Instrumento de pesquisa

O instrumento de pesquisa do presente estudo será uma Entrevista Aberta, para a obtenção do genograma e do Relato de Vivência do participante em relação ao fato de ter tido uma filha com anorexia nervosa e a forma com que o *atravessamento* da doença se deu em sua vida.

O relato será gravados com autorização prévia do sujeito para termos uma maior fidedignidade na análise do discurso.

Método

Primeiramente, no início da entrevista, haverá uma preparação para criar uma atmosfera favorável para que o participante relate sua vivência em relação ao tema a ser estudado, sem que haja um direcionamento do seu discurso. Pretendemos, com isso, explicar o objetivo do estudo, para que compreenda a esfera a ser abordada no relato a ser feito.

Será pedido também, neste momento, um genograma dos participantes, para que tenhamos um contexto da esfera familiar deste e onde ele e o membro da família acometido estão em relação ao resto da família, além de obter as idades respectivas de cada um para comparação.

Após a obtenção deste genograma, será solicitado ao sujeito que relate a sua vivência relacionada ao fato de ter uma filha anoréxica. Para tanto, a seguinte consigna

será dada: “Por favor, gostaria que você me falasse sobre sua experiência como mãe/pai de uma filha anoréxica”.

Análise dos Dados

Com a obtenção dos Relatos de Vivência (gravados) do participante da pesquisa sobre o tema proposto, destacaremos as unidades de significados deste, tornando possível a compreensão de como o fenômeno foi vivido especificamente para aquele sujeito. O método para a junção destas unidades de significado será o conteúdo das frases do participante, ou seja, a partir do conteúdo das frases, estas serão separadas e analisadas, para que se chegue num significado sobre a vivência destes relatos, partindo sempre da ótica do próprio sujeito.

As gravações serão ouvidas, transcritas e relidas tantas vezes forem necessárias, para apreensão e compreensão dos dados obtidos, através dos relatos.

Local

O local de pesquisa será um local reservado para que não haja interferências ou outros que possam ouvir o relato, um local apropriado seria a casa do próprio sujeito.

COMENTÁRIOS ENTREVISTA

O sujeito foi contatado através de terceiros e o local da realização da entrevista foi o mais adequado para ele, que tinha a preferência em realizá-la em sua casa. O ambiente utilizado era reservado.

Inicialmente o sujeito se mostrou incomodado com a proposta feita à ele, desde o primeiro contato por telefone, que se constituiu numa apresentação, explicação sobre o trabalho a ser desenvolvido e o convite a ele para a entrevista em si, até os primeiros momentos da entrevista V. se demonstra reticência em relação a alguns pontos da proposta de entrevista, como lugar em que seria realizada, assinatura do termo de consentimento e perguntas sobre constituição familiar. Entretanto se mostrou, paralelamente, disponível e interessada na participação da entrevista.

Assim, V., de certa forma, foi restrita na identificação de dados sobre a constituição de sua família, questionando qual seria o propósito em pedir a ele essas informações.

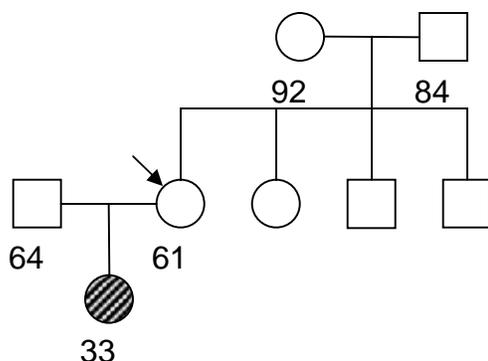
Na transcrição dos dados, alguns nomes próprios e locais foram alterados com o intuito de preservar a identidade do sujeito.

A consigna preparatória para tal entrevista foi: “por favor, gostaria que você me falasse sobre sua experiência como mãe de uma filha com anorexia”.

GENOGRAMA

V. casou-se com seu marido, cuja idade é 64 anos e tiveram apenas uma filha, K, que está com 33 anos. Eles estão separados atualmente. O pai de V. morreu de câncer aos 84 anos e a mãe tem 92. Eles tiveram 4 filhos, sendo estes dois do sexo masculino e dois do sexo feminino - um destas é V, que possui 61 anos.

Conta que não há nenhum caso de doença na família que seja importante ser levado em consideração.



ENTREVISTA

Relato – Sujeito V. (19/08/08)

Ela teve uma infância muito normal, comia otimamente bem. Na puberdade, digamos assim, começaram os problemas na escola. Ela começa a sofrer com amigas, maldade desse tipo, de criança. Pôr apelido, porque ela tinha o bumbum um pouco grande (ela não era gorda), porque tinha o rosto um pouco redondo, ela começou a sofrer, assim, com essas coisas. Mais tarde, quando ela já estava com 13 14 anos, depois de um tempo eu comecei a descobrir que ela tava vomitando, que ela comia e quando podia, ela escapava e vomitava.

Aí fomos atrás disso, no médico, mas pra falar a verdade, naquela época, há 20 anos atrás, essa problemática toda da anorexia, eu nunca tinha ouvido falar em anorexia, então a gente fez uma série de exames, mas ninguém começou a contactar que era bulimia. Depois quando mandamos ela para a primeira psicóloga ai já começou o tratamento em relação aos complexos dela em relação as amigas, ao corpo...corpo, corpo, corpo...era o único problema e a única preocupação. Aí ela parou um pouco, ela sempre teve fase, assim, onde ela parava, ela parava de vomitar, daqui a pouco acontece alguma coisa ruim, um dia ela perdeu um campeonato de hipismo, ela sempre foi muito boa em hipismo, quando ela tinha problemas lá, sempre que ela tinha algum problema, ela voltava a vomitar. Na hípica começaram os namoricos, então ela achava que ela não era bonita, então ela achava que ela tinha muita coxa, até aquela época o bubunzinho dela cresceu, ela sempre muito, ela é alta, tudo isso se harmonizou, ela tinha um corpo ótimo, maravilhoso.

Mas ela não achava, como qualquer anoréxica, ela tem aquela distorção de imagem que você pode falar que entra por um lado e sai pelo outro, você pode falar que está tudo dentro de um equilíbrio, mas não adianta. E é essa a anorexia. Quando ela parou com a bulimia, ela ficou com medo, agora eu não posso mais vomitar, então vou parar de comer. Aí a anorexia. Começou a entrar naquela paranóia de dietas mil, que a gente conhece, e não havia jeito de controlar a menina, tudo era light, tudo ela via a caloria, cada fatia de pão, cada torrada, tudo que eu comprava tinha que ser light, então ela comia.

Então ela entrou numa fase boa, ela entrou na faculdade, ela começou a trabalhar, ai foi outro problema: começar a trabalhar.

