

OS HERÓIS, VÍTIMAS E VILÕES: DISCURSOS SOBRE A ANOREXIA NERVOSA

HEROES, VICTIMS AND VILLAINS: DISCOURSES ON ANOREXIA NERVOSA

Maria Araújo e Margarida Henriques
Universidade do Porto, Porto, Portugal

Isabel Brandão e António Roma Torres
Centro Hospitalar de São João do Porto, Porto, Portugal

RESUMO

Este artigo apresenta uma revisão da literatura sobre os discursos dominantes sobre a anorexia nervosa da Idade Média à actualidade. Coloca em destaque os heróis, vilões e vítimas, culminando num olhar sistémico-familiar. Se durante séculos predominaram narrativas individuais de heroínas santas, posteriormente, na era do pensamento médico, estas heroínas passaram a vítimas de uma doença mental. Mais tarde, com os movimentos da anti-psiquiatria e da terapia familiar, emergem novas narrativas com mais protagonistas: os familiares. Se, primeiramente, as famílias são retratadas como vilãs, dadas as suas influências nocivas, nas últimas décadas as famílias são ilustradas como sistemas vítimas do impacto da doença. Na actualidade, surgem narrativas de famílias competentes, capazes de superar o problema. Este artigo termina refletindo sobre esta multiplicidade de leituras e suas implicações.

Palavras-chave: anorexia nervosa; relações familiares; história.

ABSTRACT

This article presents a literature review of the dominant discourses on anorexia nervosa from Middle Ages to the present. It puts on evidence heroes, villains and victims, culminating in a family systemic look. At the beginning, individuals narratives of saints heroines were prevailing, in the age of the medical thought, these heroines became victims of mental illness. Later, with the anti-psychiatry and family therapy movements, new narratives come into view with more protagonists: the relatives. If, firstly, families are shown as villains, having harmful influences, in the last decades the families became systems that suffer with the impact of the disease. And nowadays narratives have descriptions of competent families that are able to deal with the problem. This article ends with a reflexion about these multiple visions and its implications.

Keywords: anorexia nervosa; family relations; history.

Introdução

A anorexia nervosa, vista hoje como uma doença, tem uma longa história que remonta à Idade Média e que, desde sempre, tem suscitado o interesse dos investigadores. Ao longo dos tempos, as diferentes leituras do fenómeno da anorexia nervosa têm-se baseado em diferentes pressupostos que derivam dos discursos sociais dominantes vigentes na época em questão. Assim, a compreensão da anorexia nervosa ao invés de ser entendida enquanto realidade objectiva e socialmente independente, pode ser compreendida enquanto construção social, ou seja, em termos de discursos explicativos, historicamente situados e produto de intercâmbio entre pessoas (Gergen, 1985). Este artigo, através de um olhar

construcionista social, pretende propor uma viagem através das diferentes histórias ao longo do tempo em torno da anorexia nervosa, com personagens que desempenham diferentes papéis de heróis, vítimas e vilões, cuja caracterização varia de acordo com os discursos e pressupostos dominantes da época.

Esta revisão teórica divide-se em dois momentos fundamentais: (a) revisão da evolução das construções sócio-individuais: a partir da descrição de heroínas santas que com a emergência do discurso médico passam a ser descritas ora como vilãs perversas ora como vítimas de doença mental e (b) revisão da evolução das construções sócio-familiares, colocando em destaque a evolução do paradigma sistémico-familiar: a partir de discursos que descrevem famílias doentes que adoecem os seus membros, passando por discursos que dão en-

foque às famílias “adoecidas”, vítimas do impacto da anorexia nervosa, até aos discursos mais atuais, centrados nos recursos familiares, que descrevem famílias resilientes. Em virtude da prevalência deste transtorno nas mulheres (mais de 90% dos casos de Anorexia Nervosa ocorre em mulheres, segundo a American Psychiatric Association, 2002), esta revisão irá caracterizar no feminino as protagonistas deste fenómeno, ainda que tal constitua uma simplificação da realidade que ao longo dos tempos tem sido também realizada.

As heroínas santas

No início da Idade Média, numa época em que a gula se tinha convertido num dos sete pecados capitais, a leitura deste fenómeno é povoada de histórias de santas e beatas, muito devotas à religião, que com os seus jejuns auto-impostos, perseguiram um ideal (não de beleza) mas de ascese e de comunhão com Deus (Weinberg, Cordas & Munoz, 2005). O jejum passou, assim, a ser uma das penitências preferidas para alcançar um estado de pureza e santidade, perseguido por algumas santas e este fenómeno mais tarde veio a ser descrito por vários historiadores por anorexia mística ou anorexia santa (e.g. Bell, 1985) pelo paralelismo existente entre as santas jejuadoras medievais e as anoréticas atuais.

Segundo a literatura, várias santas “anoréticas” foram sendo descritas de um modo místico e heróico, nomeadamente a Santa Liduina que se alimentou durante anos com apenas um pedaço de maçã por dia e a Santa Wilgefortis que fazia longos jejuns, vomitava o que era obrigada a ingerir, deixando-se praticamente morrer à fome (Weinberg, Cordas, & Munoz, 2005). A verdadeira época da actual denominada “anorexia santa” parece ter-se iniciado com Catarina Bencicasa (nascida a 1347), mais tarde conhecida como Santa Catarina de Siena, protagonista do Grande Cisma do Ocidente, que tendo feito um voto de castidade quando ainda era criança, após a morte da irmã (parturiente) e diante de projectos futuros para casar com o cunhado, iniciou a restrição alimentar, preces e práticas de auto-flagelo aos 15 anos, vindo a falecer aos 32 anos (Cordas & Claudino, 2002). Esta Santa só ingeria um molho feito de ervas, recorrendo aos vômitos para eliminar qualquer alimento ingerido à força. O seu confessor registrou que “era um grande sofrimento para ela comer, mais do que seria para um faminto ficar sem comida” (Rampling, 1985 cit in Weinberg, Cordas, & Munoz, 2005). Desafiando a sobrevivência durante anos, era no “fio da navalha”, entre a santa e a feiticeira, que era descrita. Santa Rosa de Lima, seguindo o modelo de Santa Catarina de Siena, foi a primeira santa latina-americana a ser canonizada, dedicando-se ao isolamento e oração, jejuando inicialmente três vezes por semana e aplicando-se severas

penitências, começando pelo corte do seu bonito cabelo, submetendo as suas mãos a trabalhos penosos, aguentando o martírio de repousar numa cama construída por ela de vidro picado, pedras e espinhos. Com toda esta sua conduta conseguiu continuar a dedicar a sua vida a Deus, ao invés de contrair matrimónio, conforme vontade dos seus pais (Carmo, 1994).