Ela não só era muito exigente em relação ao corpo como era em relação a tudo: ela tinha que ser melhor na escola, melhor na faculdade, ela tinha que ser um 'must', ela tinha que ser a última bolacha do pacote. E isso então sempre de um lado cria uma força tremenda para acontecer, para crescer, para fazer mas em relação ao físico ela tinha uma capacidade de passar fome incrível. Só que isso naturalmente tava detonando o corpo dela. Mas mesmo assim ela conseguiu trabalhar, fez o MBA dela, mas sempre estava muito magra, muito acabada. Fez o tratamento, com psiquiatras, teve pelo menos 5 psiquiatras depois ela não ia mais, porque ela não queria mais, que não gostava não estavam tratando do problema dela...

Olha, foi uma luta muito difícil, mas ainda naquela idade de 20, 21, 22 ela tava trabalhando, ela foi indo, e ela tinha uma roda de amigos, ela saía pouco, comia pouco, ela ia em festas, tudo ela participava, mas sempre, sempre com aquela preocupação, aquele pavor de comida, um pavor de comida assim, enorme. E restaurantes quando a gente ia, ela fazia os garçons remodelarem os pratos dela totalmente, aqui em casa eu também tive que mudar muito, mas mesmo assim ela não comia. Quando ela trabalhava que eu não tinha mais controle sob a alimentação dela, porque ela comia fora, ela vivia de café e sanduíche. E assim foi indo.

E aí quando ela estava na quarta agência, ela levou a coisa até o último, ela praticamente foi despedida, porque, inclusive eu suponho que essa agência percebeu que ela já estava tendo umas alucinações e então nós internamos ela na clínica do T. onde ela já estava em tratamento. Ela ficou um ano inteiro em casa, sem trabalhar, se tratando com o T., mas mesmo assim não funcionou. Até que eu falei 'eu não aguento mais, essa menina tem que ser internada', ela estava com 45 quilos. Ela tinha suas melhoras, entende, mas sempre quando ela melhorava a gente pensou que passou, que o psiquiatra está dando certo, esse tratamento está dando certo, mas sempre durava pouco, ela voltava a ficar ruim. Bom, daí nós resolvemos interná-la mesmo.

Aí ela foi internada no G. que era na clínica do T. Daí ela ficou internada uns três meses, foi uma internação muito dura, muito difícil, mas de alguma forma valeu a pena. Ela depois melhorou, ela começou a trabalhar onde o pai trabalhava, passou um tempo lá, ia alguns dias, porque ela não tinha muita força, muita estrutura. Aí ela até conseguiu ir bem até um certo tempo, mas daí ela teve outra recaída, sempre com uns problemas muito complexos, que não dava para entender, ela dizia que tinha água, que ela sentia água, a gente percebeu que a cabeça dela... talvez até pelos remédios

psiquiátricos que ela tomava, pra falar a verdade não sabemos direito. Aí nós falamos com o T.

Ela foi pela firma para exterior e lá ela teve um piripaque. Ai voltou para o Brasil. Enquanto ela e o pai estiveram no exterior, procuraram clinicas para ela, lá tem ótimas clínicas para esse tipo de tratamento, mas não é tão fácil assim consegui lugar, tem que esperar uns três meses. Em tratamento aqui com o T., mas praticamente em casa, mais para dar um ânimo, porque ela ainda era capaz de trabalhar. Aí conseguimos lugar, e ela foi se tratar no exterior. Eu fiquei com ela lá um mês, mas ai ela apavorou, ficou em pânico, surtou, 'não quero ficar aqui, não gosto daqui, não gosto do povo daqui', ela desde pequena falava a língua deste pais, era descendente, esse não era o problema. Chorava o dia inteiro, então ai eu falei vamos voltar. Aí voltamos para o Brasil. Ai ela mal, mal, mal. Aí resolvemos... foi quando ela decidiu que ela queria ser tratada no hospital X.

Eu falava 'filha, você quer sair de uma clinica maravilhosa, para se tratar no hospital X?' Claro, com todo respeito, mas não tem comparação! Mas pelo menos tem tratamento. 'Sim, eu vou porque é lá que eu quero me tratar'. Ficou 4 dias: 'mãe, me tira daqui'. Eu sabia, lá fui eu, tirei ela e aí nos procuramos aqui clinicas de anorexia especificamente, porque não tem, tem assim, para tratamentos alimentares, mas não é a mesma coisa.

E conseguimos a clinica C. Ela ficou internada 4 meses, com uma dieta rigorosíssima, um a nova psiquiatra, e foi, foi, foi. Daí ela voltou dessa clinica realmente melhor. Mas consciente de que se ela continuasse com essa brincadeira toda, ela ia, ela ia...morrer. Aí ela começou a se alimentar mais direito, ainda ficou com homecare aqui em casa. Então ela foi internada na C., teve homecare aqui, ai ela voltou da C. e ainda queria mais homecare aqui, mas eu já estava tão esgotada com tudo, desde o exterior, sabe quando realmente você não sabe mais o que falar ou o que fazer, nada, já tentou de tudo e mais um pouco... Daí eu falei, 'então, você vai fazer o resto do homecare na casa do seu pai, que eu não agüento mais'. Daí naturalmente teve um choque entre nós duas, pois eu era sempre a que estava lá, fazia tudo, cuidava, falava como tem que ser, como não tem que ser. Conscientizar ela também que ela não é a coisa mais importante do mundo para poder fazer com os outros o que ela estava fazendo, chegou num ponto em que era assim. Lógico que a anoréxica manipula, é extremamente manipuladora, muito egoísta, não de um lado mal, é que ela não vê, ela

não enxerga o quanto é manipuladora, e quanto só ela preocupa ela. E você tem que lidar com isso, é muito difícil, muito, muito difícil.

Bom...onde é que eu estava mesmo? Ah, daí ela foi fazer o resto do homecare na casa do pai, mas o pai não agüentou mais e mandou ela para F. na casa da cunhada dele, que ela gosta muito dela, passou 10 dias, no litoral, cheia dos cuidados, porque a cunhada também gostava dela naturalmente. Daí ela voltou, o pai teve uma conversa muito séria com ela, que agora ela tinha que assumir o trabalho dela, ou ela não ia mais poder trabalhar na firma dele e que ela resolvesse a vida dela que havia chegado há um ponto que nem eu, nem ele sabíamos mais o que fazer com ela, e que ela decidisse que ela ia continuar doente, que ela ia morrer então. Chegamos a um ponto de ter uma conversa assim, horrível, 'você quer morrer? Você não quer comer, você não quer trabalhar, o que você quer fazer da vida? Nós já fizemos de tudo o que a gente podia...' Não foi bem isso que a gente falou para ela, mas naquela hora ela estava, assim, um pouco melhor, aí ela voltou a trabalhar, voltou devagar a comer, mas sempre com uma dependência enorme da nutricionista. A nutricionista, então virou tudo na vida dela, porque 'eu tenho que comer, mas eu não quero engordar', eu não posso engordar. Então ela sempre ligava para a nutricionista e perguntava para ela o que ela deveria comer, num restaurante ela lia o cardápio para a nutricionista, chegou ao cúmulo de ela pedir uma colher para o garçom, a mesma colher que tinha em casa para pegar a mesma medida de comida... então umas 'nóias' assim que você nem imagina.