Estes e muitos outros registros de histórias de heroínas santas são encontrados na literatura. Rudolf Bell identificou o comportamento anorético de 260 santas italianas (Cordas & Claudino, 2002), desde o século XIII aos dias actuais, capazes de suprimirem as necessidades físicas e sensações básicas (como o cansaço, impulso sexual, fome e dor) de forma a libertarem o corpo e alcançarem metas espirituais superiores, registros de narrativas heróicas, onde apenas havia lugar para uma protagonista principal.

As vilãs perversas ou as vítimas de doença mental?

Contudo, a era da santa inquestionável, que faz do jejum a sua penitência, não tardou a ser questionada. Barbeta e Pakman (s/d) descrevem a história de Sara Jacobs, em plena Inglaterra puritana, em 1867, que deixa de se alimentar, de urinar e defecar e torna-se, para os mais devotos, um ser absolutamente puro, que todos querem ver em Gales. Mas numa nova era, em que o corpo passa a ser uma questão da ciência médica e não da saúde da alma, Fowler (1871 citado por Brumberg, 2000), um médico prestigiado, observando Sara Jacobs, declara que não se trata de uma santa mas de uma histérica (entendida não como doença, mas como perversão moral). E de heroína, a história de Sara Jacobs transforma-se numa história de vilões: ela própria que é considerada por alguns como alguém perverso e os próprios pais foram acusados de usar a filha para os seus próprios interesses, deixando-a morrer por subnutrição. Mas antes mesmo deste episódio histórico, já havia referências médicas a este transtorno de jejum.

As primeiras referências médicas a este fenómeno como doença foram feitas por Galeno e Hipócrates. Em 1694, o médico inglês Morton designou esta doença por “consumpção nervosa” (Morton, 1964, p.4). Em 1873, Gull (1874) foi dos primeiros a descrever este fenómeno com mais precisão. Relativamente ao tratamento, alertava para as pessoas não as forçarem a comer e dizia que os doentes deviam estar rodeados de pessoas capazes de exercerem controle moral sobre estes (Gull, 1874). Em 1873, o seu contemporâneo francês, Lasègue, denominou esta condição por anorexia histérica, passando este fenómeno a ser reconhecido como uma entidade clínica distinta. Desta forma, Gull e Lasègue foram os

primeiros a descrever com mais precisão a “anorexia nervosa”, incluindo nas suas descrições clínicas não só a protagonista sintomática como também a família e o seu papel na manutenção do sintoma.

De santa que desafia o limiar de sobrevivência em prol de valores divinos, a anorética passa a vilã que através da sua perversidade atrai a atenção dos outros, até passar a vítima de um transtorno do cérebro e dos nervos, um transtorno médico que tem de ser tratado.

Com a emergência do paradigma médico e da racionalidade científica, o discurso médico-psiquiátrico sobre a anorexia nervosa passa a predominar. Na década de setenta/oitenta, apesar do paradigma médico predominar, ressurgem outras leituras, nomeadamente a perspectiva feminista que descreve a denominada “anorexia nervosa” enquanto forma de protesto social das mulheres. Influenciadas pela análise sociocultural e das relações patriarcais, pelas teorias psicanalíticas e pelo existencialismo, as teorias feministas focam-se nos aspetos sociais, familiares e políticos da vida das mulheres (Hepworth, 1999). Nos primeiros textos feministas, a “anorexia nervosa” é interpretada como a dificuldade das jovens encontrarem a sua própria identidade, numa sociedade em que o papel da mulher é rodeado de expectativas confusas e opressivas, que exigem o duplo papel de maternidade e carreira profissional, levando as mulheres a procurarem readquirir o controlo sobre as suas vidas. Ainda que nestes textos se começassem a desenhar histórias com outras personagens para além da jovem “anorética”, nomeadamente com as mães, os pais continuaram ausentes destas leituras, apenas aparecendo, também na década de setenta, com o desenvolvimento da teoria familiar sistémica. Surgem assim autores que põem em destaque o papel das interações familiares no desenvolvimento da anorexia nervosa. Com base neste discurso sistémico-familiar, as leituras do fenómeno a seguir apresentadas serão analisadas não só tendo em conta os pressupostos em que assentam e as personagens que são incluídas nas respetivas narrativas, como também tendo em conta os estudos de investigação em que se basearam, essencialmente realizados no âmbito das ciências médicas e psicológicas, os respetivos pressupostos e aspetos metodológicos bem como as estratégias terapêuticas associadas.

As famílias doentes que adoecem os seus membros

O reconhecimento da influência das interações familiares no comportamento anorético tem uma longa história. Gull (1874) e Lasègue (1873) aconselhavam, no tratamento, a separação da doente da família (a designada ‘parentectomy’). Lasègue foi um dos primeiros

autores a incluir os familiares nas narrativas clínicas, descrevendo que perante a persistência dos sintomas, a família dispõe de dois dos métodos que adopta sempre: suplicar ou ameaçar. Usando a primeira estratégia, a família decide multiplicar os “primores” que se servem à mesa com a esperança de despertar o apetite. Contudo, quanto mais se aumentam os pedidos mais a vontade de comer diminui, parecendo que o excesso de insistência provoca um aumento da resistência (Lasègue, 1873). Desta forma, a anorexia converte-se, pouco a pouco, no centro das conversas e preocupações. Os que rodeiam a anorética, cansados de pedir e insistir, passam a exigir. Esta outra estratégia torna-se também infrutífera. Gull (1874), no seguimento, recomendou o afastamento de familiares e amigos para aumentar a eficácia do tratamento e indicou a necessidade do responsável pelo tratamento assumir uma postura moral mais autoritária perante a paciente.

Dos discursos das anoréticas como as únicas protagonistas das narrativas relatadas, passa-se, assim, para uma narrativa onde o comportamento anorético é ‘alimentado’ por uma família que, mesmo sem saber, passa a aparecer como a vilã da história, sendo descrita pela forma como pode contribuir para o adoecer da anorética, vítima de cuidados extremos, de rigidez e de não resolução de conflitos. Se antes dos anos 60, predominavam as narrativas individuais, nos anos 60 e 70, com o aparecimento de correntes como a anti-psiquiatria e o freudmarxismo, o doente mental passa a ser visto como vítima da sociedade, enlouquecedora, exploradora, autoritária e repressiva, capaz de produzir patologia, gerando a loucura dos membros (Carreras, 1997), através da família que assume uma função de perpetuação desta loucura. Com a emergência da terapia familiar, inspirada na teoria geral dos sistemas (Bertalanffy, 1975), o paciente passa a ser visto como um elemento deteriorado pelo sistema. A família é, num primeiro momento, considerada patogénica. Desta forma, na época, e até à actualidade, proliferam teorias e estudos que tentam provar que a família está na base da etiologia ou da manutenção/agravamento do sintoma. Assim, as famílias com uma jovem com anorexia nervosa passam a ser descritas na literatura como famílias psicossomáticas, ou seja, com padrões rígidos, onde impera a superprotecção, o evitamento dos conflitos (Minuchin, Rosman, Baker, 1978), ou como famílias de transacção esquizofrénica, descritas pela comunicação paradoxal, relações simétricas e aglutinadas e consequentes coligações e triangulações (Palazzoli, Boscolo, Cecchin, & Prata, 1991), que já de seguida iremos aprofundar.

Na década de 70, Minuchin, Rosman e Baker (1978) criaram o modelo sistémico de família psicossomática, que propõe a existência de uma interacção

entre padrões de funcionamento familiar e padrões somáticos da doença em crianças com doenças crônicas. Este modelo eclodiu após o estudo sobre crianças com *diabetes mellitus*, na pesquisa de um modelo eficaz para o seu tratamento. Os autores constataram que as famílias destas crianças apresentavam determinados padrões de interação comuns, nomeadamente: 1) aglutinação, 2) superprotecção, 3) rigidez, 4) fraca resolução de conflitos ou evitamento de conflitos e 5) triangulação do paciente (que pressupõe o envolvimento do filho no conflito parental), o que esteve na base da formulação do modelo clínico aplicável às famílias psicossomáticas. Assim, este modelo de família psicossomática integra três condições necessárias para o desenvolvimento e manutenção dos sintomas psicossomáticos na criança: um padrão de organização familiar específico, e uma vulnerabilidade fisiológica da criança e o envolvimento desta nos conflitos parentais o que, por sua vez, reforça o sintoma (Kog, Vertommen, & Vandereycken, 1987). Para Minuchin, Rosman e Baker (1978), nas doenças psicossomáticas primárias (como por exemplo, a diabetes, a asma), o elemento psicossomático contribui para o agravamento do sintoma já existente. Nas doenças psicossomáticas secundárias, nomeadamente na anorexia nervosa, não há nenhuma disfunção física predisponente, sendo o elemento psicossomático o responsável pela transformação dos conflitos emocionais em sintomas somáticos. Desta forma, os padrões transacionais das famílias podem contribuir para o agravamento do sintoma ou mesmo para o aparecimento do sintoma. A “família anorética”, descrita por Minuchin, Rosman e Baker (1978), é caracterizada por ser uma família muito coesa, onde por vezes se torna difícil distinguir os limites entre os subsistemas e os diferentes elementos. Nestas famílias, o valor da lealdade familiar e de (super) protecção sobrepõem-se ao valor da autonomia e auto-realização, sendo muitas vezes o self do jovem negado em benefício da família. Estas famílias apresentam também dificuldade em lidar com as mudanças, já que as encaram como ameaças ao equilíbrio do sistema. A elevada coesão, a elevada preocupação entre os membros da família pelo bem-estar uns dos outros e esta dificuldade em ultrapassarem mudanças faz com que haja nestas famílias um forte evitamento de conflitos.

Apesar da nomenclatura de “família anorética” parecer apontar para uma história que atribui a causalidade da doença à família e coloca a anorética no papel da vítima, não foi esta a intenção de Minuchin, Rosman e Baker (1978) que tentaram “descrever o paciente identificado como um participante activo num processo onde não há culpados nem vítimas, apenas membros da família que se envolvem nos pequenos detalhes do dia-a-dia” (p. 51). Não obstante esta sua intenção, a verdade é que vários estudos procuraram confirmar o

modelo de família psicossomática, contribuindo para o enraizamento desta narrativa aparentemente etiológica, que coloca a família no papel de vilã.

Assim, seguiram-se vários estudos, com início nos anos 80 até à actualidade, interessados em compreender de que forma a família pode contribuir para a emergência e manutenção do sintoma. Uma forma de tornar explícita esta relação, entre a família doente e a doença de um dos seus elementos, foi a usada pelo estudo de Wisotsky, Dancyger, Fornani, Katz, Wisotsky e Swencionis (2003) que demonstra que quanto mais severo for o nível da patologia alimentar mais “disfuncional” é o funcionamento da família, considerando disfuncional a presença das características familiares anteriormente mencionadas.

Outros estudos igualmente orientados para vislumbrar a família na base da etiologia da doença, ou seja, uma família doente que adocece os seus elementos, interessaram-se por avaliar até que ponto as famílias de jovens com anorexia nervosa são diferentes das famílias sem patologia ou de famílias com outras patologias. Wallin e Hansson (1999), a título de exemplo, compararam 26 famílias com adolescentes com anorexia nervosa no início do tratamento, com famílias não clínicas, através da aplicação de escalas de auto-relato e da observação de tarefas solicitadas à família para realizar. Os resultados deste estudo vieram confirmar que estas famílias apresentavam maior incidência de emaranhamento, ou seja, era mais frequente a presença de uma forma extrema de proximidade e intensidade nas interações familiares, contudo este estudo não encontrou evidências relativamente à prevalência das outras características das ditas famílias psicossomáticas, não corroborando a ideia de existência de uma família-tipo, mas antes a existência de diferentes tipos de famílias dentro do grupo das famílias com jovens com anorexia nervosa.