Bom, mas daí finalmente ela foi melhorando, foi melhorando e ela também ficou muito tempo sem vida social, porque ela não conseguia viver com os outros. Ela tinha que manter uma dieta tão rígida, ela tinha que levantar porque naquela x hora tem que tomar café, naquela x hora, ela tinha que tomar um lanche, naquela x hora, ela tinha que almoçar, depois outra vez um lanche, outra vez a janta. E assim ia. E aquilo ela tinha que levar a ferro e ouro, pra voltar, ela não menstruava mais, os hormônios estavam todos desbalanceados, mas ela levou. Daí parece que deu um clique na cabeça dela, e como ela na escola era muito rígida, e tudo na vida dela então de repente ela para comer ela também ficou muito rígida, então ela falava: 'não, eu não posso sair com eles, eles só jantam dez horas da noite.' Eu falava pra ela que ela poderia comer antes e ir sair depois. Mas não, ela não queria, ela insistia, não encontrava mais roupa, era só o trabalho... Saía comigo, comigo ela saía, mas era tudo no horário que ela queria.

E foi assim, lógico que tem muita coisa que eu já esqueci de te contar, foram 20 anos de anorexia, quer dizer, foi longo tempo em que ela teve períodos de melhoras, mas mesmo assim ela estava sempre muito preocupada com a comida, totalmente apática, preocupada com exercícios, tanto que através disso ela ficou doente do coração, ela ficou bradicardia por causa da anorexia, então ela tem que tomar muito cuidado com isso. Como se conhece a história da anoréxica, são poucas aquelas que se livram realmente da doença, tem aquelas que tem que conviver com a doença, e tem aquelas que não vingam, a principal causa da morte na anorexia é a doença cardíaca, por bradicardia. Então hoje em dia ela está muito bem, está trabalhando está indo muito bem, está muito bem na carreira dela, sai com os amigos dela, tem um namorado, mas toda vez que tem homem no pedaço ela começa a achar que ela tem que emagrecer, que ela tá se achando gorda... Agora mesmo ela está numa fase dessa, ela não queria ir para o T. de novo, ela tinha brigado uma hora lá com o T, não foi mais no T. Eu falei: 'escuta, não adianta, volta para o T., ninguém melhor do que ele te conhece, e vá ver um cardiologista dele que ele deve ter outras indicações', porque cardiopatias são muito comuns, porque o coração não agüenta, né? Toda essa judiação, ela está com o coração já fraco, mas ela se sente bem, fora o coração, que está atrapalhando a vida dela, ela não pode mais levar uma vida esportiva muito normal, tanto que domingo ela foi no parque tentou jogar baseball mas não conseguiu, e voltou. Agora estamos vendo um médico do E. que vai examiná-la e ver se tem a possibilidade de colocar marcapasso, com 33 anos vai ter que colocar marcapasso. Levar uma vida, ela tem esse problema, agora que ela tá trabalhando, não para em casa, tem que comer fora e isso pra ela é muito ruim, se ela não mantém aquela dieta, o coração começa a bater menos, ela tem enjôos, começa a passar mal, ela já foi a vários cardiologistas bons, eles falam que ela não vai escapar de jeito maneira do marcapasso, mas ela quer, ela não vê a hora de colocar o marcapasso. É...é uma luta!

Eu conheci uma outra cuja filha estava na classe da K. e ela perdeu a menina, não comia mais. Porque chega uma hora que nem o corpo aceita mais, chega uma hora que o próprio corpo começa a se comer, começa a busca energia dos próprios músculos e aí a pessoa definha, assim suga.

E, lógico, nesse meio, quando fui para Europa, eu vi muitos casos. Também tá pegando em mulheres mais velhas. Eu perguntei para a psiquiatra da K. e ela disse o problema é que na menopausa, as mulheres mudam, engordam, a cintura não é a mesma, não adianta, mesmo que você faça dieta, na menopausa você sempre engorda.

E então elas começam a ficar anoréxicas, elas não se conformam. E começam a rejeitar comida, comida, começam a malhar, malhar, malhar, e então ficam anoréxicas.

Eu ponho não toda a culpa, mas a maior parte da culpa na cultura, na cobrança, tem muito dessa cobrança, comparações, nessa idade que elas vão ficando mocinhas, que não tem ainda a personalidade formada ainda, não conseguem dizer, dane-se eu gosto de comer, eu vou comer, e se eu engordar vou continuar comendo. Elas não têm esse discernimento. E é difícil você como adulto ficar falando, ainda mais pai e mãe que elas nem ouvem, preferem ficar seguindo essas revistas porcarias que tem por ai, que só trazem dietas, artistas, sabe o que acontece? Essas meninas de hoje em dia que não tem ainda essa personalidade formada, elas querem ser igual a essas artistas, imitam elas em tudo, ficam se comparando, e acabam que não vivem a própria vida, lêem a revista que só trazem dietas e coisas de cosméticos e essa baboseira toda, elas vão atrás, elas caem que nem umas patinhas, começam a viver uma outra vida, deixa de serem elas, para viver esse mundo de fantasia. E não há quem tire isso da cabeça delas, nem um bom psiquiatra consegue.

Então agora ela voltou com o T., tá fazendo o tratamento com ele, tá com uma nutricionista nova, que ela já falou que ela não gostou, porque não tem nem idéia do que ela precisa comer, que já passou a dieta toda errada...E tem isso também, a anoréxica ela sempre acha que ela tá certa, entendeu é outro caminho difícil que você tem que percorrer quando convive com uma anoréxica. Teve um caso de uma família em que os pais não agüentaram conviver com a anoréxica porque ela estava atrapalhando a vida de toda a dinâmica familiar, os pais, os irmãos. (Entrevistadora: você também sentiu esse tipo de mudança aqui?) Opa!Muito! Eu tive que mudar muita coisa, mas eu graças a Deus tive aqui um suporte, eu estudei muito sobre a doença naquela época, eu também estava estudando religiões comparadas, eu tive a oportunidade de entrar em contato com o budismo, que eu gostei muito mais do que as outras, em si eu sou a-religiosa, mas gostei do budismo, eu me aprofundei, porque eu acho que não é uma religião, mas é um comportamento de vida, é muito pé no chão. Tem lá suas coisas místicas mas você aprende a lidar com esse lado.

Então, isso me ajudou muito, nunca fui buscar ajuda com psicólogos, nem nada disso, sempre estive em contato com psiquiatras para entender o que estava rolando.

E até hoje, voltamos brigando do cara lá, do T., brigando e discutindo e eu falando para ela que ela não tem jeito, ela fez uma loucura total, ela parou de tomar água porque as águas estavam inchando aqui, deixando a coxa dela gorda. Não é que

deixar as coxas gordas, é que formam edemas, anoréxicas têm edemas, porque não têm o metabolismo normal. Então ela tinha esse tratamento em casa, a terapeuta que cuidava dela na primeira internação ficou cuidando dela até hoje, para tirar os edemas, enfim... Porque é muito difícil um corpo judiado a tantos anos, até que o metabolismo volte ao normal, a anoréxica pena. Levou ainda uns bons dois meses até ela parar de enjoar. Sei lá eu acho que ela gosta de sofrer sabe, porque tanta gente fala, tanta gente e não vê! E explica com que funciona o corpo, o metabolismo, se você não comer acontece isso, se você deixar de tomar água teu rim vai parar, você vai para hemodiálise, sabe? A gente ameaça de tudo quanto é lado também pra tentar fazer com que ela entender... Não entra! Você sente que está falando para ela e que entra por aqui e sai por aqui. Isso com 33 anos! Ela me fica sem tomar água...Agora! 3 meses atrás, pelo menos foi o que ela falou para o T. O T. falou para ela que 'louca! Você não mudou nada!Você ainda tá pirada!'. Eles já se conhecem a tanto tempo que o palavriar deles até assusta. Mas eu espero muito desse tratamento agora, mas como eu já esperei muito, para falar a verdade, eu não espero mais nada.(risos) Eu falo assim, o que acontecer vai ter que acontecer, ou ela toma jeito ou, sei lá,...

É, é muito, muito, muito sofrimento, a maioria não tem nem idéia do que é ter uma filha anoréxica. Mas passa, agora em fevereiro ela tomou coragem para sair de casa, ela nunca quis, eu também não forçava porque sabia que ela não tinha condições de cuidar de uma casa, mas ela foi melhorando, então agora em fevereiro ela foi, está se dando muito bem. Só que não tem ninguém lá para olhar se ela come. Ela fica fora porque trabalha e me preocupa. Tá lá.

E é isso assim, de uma forma geral, mas é sempre uma preocupação. Como essa história da água, parece que ela não sabe se cuidar, porque afinal de contas, nós somos 72% de água igual ao nosso planeta. Se você não tiver água, como é que o seu metabolismo vai trabalhar? Então ela teve uma recaída, ontem o pai dela veio almoçar aqui, expliquei para ele o que está acontecendo, que o namorado dela está vindo falar comigo, que não entende o que está acontecendo com ela, que o humor desce e sobe toda a hora, e que aí ela tem comportamentos esquisitos do tipo sair no meio do churrasco e ir embora para casa sozinha, então eu acho que ela tá precisando de medicamento psiquiátrico de novo, aos poucos ela foi abandonando (remédios), mas a gente continua fazendo o que pode. Eu também não sou daquela mãe que fica ligando o dia inteiro para perguntar 'filhinha, como você tá?', quando ela liga, a gente bate um

papo, quando ela diz que precisa conversar daí ela vem, mas eu percebo já quando ela vai surtar.

Ela cuida do corpo do jeito que ela acha que é melhor, essa nutricionista que o T. mandou já não vale nada, ela ta fazendo tudo errado, e é impressionante, elas desenvolvem um conhecimento só que não é pro bem delas, só que elas sabem tudo. Tudo o que engorda. Também com uma nutricionista a vida inteira dizendo o que está comendo, ela aprende, mas eu digo para ela: 'mas você não sabe usar o que você aprende pro seu bem, você usa pra não comer, chega ao um ponto tão absurdo, que ela perde a noção de quantidade. Eu falo: mas 'K. você já ouviu tanto as nutricionistas falarem, tantas colheres dá isso no prato, uma colher é essa quantidade.' Ela responde: 'ah, mas eu não sei mais.' Ela coloca uma colher de medida ainda vai lá e tira um pouco. O bife dela é pesado, se passar ela corta. O file de frango também. Ela comia toda a manhã queijo minas, mas toda a manhã ela colocava as duas fatias na balança. Se fosse para tirar uma tirinha do tamanho de um palito de fósforo, ela tirava. Quer dizer, você olha aquilo, e você diz: 'é, é doença'. Até eu conseguir encarar, fazer meu caminho dentro da anorexia e conseguir encarar aquilo realmente como uma doença e não como uma paranóia pirada, ou sei lá o que, levou muito tempo. Até que isso também começou a aparecer, anorexia e bulimia, que começou a ser comentado... Mas eu dizia que ninguém morre de fome com um prato de frente pro nariz! Isso não existe, certo? Para uma pessoa normal. Então eu cheguei a ficar com raiva. Mas, aí, com todos os psiquiatras, com tudo que eu li, principalmente na Europa, eu conversei com dois grandes médicos da clinica mais a psiquiatra dela, que inclusive era brasileira, via aquelas meninas todas tive um contato maior com um monte de anoréxicas, eu ia todo o dia à clinica, não podia morar lá mas eu estava num hotel pertinho, então eu ia lá, observava muito, me sentava a mesa com elas, e tinha sempre a monitora ali: 'mais uma colher, fulana, mais uma colher'. Elas tinha um ódio disso, se entreolhavam.

Muito duro, tá viva ainda, tá trabalhando, tem grande ambição de carreira de trabalho, acho que isso é a parte que mais sustenta ela é a parte do trabalho, mas ela precisa superar mais, e mais e mais.

Quando ela brigou com o T., em que ela disse que queria sair da clínica, ele disse que se ela saísse, ele não ia mais tratar ela. Ela saiu e daí não se falaram mais. Mas depois ela voltou para ele e tá lá até hoje. Vamos ver o que vai dar. Ela precisa se ajudar, ela precisa topa, decidir e seguir todos os conselhos. Em relação ao coração foi uma seqüela que ficou e, não sei, vamos esperar...

Muito difícil. Sabe quando a gente fala é muito difícil, mas quando você tá no meio da coisa, e você não tem condições de saber a gravidade, você tá indo, aquilo vai te enrolando, você vai lendo aqui, você vai sabendo ali, até você tomar consciência da gravidade dessa doença e que é uma doença, né? E essa doença pode vir dessa mania da beleza cultural, que eu acho que foi o caso da K., pode vir de problemas da infância, problemas com o pai ou com a mãe- eu acho que não foi o caso dela. E eu acho que não vale a pena ficar escarafunchando o passado, porque daqui pra frente é o presente, né? Ela já está bem melhor, mas ainda continua com umas paranóias de anoréxicas, mas a vida continua, tem que agir agora, não ficar procurando o que aconteceu, já passou por psiquiatras, psicólogos, muito bons. É isso aí.

ANÁLISE DOS DADOS

A partir do relato de V. é possível identificar o caminho percorrido por ela durante o período em que sua filha apresentava um modo de ser-anorético, caminho este que revela e esclarece as compreensões de sua própria existência nestas condições assim como as especificidades da co-existência com a filha e a anorexia nervosa.

Inicialmente, segundo V., a filha foi levada a um médico aos 13 ou 14 anos, pois esta apresentava o sintoma de vômitos forçados após refeições. Porém, diz não foi constatado que se tratava de bulimia, apesar de todos os exames feitos. Explica que a filha, por não poder mais vomitar, ela começou a parar de comer. Refere-se a este período, há vinte anos, como uma época em que a anorexia nervosa não era conhecida e inclui-se a si próprio como alguém que não tinha conhecimento algum desta.