Latzer e Gaber (1998) puseram em evidência, tal como Minuchin, Rosman e Baker (1978), o facto destas famílias evitarem conflitos, mostrando que as famílias com jovens com anorexia nervosa apresentaram mais dificuldade na escolha de um tópico de discussão, na adesão ao tópico, na exploração do tópico e na chegada a uma solução, do que as famílias do grupo de controle. Outros estudos contestam esta ideia, nomeadamente, um realizado por Lattimore, Wagner e Gowers (2000), que através da observação da resolução de problemas por mães e filhos, mostraram que as díades com jovens com anorexia nervosa apresentam uma comunicação mais “destrutiva” do que as outras díades, assumindo como “destrutivo” a presença de uma escalada do conflito, que é alimentada até um nível elevado, sendo posteriormente abandonada sem a sua resolução, gerando níveis elevados de culpabilidade e culpabilização dos

outros. Estes autores concluíram que nestas famílias, ao invés de haver evitamento de conflitos, os conflitos são vividos de forma intensa e expressa. O nível de emoção expressa nestas famílias, a qual integra as dimensões de hostilidade, super-envolvimento emocional e comentários críticos, foi alvo de outros estudos. Dare, Le Grange, Eisler e Rutherford (1994) concluíram, a título de exemplo, que as famílias com um elemento com anorexia nervosa apresentavam um nível elevado de emoção expressa na família e que este seria preditor de uma recaída, ou seja, agravaria ou manteria o sintoma. Rowa, Kerig e Geller (2001), ao compararem 30 jovens com anorexia com um grupo de controle de 65 jovens, concluíram haver diferenças significativas entre estes dois grupos no que diz respeito aos problemas na definição de fronteiras, explicitando a existência no grupo clínico de falta de separação e diferenciação entre pais e filha, troca de papéis, super-envolvimento ou controle dos pais em relação à filha e a transferência de sentimentos negativos relativos à relação conjugal para a relação com a filha.

Apesar da existência de evidências na investigação a favor da tipologia de família psicossomática nos casos da anorexia nervosa, há também investigação que refuta este estereótipo de família psicossomática, nomeadamente o estudo de Cook-Darzens, Falissard e Mouren (2005) que concluíram não haver diferenças significativas entre estas famílias e uma amostra de controle. Laliberté, Boland e Leichner (1999) e Dancyger, Fornari, Scointi, Wisotsky e Sunday (2005) concluíram ainda que as diferenças encontradas entre as famílias com perturbações alimentares e famílias ditas saudáveis poderiam ser dissipadas se se controlasse a variável depressão. Estas conclusões levantam o véu a uma nova hipótese: a existência não de um tipo de estrutura familiar específica para as perturbações de comportamento alimentar, mas de um tipo específico de família clínica que precipita, ou se reorganiza em torno de uma perturbação emocional.

Ao invés de se centrarem numa estrutura familiar específica para as perturbações do comportamento alimentar, Palazzoli, Cirillo, Selvivi e Sorrentino (1998), a partir de um trabalho que desenvolveram com famílias com um elemento com esquizofrenia ou com anorexia nervosa, denominando-as de famílias de transacção esquizofrénica, centraram a sua abordagem familiar da anorexia nervosa nos problemas comunicacionais, descrevendo situações de conflito conjugal em que a futura anorética é envolvida precocemente neste jogo (Palazzoli, Cirillo, Selvivi & Sorrentino, 1999). Num primeiro momento, estes autores descrevem estas famílias como sistemas em que a comunicação entre os elementos é sistematicamente marcada por contradições e rejeições (a filha, mediante a insistência dos pais em

alimentá-la em detrimento de lhe fornecerem autonomia, recusa alimentar-se, tentando ser ela a definir a relação). Numa segunda fase, reformulam o modelo, descrevendo um novo jogo familiar que se inicia com um conflito conjugal em que a anorética é envolvida, ou assumindo o ponto de vista da mãe que lhe confia o sofrimento que o marido lhe inflige (tipo A) ou sendo a preferida do pai e admirando-o fortemente (tipo B), não encontrando justificação para certos comportamentos da mãe. Com a chegada da adolescência as relações anteriores com o pai e a mãe alteram-se e a adolescente sente necessidade de se diferenciar da mãe (tipo A) ou de desafiar a mãe contra um comportamento desta que tenha perturbado o pai ou a si (tipo B) e assim surge a dieta, que chega a extremos, como uma forma de submeter a mãe ou de mostrar ao pai o que ela é capaz de fazer. Este desafio e necessidade de se diferenciar é corroborado por um estudo realizado por Chan e Ma (2002) que, através do visionamento de sessões de terapia familiar, procuraram perceber qual o significado da recusa de comida. Neste contexto, identificaram a recusa da comida como um castigo para a família, como uma forma de vingança, de protesto contra o controle dos pais, assim como uma expressão da sua necessidade de autonomia.

Alguns estudos baseados neste modelo comunicacional, procuraram explorar até que ponto os pais da anorética apresentavam níveis mais elevados de conflito conjugal. Espina, Ochoa de Alda e Ortego (2003) ao estudar o ajustamento de 74 díades parentais de jovens com perturbações alimentares concluíram que estes pais apresentam um nível de ajustamento da díade pior que o grupo de controle. Apesar de vários estudos sugerirem que o fraco ajustamento dos casais poderá constituir um factor etiológico das perturbações de comportamento alimentar (Crisp, 1995; Minuchin, Rossman & Baker, 1978; Palazzoli, Cirillo, Selvivi & Sorrentino, 1998), outros estudos evidenciam que o fraco ajustamento dos casais é evidente não só em pais de crianças com perturbações alimentares (Humphrey, 1988; Palazzoli, Cirillo, Selvivi & Sorrentino, 1998; Vandereycken, 1994) como também foi encontrado em casais com filhos toxicodependentes (Brook, Whiteman & Gordon, 1983). Isto pode sugerir que os sintomas são incrementados nas interacções familiares e podem estar fortemente relacionados com a sobrecarga da doença na família (“*burden*”), podendo haver um processo circular em que a doença do filho é a causa da deterioração da relação dos pais que, por sua vez, tem efeitos negativos sobre o jovem, já que pode inibi-los de fornecer o devido apoio aos filhos. Aliás, Espina, Ochoa de Alda e Ortego (2003) alertam para o facto de não se poder concluir que a etiologia das perturbações alimentares reside nos pais, já que o fraco ajustamento da díade pode também ser

interpretado como um efeito da doença, que aumenta os níveis de stress e de exigência para o casal.

Mais recentemente, Palazzoli, Cirillo, Selvini e Sorrentino (1999) ao invés de descreverem a interação da ‘família anorética’ através da triangulação da filha no interior de um conflito conjugal encoberto, com as consequentes alianças e coligações, começam a dar mais atenção às famílias de origem dos pais da paciente anorética, constatando a existência de um padrão de vinculação inseguro dos pais destas jovens com anorexia nervosa. Assim, alguns estudos, assumindo a hipótese que nas famílias poderia haver transmissão de padrões de vinculação aos filhos, procuraram perceber qual o padrão de vinculação dos pais e das jovens com anorexia nervosa. Ringer e Crittenden (2007) observaram que todas as mulheres que inquiriram (62 mulheres com perturbações alimentares) apresentavam um padrão de vinculação inseguro. Através de uma análise de conteúdo realizada com base em entrevistas com os pais de jovens com perturbações de comportamento alimentar, os resultados sugeriram a falta de resolução de um trauma ou uma perda por parte das mães destas jovens.

Em suma, o facto da terapia familiar ter sido reconhecida como a modalidade de tratamento mais eficaz na anorexia nervosa (Dare & Eisler, 1997) reforçou a noção de uma causa familiar que poderia ser descoberta ou resolvida, o que marcou esta tendência de culpar aberta ou implicitamente a família pelo processo anorético. Contudo esta tendência acabou por ser contrariada por alguns autores que não encontraram evidência empírica que confirmasse a ideia da “família típica” da anorexia nervosa (Kog, Vertommen & Vandereycken, 1987).

As famílias adoecidas¹

Se na literatura existente predominaram narrativas com famílias que pareciam ter um papel activo na emergência ou manutenção do sintoma, na década de oitenta, com a influência dos modelos de crise familiar, começaram a surgir histórias das mesmas famílias com um papel mais passivo face à doença, já que, em consequência do surgimento de uma doença, passam a viver desamparadamente uma situação de crise, entrando num estado de desequilíbrio. Segundo Rolland (1999), a doença deflagra uma situação de crise, que atinge não só o indivíduo afectado, como as pessoas mais próximas que o cercam. Doentes e familiares sentem a necessidade de se adaptarem à nova realidade que se instaura e mobilizam os seus recursos defensivos para enfrentá-la. As necessidades afectivas são intensificadas e é comum a regressão emocional, acompanhada de manifestações de sentimentos, tais como impotência, medo, raiva, culpa e agressividade.

Castro (cit in Santos, Oliveira, Moscheta, Ribeiro & Santos, 2004), ao entrevistar mães de jovens com anorexia nervosa, concluiu que o funcionamento familiar é drasticamente afectado com a eclosão do transtorno e que nesse processo a família passa a viver em função do membro afectado, que mobiliza a todos no sentido de buscar ajuda. Encontrou evidência de alterações nas interações familiares, nomeadamente, os relacionamentos com os pais e irmãos modificam-se, emergindo sentimentos ambivalentes (maior tolerância, por um lado, mas também ciúmes, por outro), sendo contudo o ambiente familiar percebido como normal antes do aparecimento do sintoma. Gilbert, Shaw e Nottar (2000) ao entrevistarem também mães destas jovens concluíram que mais de 50% das mães relatam que a principal e pior consequência da doença foi a mudança na relação com a filha. As emoções mais sentidas em resultado da doença foram o medo, a perda de esperança e a culpa. Algumas relataram que a sua relação com o cônjuge foi muito ameaçada, outras retratam que ficou mais próxima. Parece também haver mudanças significativas ao nível dos hábitos de lazer. No mesmo sentido, Highet, Thompson e King (2005) referem que a doença tem um impacto sobre a capacidade dos cuidadores se relacionarem com os outros, dentro e fora da família, levando a conflitos e dinâmicas disfuncionais. Referem também que tem impacto sobre os irmãos que muitas vezes se afastam da família. Efectivamente, vários estudos constatam que a dinâmica familiar, as relações entre irmãos e as relações sociais em geral são afectadas significativamente (Espina, Ochoa de Alda & Ortego, 2003; Highet, Thompson & King, 2005; Gilbert, Shaw & Nottar, 2000; Murphy, Troop & Treasure, 2000; Perkins, Winn, Murray, Murphy, & Schmidt, 2004). Aliás, quando comparada a experiência de cuidar de uma pessoa com uma doença psicótica com a de uma pessoa com anorexia nervosa, Treasure, Murphy, Szmukler, Todd, Gavan e Joyce (2001) concluíram que os cuidadores de uma pessoa com anorexia nervosa experienciam níveis mais altos de dificuldades na maior parte das áreas.

Mais concretamente, Hillege, Beale e McMaster (2006), a partir de entrevistas realizadas com pais de jovens com anorexia nervosa sobre as suas experiências, identificaram cinco pressões adicionais que a vida familiar atravessou: (a) a unificação da família ou a sua desintegração, (b) o sentimento de impotência e incapacidade de lidar com o problema, (c) os comentários dos outros significativos geradores de frustração, (d) o isolamento social e (e) os impactos financeiros. Whitney e Eisler (2005), incidindo a sua análise sobre o facto destas famílias se reorganizarem em torno da doença, descrevem cinco processos comuns que ocorrem: (a) os sintomas passam a ocupar o papel central na família, ou seja, as interações em redor da alimentação

passam a dominar as relações e os pais são forçados a fazer várias mudanças na sua vida, nomeadamente desistir de actividades sociais; (b) passam a viver no aqui e agora, sem conseguirem pensar no futuro, já que os pais sentem necessidade de controlar a doença da filha, deixando todas as outras coisas em suspenso de forma a poderem cuidar dela; (c) os papéis e padrões de interacção tornam-se mais fixos e previsíveis, apesar de muitas vezes reconhecerem que estão presos a padrões pouco úteis e sentirem necessidade de mudar, sentem-se incapazes de o fazer; (d) os padrões familiares já existentes são amplificados, nomeadamente, a diferença de opiniões entre os pais amplifica-se por vezes, no que diz respeito ao modo de lidar com a doença e (e) verifica-se uma perda de sentido de competência, que provoca culpa e auto-crítica e culmina em desânimo aprendido.

Em suma, e utilizando as expressões usadas por Cottee-Lane, Pistrang e Bryant-Waugh (2004), os pais descrevem o processo no qual a anorexia nervosa aparece como algo que lhes “retirou” a filha, descrevendo a mudança irreconhecível na sua personalidade. Esta experiência é descrita como “um pesadelo” que não lhes permite manter a vida normal, nem a sua, nem muitas vezes a dos outros filhos. Desta forma, a **narrativa da culpa** é substituída pela **narrativa do pesadelo**, que aparece subitamente e deixa a família bloqueada nesta nova realidade.

As famílias resilientes

Através das narrativas dos pais é possível constatar que a presença de anorexia nervosa faz com que estes se sintam impotentes: porque se sentem incapazes de parar a sintomatologia e têm de recorrer a profissionais; porque se sentem pouco informados sobre a doença, o tratamento e a sua recuperação e porque sentem que as suas preocupações não são tidas em consideração, o que os leva a esperar o melhor, mas a temer o pior (Tierney, 2005). Apesar deste sentimento expresso, alguns autores ao invés de incluírem nos seus discursos a culpa e a incompetência das famílias, acreditam que as famílias possuem recursos para a mudança e podem ser importantes colaboradores para a recuperação.