- *“Há 20 anos atrás, essa problemática toda da anorexia..., eu nunca tinha ouvido falar em anorexia, então a gente fez uma série de exames, mas ninguém começou a contactar que era bulimia”.*
- *“Até que isso também começou a aparecer, anorexia, bulimia, que começou a ser comentado...”.*

Portanto, V. atribui como uma das razões pelas quais ela não tinha conhecimento da anorexia nervosa o fato de que não era uma doença conhecida na época e, por conseguinte, não era comentada. Conclui-se que sua filha foi quem trouxe um primeiro contato de V. com as disfunções alimentares. Tratando-se de uma pessoa que tem alto grau de proximidade, ou seja, o convívio é constante, e a duração desta problemática, até a presente data, foi de aproximadamente 20 anos, os impactos desta descoberta e da convivência com anorexia foram significativos.

- *“(...)foram 20 anos de anorexia, quer dizer, foi longo tempo em que ela teve períodos de melhoras, mas mesmo assim ela estava sempre muito preocupada com a comida(...)”*

Ao mesmo tempo em que a anorexia se revela como uma doença, há uma negação, por parte de V., de tal constatação:

- *“Mas eu dizia que ninguém morre de fome com um prato de frente pro nariz! Isso não existe, certo?”*

Aparece, aqui, a negação da existência de um modo de ser-doente com tal gravidade. A constatação da anorexia da filha pelos médicos revelou a V. a condição de

finitude do ser-aí, trouxe à luz a morte da filha, visto que se trata de uma perturbação gravíssima e que pode resultar, em último caso, na morte de sua filha. A finitude é inerente a qualquer Dasein, mas este vive na impropriedade, ou seja, o ser-aí vive esquivando-se de sua própria condição, inclusive deste existencial, que o revela como um ser que está indo em direção a própria morte. Para V., o fato da filha estar anoréxica desvela tal característica da existência desta, que antes, estava encoberta. A negação da gravidade deste modo de ser-doente pode ser pensada como uma manobra de esquila (rejeição) desta condição da filha. Portanto, essa possibilidade não é considerada por ela neste momento, e sim negada.

- *“Sabe quando a gente fala é muito difícil, mas quando você tá no meio da coisa, e você não tem condições de saber a gravidade(...)”*

Desse modo, V. se coloca como não tendo condições de saber a gravidade da anorexia quando se encontrava no meio de todo o processo de adoecimento da filha.

Considerando a família como um sistema, o qual seus membros buscam sempre um equilíbrio ou homeostase deste, cria-se uma resistência à mudança. Pode-se supor que V. buscou também uma forma de não acontecer uma desestabilização no ambiente familiar e nas relações que foram se estabelecendo ao longo da convivência e por essa razão, inicialmente, não assimila o fato de ter alguém acometido na constituição da sua família.

Segundo ela, seu caminho percorrido dentro da anorexia:

- *“foi uma luta muito difícil”.*

No decorrer da entrevista, repete tal fala, porém no tempo presente:

- *“é uma luta muito difícil”,* revelando uma luta que ainda não acabou.

Assim, revela a dificuldade que teve em lidar com a condição anoréxica da filha durante todos esses anos e que este sentimento ainda está presente; mesmo após um longo tempo, não houve uma “acomodação” de V. em relação ao modo de ser-doente da sua filha, V. ainda se sente incomodada e como se estivesse numa difícil batalha.

A partir da sua constatação de que a filha estava anoréxica, percebe-se um investimento muito grande por parte de V. para entender e informar-se sobre a anorexia.

- *“(...) você tá indo, aquilo vai te enrolando, você vai lendo aqui, você vai sabendo ali, até você tomar consciência da gravidade dessa doença e que é uma doença, né?”*
- *“Mas, aí, com todos os psiquiatras, com tudo que eu li, principalmente na Europa, eu conversei com dois grandes médicos da clínica mais a*

psiquiatra dela, que inclusive era brasileira, via aquelas meninas todas tive um contato maior com um monte de anoréxicas, eu ia todo o dia à clínica, não podia morar lá mas eu estava num hotel pertinho, então eu ia lá, observava muito, me sentava a mesa com elas(...)”.

O informar-se sobre anorexia aparece como uma forma de aproximação deste modo de ser, uma questão que inicialmente era distante, a qual V. nem mesmo tinha ouvido falar e que se torna próxima no momento em que a filha se torna a ponte entre V. e a anorexia nervosa.

A busca de um tratamento foi incessante durante todo o período de acometimento da filha até hoje, ou seja, o investimento de V. em ações que pudessem “curar” a filha foi grande.

- *“Fez o tratamento, com psiquiatras, teve pelo menos 5 psiquiatras(...)*”.

Um ponto que se refere a isso é o fato de que, para V., o tratamento deveria ter muito boa qualidade.

- *“Eu falava ‘filha, você quer sair de uma clinica maravilhosa, para se tratar no hospital X?’ Claro, com todo respeito, mas não tem comparação!”*
- *“Enquanto ela e o pai estiveram no exterior, procuraram clínicas para ela, lá tem ótimas clínicas para esse tipo de tratamento, mas não é tão fácil assim consegui lugar, tem que esperar uns três meses”.*

Em relação à busca de profissionais e/ou tratamento que pudessem “curar a filha”, V. se inclui em todos os processos de procura e algumas vezes refere-se como única responsável.

- *.(...) Aí conseguimos lugar, e ela foi se tratar no exterior”.*
- *“Aí, nós falamos com o T. (psiquiatra)”.*
- *“E conseguimos a clínica C.”*
- *“(...) eu era sempre a que estava lá, fazia tudo, cuidava, falava como tem que ser, como não tem que ser”.*
- *Eu sabia, lá fui eu, tirei ela (da clínica) e aí nós procuramos aqui clínicas de anorexia especificamente, porque não tem, tem assim, para tratamentos alimentares, mas não é a mesma coisa.*

Percebe-se que V. tem, para si, a responsabilidade no que se refere a tomadas de decisão em relação ao tratamento, a um estar sempre presente para a filha, a busca de um tratamento com melhor qualidade. Tais responsabilidades contribuem para que o modo de ser-doente da filha apareça para esta mãe como um peso a ser carregado

também por ela e, por tal razão, teve a necessidade de um suporte para conseguir conviver com uma anoréxica. No caso, seu suporte foi a religião budista e se informar sobre a anorexia.

- *“mas graças a Deus, eu tive aqui um suporte, eu estudei muito sobre a doença naquela época, eu também estava estudando religiões comparadas, eu tive a oportunidade de entrar em contato com o budismo, que eu gostei muito mais do que as outras”.*
- *“isso (o budismo) me ajudou muito, nunca fui buscar ajuda com psicólogos, nem nada disso”.*

Em seu relato, constantemente aparece falas que revelam o peso da vivência com uma filha anoréxica e o tratamento ao qual esta teve que se submeter.