Segundo Ausloos (2003), a passagem do modelo judaico-cristão, que se centra na falta e na consequente culpabilidade, para o modelo sistémico, implica a passagem para um modelo das competências, em que se parte do pressuposto que uma família é competente e responsável. Quando, no entanto, esta se encontra, por vezes, confrontada com dificuldades que não consegue resolver, é porque não dispõe de “informação” necessária para funcionar de forma satisfatória, informação esta no sentido de algo que possibilite uma nova conversação e uma reconstrução narrativa do fenómeno,

que Bateson (2000) define como a diferença que faz a diferença. Nesta lógica, o terapeuta deixa de ser o herói/expert que identifica o que corre mal na família e repara a família disfuncional, ou fornece o apoio e informação necessária à família para saber lidar com os impactos da doença, para ser aquele que faz circular a informação de forma a que o próprio sistema possa encontrar ou reencontrar as suas competências para resolver os problemas que colocou a si próprio, o que implica um trabalho de colaboração entre o terapeuta e a família. Neste caso, todos poderiam ser heróis destas histórias desde que aceitassem o desafio de encontrar as suas próprias soluções.

De acordo com um estudo realizado por Nilsson e Hagglof (2006) quando questionadas 58 mulheres recuperadas relativamente sobre as pessoas que foram mais importantes para a recuperação, 38% referiram os familiares, 35% apontaram para os profissionais de saúde, 33% os amigos e 24% o namorado, o que coloca em evidência a importância dos diferentes elementos do sistema para a recuperação, ou seja, familiares, técnicos e amigos enquanto possíveis colaboradores activos para a mudança.

Pettersen e Rosenvinge (2002) entrevistaram 48 mulheres sobre factores importantes para a recuperação das perturbações alimentares e concluíram que um dos elementos foi o desejo por uma vida melhor. Um dos primeiros aspectos enunciados como importante para a recuperação foi admitirem que tinham uma perturbação do comportamento alimentar. O contacto com pessoas significativas foi também enunciado como fundamental para a recuperação, nomeadamente contactos com o terapeuta, com outros doentes e pessoas recuperadas, com amigos e familiares. Tozzi, Sullivan, Fear, McKenzie e Bulik (2003) reforçam esta ideia, descrevendo como factor importante para a recuperação as relações com um companheiro ou terapeuta. Outro aspecto observado por Cohn (2005) foi o de que os pais tendem inicialmente a pôr de lado as suas próprias necessidades, apesar de posteriormente descobrirem que tratem de si próprios é fundamental para poderem ajudar os seus filhos. Outro fator ainda considerado importante foi a conscientização de que a responsabilidade pela recuperação é da pessoa com a perturbação do comportamento alimentar, cabendo ao resto da família não julgar, apoiar e acreditar na auto-eficácia do membro doente. Nestes casos, a fê dos familiares é relatada como mais um aspecto relevante.

Apesar da existência de alguma investigação que procure pôr em evidência factores relacionados com a mudança, há ainda muitas lacunas ao nível dos estudos que se debruçam sobre a forma como a família pode ser um importante recurso para a transformação, procurando perceber de que maneira os factores familiares estão associados com a recuperação. Exemplos

raros são: o estudo de Wood, Flower e Black (1998), que demonstrou que a firmeza parental está altamente associada à manutenção do peso após recuperação; o estudo de Sharkey-Orgnero (1999), que identifica três fases que os pais atravessam na tentativa de ajudar os filhos: a fase da reacção, da acção e da manutenção e o estudo de Honey e Halse (2005), que procura debruçar-se sobre estratégias usadas pelos pais, apurando as seguintes: pesquisa de tratamento, apoio prático (transporte às consultas, apoio escolar e financeiro), tolerância e evitamento de conflitos, condescendência com pedidos especiais (nomeadamente alimentares), persuasão, explicação e pressão, uso de reforços para influenciar o comportamento, firmeza, insistência, uso de ameaças, apoio emocional e mediação de interações (por exemplo, avisando amigos e irmãos e pedindo-lhes que não falem de comida ou que mostrem uma atitude positiva). Neste estudo, alguns pais descreveram ter necessidade de ‘bater na língua’ para evitar serem críticos, queixarem-se ou desafiar os profissionais de saúde. Segundo os mesmos autores, a forma como os pais respondem à anorexia nervosa está relacionada com a forma como compreendem as perturbações do comportamento alimentar, ou seja, varia de acordo com a representação da perturbação como doença orgânica, doença mental, dependência, opção ou entidade separável da pessoa.

Em suma, através da análise da literatura parece estar começando a emergir um conjunto de estudos que procura reconhecer as competências necessárias a usar com vista à recuperação, encarando as famílias como capazes de saírem vencedoras e com uma força renovada desta prova de vida pela qual passam quando uma filha inicia uma perturbação do comportamento alimentar. A esta capacidade alguns autores apelidam de resiliência (Anaut, 2005). Efectivamente, nas duas últimas décadas a terapia familiar tem desviado a sua atenção dos défices familiares para as forças familiares (Walsh, 2003). A avaliação e o tratamento têm sido redirigidos de ‘como os problemas foram causados’ para ‘como podem ser resolvidos’, através da identificação e amplificação das competências existentes e potenciais. Os modelos familiares baseados na resiliência assentam em dois pressupostos: 1) as famílias têm potencial para recuperar e crescer da adversidade; 2) nenhum modelo se ajusta a todas as famílias. Nos modelos mais actuais, não ignorando o que possa estar a acontecer no sistema, cabe à intervenção absolver os pais da culpa por causarem o comportamento sintomático e felicitá-los tanto quanto possível pelos aspectos positivos da sua parentalidade (Lock, Grange, Agras & Dare, 2001). Na intervenção seguida e proposta pelo Maudsley Hospital, por exemplo, de acordo com estes autores, é proposto o fortalecimento do subsistema parental no próprio

objectivo de aumento de peso da filha, considerando-o assim um recurso para o tratamento.

As famílias passam, deste modo, a ser consideradas importantes recursos para o tratamento e não adversárias ou bodes expiatórios, cabendo ao terapeuta trabalhar com, em vez de contra, a família (Vandereycken, 1987). Segundo Andersen (1985), é crucial que o terapeuta: não assuma que a disfunção existe na família porque há uma perturbação do comportamento alimentar; assuma que as famílias fizeram o seu melhor, estão cansadas devido ao stress e querem ajuda; optem por abordagens familiares não culpabilizantes que encorajem o interesse e investimento no tratamento.

Evolução das construções sócio-familiares do fenómeno da anorexia nervosa

Em síntese, o que sabemos sobre a anorexia nervosa são metáforas possíveis de compreensão do fenómeno, que são infinitamente relativas e negociáveis (Speed, 1995). Diríamos que são construções compartilhadas que, ao longo dos tempos, foram sendo baseadas em diferentes pressupostos: o da família psicossomática, na base da etiologia da doença; o da família ‘adoecida’, que se reorganiza em torno da doença; o da família resiliente que apoia a recuperação e vence a doença. Cada um destes pressupostos criou diferentes personagens narrativas, distribuindo o papel de vilões, vítimas e heróis diferenciadamente aos pais, irmãos, anoréticos e terapeuta. Estes pressupostos foram também suportados por estudos com enfoques diferentes: um primeiro focalizado na descrição de uma família típica da anorexia nervosa, diferente de uma família normal ou com outra patologia; o segundo na descrição das experiências dos pais ou cuidadores e irmãos relativamente ao impacto da doença na família e, mais recentemente, na descrição de experiências de mudança/recuperação conquistadas pela própria família. Estes diferentes enfoques projectaram diferentes tipos de desenhos metodológicos. Enquanto os estudos que pretenderam provar a presença de determinadas características específicas de funcionamento familiar privilegiaram a aplicação de escalas de auto-relato e de observação, sendo conduzidos estudos antes do início do tratamento, de natureza quantitativa e qualitativa, os estudos cujo enfoque privilegiou o estudo do impacto da doença nas interacções familiares ou experiências de mudança/recuperação, assumiram um cariz mais qualitativo, recorrendo a análises de conteúdo de entrevistas ou de outros registros documentais, nomeadamente de cartas/diários. Em termos de intervenção, também surgiram diferentes propostas terapêuticas derivadas destes diferentes pressupostos, cabendo gradualmente

ao terapeuta um papel cada vez menos de especialista e cada vez mais de colaborador, centrado cada vez menos nos défices e cada vez mais nos recursos das famílias, tal como pretende representar a Tabela síntese que segue:

Tabela 1 – Evolução das construções sócio-familiares do fenómeno da anorexia nervosa

Discurso	Sistémico Familiar		
Metáfora	Família psicossomática	Família adoecida	Família resiliente
Pressuposto	Família na base da etiologia da doença, ou seja, família doente que adocece os seus elementos Família disfuncional que contribui para a manutenção do sintoma	Família adoecida devido ao impacto da doença Família em crise Família dominada pela doença	Família com recursos para a mudança, que apoia a cura e vence a doença (curadora e resiliente) Família capaz de dominar a doença
Personagens narrativas	Pais vilões Anorética vítima Terapeuta herói	Pais, irmãos e anorética, vítimas do impacto da doença na família Terapeuta apoiante	Pais, irmãos, anorética e terapeuta como colaboradores para vencer a doença
Enfoque dos estudos	Descrição e comparação das características destas famílias com famílias normais ou com famílias com outras patologias (Algumas dimensões analisadas: emaranhamento, superprotecção, evitamento de conflitos, rigidez, comunicação).	Descrição das experiências dos pais (cuidadores) e irmãos relativamente ao impacto da doença nas suas vidas	Descrição das experiências de mudança/ recuperação
Aspectos metodológicos	- Uso de escalas de auto-relato e da observação da família (na resolução de tarefas) - Análise quantitativa e qualitativa - Avaliação antes ou no início do tratamento	- Uso de entrevistas e da análises de cartas - Análise qualitativa - Avaliação durante o tratamento (e pós tratamento)	- Uso de Entrevistas - Análise qualitativa - Avaliação após a recuperação
Estratégia terapêutica	Curar/reparar a família Intervenção nas fronteiras e hierarquia do sistema, na comunicação	Apoiar a família Intervenção psicoeducativa	Empoderar a família Intervenção para a re-autoria

Conclusão: múltiplas leituras, múltiplas possibilidades e restrições

Os discursos em torno da anorexia nervosa foram-se modificando ao longo do tempo, dependendo das lentes mais em voga em cada época histórica. Se inicialmente este fenómeno foi adquirindo uma configuração sobre-natural, ou até mística, descrito predominantemente a partir de histórias de heroínas santas, a partir do século dezanove o discurso médico impôs uma visão centrada nas causas verificáveis transformando, num primeiro momento, estas personagens em vilãs perversas, que atraíam a atenção dos outros pela manipulação ou histeria, até os olhares detectarem uma causa “nervosa” que fazia destas personagens vítimas de uma doença mental. Se inicialmente as histórias estavam sobretudo centradas nestas mulheres (e refira-se mulheres dada a prevalência da anorexia nervosa no sexo feminino), a partir da década de setenta, com a proliferação das teorias feministas e sistémicas, começam a aparecer outras personagens. Num primeiro momento, as histórias passam a contemplar também as mães e posteriormente toda a família, que pelas suas características pareciam poder ter um efeito nocivo

sobre os seus elementos, passando assim as histórias a ter vítimas anoréticas de famílias vilãs. No decorrer desta construção social, assiste-se a recomendações na literatura para a manutenção das famílias afastadas dos filhos sem ‘intromissão no tratamento’, ou seja, as designadas parentectomias (Walsh, 2003). Posteriormente, com a influência dos modelos de crise, as narrativas passam a contar com personagens que desempenham o papel de vítimas do impacto da doença, sofrendo um conjunto de consequências negativas ao nível das actividades de lazer e participação e atravessando um conjunto de dificuldades ao nível da comunicação, da expressão emocional e dos conflitos. Actualmente e com a emergência das perspectivas pós-modernas, uma nova possibilidade de leitura tem vindo a ser aberta, a da construção de histórias de famílias que podem sair vitoriosas deste fenómeno, pelos seus próprios recursos, podendo ser os verdadeiros heróis destas histórias. Assim, surge a narrativa da família resiliente (Walsh, 2002) constituída por um conjunto de personagens com recursos que lhe possibilitam sair “vencedora de uma prova que poderia ter sido traumática, com uma força renovada” (Anaut, 2005, p. 43). Esta, contudo, ainda não é uma narrativa predominante no panorama científico, e talvez o obstáculo mais poderoso para este

olhar, para o reconhecimento dos recursos familiares, seja a (tradicional) busca da patologia (Karpel, 1986).