- *“(...) foi uma internação muito dura, muito difícil”.*
- *“(...) mas eu já estava tão esgotada com tudo(...)”.*
- *“É, é muito, muito, muito sofrimento, a maioria não tem nem idéia do que é ter uma filha anoréxica”.*
- *“Muito duro”.*

Trata-se de uma vivência intensa e difícil. Uma das razões dessa dificuldade é a de ter uma grande responsabilidade: salvar a filha da morte. Assim, V. busca algum tipo de ajuda, como a religião, para que esse peso fique, de alguma forma, mais leve de ser carregado.

Ameaças e explicações como uma forma de tentar extinguir o modo de ser anoréxico da filha eram constantes.

- *“Chegamos há um ponto de ter uma conversa assim, horrível, ‘você quer morrer? Você não quer comer, você não quer trabalhar, o que você quer fazer da vida?’”*
- *“E explica com que funciona o corpo, o metabolismo, ‘se você não comer acontece isso, se você deixar de tomar água teu rim vai parar, você vai para hemodiálise’, sabe? A gente ameaça de tudo quanto é lado também pra tentar fazer com que ela... Não entra!”*
- *“(...)com uma nutricionista a vida inteira dizendo o que está comendo, ela aprende, mas eu digo para ela: ‘mas você não sabe usar o que você aprende pro seu bem, você usa pra não comer(...)”.*

V. busca formas de modificar esse mundo incompreensível da filha, pois não conseguia compreendê-lo, as significações da filha não eram compatíveis com a suas.

Apesar de sempre buscar informar-se tecnicamente sobre anorexia nervosa, V. revela uma não compreensão desta forma de acometimento.

- *“(...)ela tinha um corpo ótimo, maravilhoso. Mas ela não achava, como qualquer anoréxica, ela tem aquela distorção de imagem que você pode falar que entra por um lado e sai pelo outro.”*
- *“sempre com uns problemas muito complexos, que não dava para entender, ela dizia que tinha água, que ela sentia água, a gente percebeu que a cabeça dela, talvez até pelos remédios psiquiátricos que ela tomava, pra falar a verdade a gente não sabemos direito.”*

Outro sentimento relatado por V. em relação a anorexia foi a raiva, como uma forma de indignação perante a este modo de ser-doente da filha:

- *“Mas eu dizia que ninguém morre de fome com um prato de frente pro nariz! Isso não existe, certo? Para uma pessoa normal. Então eu cheguei a ficar com raiva.”*

E o embate em relação ao que V. achava que a filha devesse fazer e o que esta queria fazer se tornou também uma dificuldade no seu coexistir com uma filha anoréxica.

- *“E até hoje, voltamos brigando do cara lá, do T., brigando e discutindo e eu falando para ela que ela não tem jeito, ela fez uma loucura total, ela parou de tomar água porque as águas estavam inchando aqui, deixando a coxa dela gorda.”*
- *“E é difícil você como adulto ficar falando, ainda mais pai e mãe que elas nem ouvem”.*

Apesar de todo o seu esforço e dedicação para que a filha se “curasse”, V. percebe que o tratamento se mostrava, na maior parte das vezes, ineficaz, assim como as outras ações por ela tomadas, pois as características anoréxicas da filha sempre reincidiam, gerando assim, uma desesperança em relação a “cura”.

- *“(...)você pode falar que está tudo dentro de um equilíbrio, mas não adianta.”*
- *“(...)e não havia jeito de controlar a menina.”*
- *“Ela ficou um ano inteiro em casa, sem trabalhar, se tratando com o T., mas mesmo assim não funcionou”.*
- *“Até que eu falei ‘eu não aguento mais, essa menina tem que ser internada’, ela estava com 45 quilos. Ela tinha suas melhoras, entende, mas sempre quando ela melhorava a gente pensou que passou, que o*

psiquiatra está dando certo, esse tratamento está dando certo, mas sempre durava pouco, ela voltava a ficar ruim”.

- *“(...)mas eu já estava tão esgotada com tudo, desde o exterior, sabe quando realmente você não sabe mais o que falar ou o que fazer, nada, já tentou de tudo e mais um pouco...”*
- *“(...)e eu falando para ela que ela não tem jeito.”*
- *“Mas eu espero muito desse tratamento agora, mas como eu já esperei muito para falar a verdade, eu não espero mais nada.”*

Uma mãe na condição de ter um membro de sua família com anorexia nervosa, neste ponto, sente uma impossibilidade de ajudá-lo. Pode-se chegar a essa hipótese ao pensar que a mãe experimenta uma série de medidas com o objetivo de fazer com que a pessoa em situação de anorexia coma, as quais não trazem nenhum resultado, mostram-se ineficazes. Deste modo, após muitas tentativas repetidas frustradas, uma mãe pode viver um sentimento de impotência frente ao modo de ser-doente que está combatendo, como se estivesse perdendo uma batalha; ou seja, pelo fato do tratamento ser difícil, lento e demandar muita energia e atenção, pode-se chegar nestes sentimentos de frustração e impotência. Ela pode mostrar um sentimento negativo em relação à evolução da cura por causa destas frustrações que foram aparecendo durante o convívio com a pessoa anoréxica e, ao longo do tempo, chegar à conclusão de que não será possível para a pessoa anoréxica superar o distúrbio.

V., com a desesperança no tratamento, como se já tivesse perdido a batalha, não investe mais neste como investia antes de ter experienciado todo o árduo processo da tentativa de cura da filha, o qual não mostrou os resultados que esperava. Portanto, a anorexia nervosa aparece, para V., como uma doença incurável.

- *“então eu acho que ela ta precisando de medicamento psiquiátrico de novo, aos poucos ela foi abandonando (remédios), mas a gente continua fazendo o que pode. Eu também não sou daquela mãe que fica ligando o dia inteiro para perguntar ‘filhinha, como você tá?’, quando ela liga, a gente bate um papo, quando ela diz que precisa conversar daí ela vem, mas eu percebo já quando ela vai surtar.”*
- *“Você não quer comer, você não quer trabalhar, o que você quer fazer da vida? Nós já fizemos de tudo o que a gente podia (fala dirigida à sua filha).”*

- *“Eu falo assim, o que acontecer vai ter que acontecer, ou ela toma jeito ou, sei lá...”*
- *“a vida dela que havia chegado a um ponto que nem eu, nem ele sabíamos mais o que fazer com ela, e que ela decidisse que ela ia continuar doente, que ela ia morrer então”.*

Em relação as mudanças do mundo de V. com a chegada da anorexia nervosa, V. relata utilizar-se de um espaço e tempo na sua existência que são destinados ao cuidado da filha, como buscar tratamento, conversar com médicos, etc., o que paralelamente nos revela uma não utilização desse tempo para outras atividades que provavelmente tinha antes. A qualidade de vida de uma pessoa deve mudar quando se torna cuidador de um membro anoréxico. Por exemplo, a preocupação com o acometido é tão excessiva que consome o tempo de um possível autocuidado deste cuidador ou que seria utilizado com atividades de caráter social e/ou prazerosas para este, como exercícios físicos, que ajudariam na sua saúde, é usado com o cuidado desta pessoa anoréxica. A inquietação ou preocupação proveniente do ter que cuidar da filha também contribui na ocupação do seu tempo, mesmo que não haja concretamente uma ação propriamente dita: a pré-ocupação ocupa tempo.

- *“é sempre uma preocupação”.*

Houve mudanças em sua rotina em prol da “cura” da filha:

- *“(...) tudo que eu comprava tinha que ser light, então ela comia.”*
- *“(...) aqui em casa eu também tive que mudar muito, mas mesmo assim ela não comia.”*
- *“Eu fiquei com ela lá um mês, mas ai ela apavorou, ficou em pânico, surtou, ‘não quero ficar aqui, não gosto daqui, não gosto do povo daqui’, ela desde pequena falava a língua deste país, era descendente, esse não era o problema. Chorava o dia inteiro, então ai eu falei vamos voltar. Aí voltamos para o Brasil.”*
- *“Eu falava pra ela que ela poderia comer antes e ir sair depois. Mas não, ela não queria, ela insistia, não encontrava mais roupa, era só o trabalho... Saía comigo, comigo ela saía, mas era tudo no horário que ela queria.”*
- *“Teve um caso de uma família em que os pais não agüentaram conviver com a anoréxica porque ela estava atrapalhando a vida de toda a dinâmica familiar, os pais, os irmãos. (Entrevistadora: você também*

sentiu esse tipo de mudança aqui?) Opa!Muito! Eu tive que mudar muita coisa”

Segundo V., a dinâmica familiar modificou com a convivência com um membro anoréxico. Partindo de uma leitura sistêmica da família, a qual pode ser considerada um sistema de relações ou interações dos indivíduos ou subsistemas que a pertencem, a mudança de um destes acarreta numa modificação nas outras partes, assim como o sistema como um todo. A relação do grupo familiar e o membro acometido deve piorar com o advento da anorexia: desentendimentos freqüentes com este, preocupações por partes dos pais em torno da pessoa anoréxica, etc.

V. revela não ter a mesma compreensão da anorexia nervosa de quando se compara a época em que descobriu que a filha estava com anorexia e após ter vivido 20 anos em coexistência com esta situação:

- *“há 20 anos atrás, essa problemática toda da anorexia...eu nunca tinha ouvido falar em anorexia”.*

Segundo seu relato, antes não tinha a compreensão de anorexia como doença ou da gravidade desta doença.

- *“Quer dizer, você olha aquilo, e você diz: ‘é, é doença’. Até eu conseguir encarar, fazer meu caminho dentro da anorexia e conseguir encarar aquilo realmente como uma doença e não como uma paranóia pirada, ou sei lá o que, levou muito tempo.”*
- *“até você tomar consciência da gravidade dessa doença e que é uma doença, né?”*

Atualmente, revela uma compreensão da anorexia como uma doença:

- *“Quer dizer, você olha aquilo, e você diz: ‘é, é doença’.”*

Suas causas, conforme V., são de duas naturezas: cultural e da personalidade em formação de menina jovem. A interação entre esses dois fatores poderia resultar na anorexia:

- *“Eu ponho não toda a culpa, mas a maior parte da culpa na cultura, na cobrança, tem muito dessa cobrança, comparações, nessa idade que elas vão ficando mocinhas, que não tem ainda a personalidade formada ainda, não conseguem dizer, dane-se eu gosto de comer, eu vou comer, e se eu engordar vou continuar comendo. Elas não têm esse discernimento. (...) Preferem ficar seguindo essas revistas porcarias que tem por aí, que só trazem dietas, artistas, sabe o que acontece? Essas*

meninas de hoje em dia que não tem ainda essa personalidade formada, elas querem ser igual a essas artistas, imitam elas em tudo, ficam se comparando, e acabam que não vivem a própria vida, lêem a revista que só trazem dietas e coisas de cosméticos e essa baboseira toda, elas vão atrás, elas caem que nem umas patinhas, começam a viver uma outra vida, deixa de serem elas, para viver esse mundo de fantasia.”

A anorexia é tomada como um fenômeno externo ao sujeito, uma doença que residiria no sujeito; é entificada. Conforme seu relato, V. compreende a causa da anorexia nervosa como uma combinação de algo que vem de fora, que seria praticamente uma proposta de uma outra vida não própria para essas meninas, que compram a idéia, pois não têm a personalidade formada. Assim, pode-se formar, com base no seu relato, a imagem da cultura atual como uma personagem vilã e principal causadora da anorexia nervosa, sendo que as meninas jovens teriam um papel nesta história, de certa forma, passivo. Evitar a “contaminação” dessas meninas que viveriam uma vida pela cultura seria inviável, nem com ajuda especializada.

- *“E não há quem tire isso da cabeça delas, nem um bom psiquiatra consegue.”*

Pode-se pensar na hipótese de que V. tenta exonerar-se da culpa por ter tido a oportunidade de tirar da cabeça da filha essas idéias e não ter conseguido. Quando fala que nem um bom psiquiatra consegue tirar as idéias da cabeça da filha, presume-se, pela sua fala, que ela própria também não estaria apta a fazê-lo, visto que não possui o conhecimento de um psiquiatra para lidar com essa questão. Levanta-se uma hipótese que V. pode ficar imaginando que a causa da doença está relacionada a algo que deixou de dizer ou ficar revisando seus atos passados para ver se deveria ter agido diferentemente para prevenir o distúrbio.

Ainda sobre as causas da anorexia, V. relata:

- *“E essa doença(...) pode vir de problemas da infância, problemas com o pai ou com a mãe - eu acho que não foi o caso dela. E eu acho que não vale a pena ficar escarafunchando o passado, porque daqui pra frente é o presente, né?”*

É presente aqui também uma tentativa de exonerar a culpa dos pais. Segundo ela, uma das causas da anorexia seria a relação dos pais com a filha.

Um dos impactos da anorexia na filha, segundo V., foi a perda de um emprego. Isso revela a forma com que V. pensa sobre a imagem da anorexia pelas outras

pessoas, ou seja, sua compreensão em relação ao que os outros pensam da pessoa com anorexia é que é uma pessoa incapaz de trabalhar ou ser produtiva.

- *“E ai quando ela estava na quarta agência, ela levou a coisa até o último, ela praticamente foi despedida, porque, inclusive eu suponho que essa agencia percebeu que ela já estava tendo umas alucinações(...)”*

Por fim, V. revela ao longo de seu relato características que atribui ao modo de ser-doente da filha. Deixa claro que essas características são provenientes da “doença anorexia” e que não estariam presentes se a filha não estivesse anoréxica. Generaliza as características da filha anoréxica como sendo pertencentes a qualquer anoréxica, mostrando aqui, a compreensão da anorexia, como ela se dá para si.

- *“Lógico que a anoréxica manipula, é extremamente manipuladora, muito egoísta, não de um lado mal, é que ela não vê, ela não enxerga o quanto é manipuladora, e quanto só ela preocupa ela. E você tem que lidar com isso, é muito difícil, muito, muito difícil.”*
- *“(...) parece que ela não sabe se cuidar”.*

Aparece, aqui, uma não confiança na anoréxica. Pode-se pensar que essa desconfiança surge da descoberta de discrepâncias entre o seu discurso sobre a sua alimentação e seus reais hábitos alimentares, além de uma imagem de imaturidade da anoréxica, que não teria condições de se cuidar.

Além disso, V. busca explicações e causas para tal comportamento da acometida, como gostar de sofrer ou querer seu próprio mal, sendo estas hipóteses para a causa da doença.

- *“Sei lá eu acho que ela gosta de sofrer, sabe?”*
- *“(...) é impressionante, elas desenvolvem um conhecimento só que não é pro bem delas, só que elas sabem tudo. Tudo o que engorda. Também com uma nutricionista a vida inteira dizendo o que está comendo, ela aprende, mas eu digo para ela: ‘mas você não sabe usar o que você aprende pro seu bem, você usa pra não comer, chega ao um ponto tão absurdo, que ela perde a noção de quantidade(...)”.*

Outra característica mencionada foi a de que a anoréxica sempre acha que está certa.

- *“(...) anoréxica ela sempre acha que ela tá certa, entendeu é outro caminho difícil que você tem que percorrer quando convive com uma anoréxica.”*

Mostra aqui que teve inúmeras discussões com sua filha como uma forma de tentar mudar a opinião ou o comportamento desta.

CONCLUSÃO

O presente trabalho teve como objetivo discutir e explicitar a vivência de pais de uma filha anoréxica, os impactos da anorexia nos membros de um sistema parental e qual a compreensão destes em relação ao modo de ser-doente da filha. Para tal, fez-se uma entrevista com uma mãe de uma anoréxica, que vivenciou o período de adoecimento da filha por muito tempo. A investigação também contou com uma base teórica sobre a anorexia nervosa, psicopatologia, família, co-existência, sempre dentro da visão fenomenológico-existencial.

Preende-se, partindo do caso analisado, levantar dados para uma análise mais geral de membros de um sistema parental que tenha passado pela mesma condição, mas sempre levando em consideração as especificidades de cada caso.

A análise fenomenológico-existencial do relato da entrevistada permitiu a identificação dos impactos vividos por ela, os seus sentimentos em relação ao modo de ser-doente da filha e o significado da anorexia nervosa para si. Constatou-se que a influência da anorexia nervosa na família é múltipla e complexa.

Pode-se considerar que a mãe de uma filha anoréxica passa por um processo durante a vivência com a anorexia nervosa, em que constrói um doloroso caminho em torno desta. Percebe-se uma grande resistência inicial a essa revelação através da negação, chegando à compreensão e aceitação de que a anorexia é uma doença grave. Este caminho aparece como tortuoso e difícil, demandando um grande investimento da família, em detrimento de realizações pessoais, até o momento da descrença e perda de expectativas positivas frente a melhora.

A mãe revela-se como o membro do sistema parental que toma para si a responsabilidade de cura da filha, uma responsabilidade que possui um peso muito grande, pois não se trata apenas da eliminação de um simples sintoma, mas sim, salvação da morte.

Apesar da pesquisa ter sido realizada apenas com um sujeito, podemos levantar algumas unidades de significados: negação, envolvimento, investimento e descrença. Pode-se levantar a hipótese de que estas estariam presentes no percurso de qualquer membro do sistema parental de uma filha anoréxica. Acreditamos que novas pesquisas em iguais condições possam chegar às mesmas conclusões.

BIBLIOGRAFIA

AUGRAS, Monique. *O Ser da Compreensão: Fenomenologia da Situação de Psicodiagnóstico*. Petrópolis: Vozes, 2002.

BOSS, Medard; CONDRAU, G. Análise Existencial – Daseinsanalyse. *Revista Brasileira de Daseinsanalyse*, São Paulo: A associação, n. 2, p. 5 a 23, 1976.

Características dos Transtornos Alimentares. In: Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo- AMBULIM. São Paulo: Ambulim, 2008. Disponível em: <http://www.ambulim.org.br/artigo.php?catid=11>

CARNEIRO, Terezinha Féres. *Família: Diagnóstico e Terapia*. Rio de Janeiro: Zahar, 1983.

COELHO, Virginia Paes. *FOME DE SER FELIZ: Histórias de Vida de Mulheres com Transtornos Alimentares*. São Paulo, 1995, 154 p. Tese (Mestrado em Serviço Social), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

DALGALARRONDO, Paulo. *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

FERNANDES, Maria Helena. *Transtornos Alimentares- Clínica Psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

GAMBINI, Martha Conceição. *A presença de Freud na obra de Ludwig Binswanger*. São Paulo, 1993. Tese (Mestrado em Psicologia Clínica), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

GOMES, Marina Pereira. *O Desenvolvimento da Doença- Obesidade-Infantil na Família: Uma Leitura Fenomenológica-Sistêmica*. São Paulo, 1996, 170 p. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

HEIDEGGER, Martin (1926). *Ser e Tempo*. Tradução revisada e apresentação de Márcia Sá Cavalcane Schuback 2ª ed. Petrópolis/Bragança Paulista: Vozes/ Editora Universitária São Francisco, 2007.

HERSCOVICI, Cecile R.; BAY, Luisa. *Anorexia Nervosa e Bulimia*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

HEIDEGGER, Martin. *Todos nós...Ninguém – Um Enfoque Fenomenológico do Social*. São Paulo: Moraes, 1981.

HOLZHEY-KUNZ, Alice. "O que define o processo Daseinsanalítico?". Traduzido por Maria de Jesus Tatit Sapienza. Conferência proferida em colóquio organizado pela International Federation of Daseinsanalyse. ZURICH - SUIÇA, 2004.

- MARTINS, Joel; BICUDO, Maris Aparecida Viggiani. *A Pesquisa Qualitativa em Psicologia: Fundamentos e Recursos Básicos*. São Paulo: Moraes/Educ, 1989.
- MAY, Rollo. *A Descoberta do Ser: Estudo Sobre a Psicologia Existencial*. Rio de Janeiro: Rocco, 1993.
- MELO, Nobre de. *Psicologia Geral e Psicopatologia*. São Paulo: Atheneu, 1970.
- NUNES, Benedito. *Heidegger e Ser e Tempo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2002.
- MINUCHIN, Salvador. *Famílias: Funcionamento e Tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- OLIVIERI, Durval Pessoa. *O "ser doente": Dimensão Humana na Formação do Profissional de Saúde*. São Paulo: Moraes, 1985.
- POMPÉIA, João Augusto. Corporeidade. *Revista Brasileira de Daseinsanalyse*, São Paulo: A associação, n12, p. 28 a 42, 2003.
- RIE, Simone M.D.L et al. The Quality of Life of Family Caregivers of Eating Disorder Patients. *Eating Disorders*. The Netherlands, v. 13, n.4, p. 345-351, Julho 2005.
- ROSA, Lucia. *Transtorno Mental e o Cuidado na Família*. São Paulo: Cortez, 2003.
- TIRICO, Patrícia Passarelli. Anorexia Nervosa: Uma Aproximação Daseinsanalítica. *Revista Brasileira de Daseinsanalyse*, São Paulo: A associação, n.13, p.50 a 73, 2004.