Defendendo que a realidade é um processo de construção e interação entre o sujeito (o observador) e a realidade observada, poderemos ousar observar actualmente cada uma destas histórias e ver como as personagens podem ser simultaneamente heróis, vítimas e vilões, dependendo do ângulo de visão pelo qual decidirmos optar. Apesar desta postura apontar para o facto de não haver um discurso mais válido que outro, a decisão por um não é, contudo, inócua. Assim, se optarmos por um prisma etiológico, sabemos que corremos o risco de contribuir para reforçar a culpa e o desânimo das famílias. Se optarmos por um ângulo mais centrado nas consequências, desviando-nos das causas, estaremos sempre a ignorar o facto de muitos pais de jovens com anorexia nervosa expressarem uma grande necessidade de preencher as suas narrativas com uma causa e o facto das famílias poderem ficar bloqueadas no pesadelo que vivenciam. Se escolhermos um olhar resiliente, tenderemos a ignorar as vulnerabilidades de um sistema.

Poderemos ainda ousar representar as diferentes realidades num mesmo plano, à semelhança do que os pintores cubistas procuraram fazer através das obras de arte. Isto implicaria a libertação das restrições do tempo e do espaço, para mergulhar num domínio de potencialidades infinitas. Contudo, incorreremos no risco de representarmos algo demasiado complexo e multifacetado.

Assim, qualquer estudo que pretenda captar a complexidade deste fenómeno dinâmico, onde os vilões também podem ser vítimas e as vítimas heroínas, lança novos desafios à investigação e novas pistas para a sua compreensão. Contudo, um olhar é sempre um olhar, com um alcance limitado. Mesmo podendo ser circular ou até multifacetado, o olhar familiar proposto neste artigo só considerou dois sistemas em interação: o sistema familiar e o sistema ‘sintomático’, o que se explica pelo facto de um olhar, ainda que sistémico, implicar necessariamente limitar algo a um conjunto limitado de interações.

Agradecimento

Este trabalho faz parte de um projecto de investigação financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia – Portugal (Ref. Bolsa SFRH/BD/27921/2006/J040276SBN7)

Nota

¹ A expressão “família adoecida” aparece em Souza e Santos (2006)

Referências

- American Psychiatric Association. (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR)* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Anaut, M. (2005). *A resiliência: ultrapassar os traumatismos*. Lisboa: Climepsi.
- Andersen, A. (1985). *Practical comprehensive treatment of anorexia nervosa and bulimia*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Ausloos, G. (2003). *A competência das famílias: tempo, caos, processo*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Barbetta, P. & Pakman, M. (s.d.). *Anorexia hysterica: La identidad y la cualidad equívoca de la comunicación humana*. Acesso em 02 de setembro, 2007, em <http://www.itfrj.com.br/pdf/anorexia.pdf>.
- Bateson, G. (2000). *Steps to an ecology of mind*. Chicago: University of Chicago Press.
- Bell, R. M. (1985). *Holy anorexia*. Chicago, IL: The University of Chicago Press.
- Bertalanffy, L. (1975). *Teoria Geral dos Sistemas*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes.
- Brook, J., Whiteman, M., & Gordon, A. (1983). Stages of drug use in adolescence: Personality, peer and family correlates. *Developmental Psychology*, 2, 269-277.
- Brumberg, J. J. (2000). *Fasting girls: The history of anorexia*. Cambridge, MA: Vintage Books.
- Carmo, I. (1994). *A vida por um fio: a anorexia nervosa*. Lisboa: Relógio D'água.
- Carreras, A. (1997). Ideología sobre la familia en las ciencias psicológicas. Una perspectiva desde España. *Revista A-ALFA-A, Rosario (Argentina), Rielesa*, 241-261. Acesso em 14 de abril, 2009, em <http://www.unizar.es/acaras/txalfadeologia.htm>
- Chan, Z. & Ma, J. (2002). Family themes of food refusal: Disciplining the body and punishing the family. *Health Care for Women International*, 23, 49 - 58.
- Cohn, L. (2005). Parents' Voices: What they say is important in the treatment and recovery process. *Eating Disorders*, 13, 419 - 428.
- Cook-Darzens, S., Falissard, B., & Mouren, M. (2005). Self-perceived family functioning in 40 French families of anorexic adolescents: Implications for therapy. *European Eating Disorders Review Volume 13*, 223-236.
- Cordas, T. & Claudino, A. (2002). Transtornos alimentares: fundamentos históricos. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 24, 3-6.
- Cotte-Lane, D., Pistrang, N., & Bryant-Waugh, R. (2004). Childhood onset anorexia nervosa: the experience of parents. *European Eating Disorders Review*, 12, 169-177.
- Crisp, A. (1995). *Let me be. Anorexia nervosa*. Reino Unido: Lawrence Erlbaum Associates Ltd.
- Dancyger, I., Fornari, V., Scionti, L., Wisotsky, W., & Sunday, S. (2005). Do daughters with eating disorders agree with their parents' perception of family functioning? *Comprehensive Psychiatry*, 46, 135-139.
- Dare, C. & Eisler, I. (1997). Family therapy for anorexia nervosa. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (2ª ed., pp. 307-324). New York: Guilford Press.
- Dare, C., Le Grange, D., Eisler, I., & Rutherford, J. (1994). Redefining the psychosomatic family: Family process of 26 eating disorder families. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 211-226.

- Espina, A., Ochoa de Alda, I., & Ortego, A. (2003). Dyadic adjustment in parents of daughters with an eating disorder. *European Eating Disorders Review, 11*, 349-362.
- Gergen, K. (1985). The social constructionist movement in modern Psychology. *American Psychologist, 40*, 266-275.
- Gilbert, A., Shaw, S., & Nottar, M. (2000). The impact of eating disorders on family relationships. *Eating Disorders, 8*, 331-345.
- Gull, W. (1874). Apepsia hysterica: Anorexia nervosa. In A. E. Andresen (Ed.), *Practical comprehensive treatment of anorexia nervosa and bulimia* (pp. 13-18). Baltimore, MA: The Johns Hopkins University Press.
- Hepworth, J. (1999). *The social construction of anorexia nervosa*. London: Sage.
- Hightet, N., Thompson, M., & King, R. (2005). The experience of living with an eating disorder: The impact on the carers. *Eating Disorders, 13*, 327-344.
- Hillege, S., Beale, B., & McMaster, R. (2006). Impact of eating disorders on family life: Individual parents' stories. *Journal of Clinical Nursing, 15*, 1016-1022.
- Honey, A. & Halse, C. (2005). Parents dealing with anorexia nervosa: Actions and meanings. *Eating Disorders, 13*, 353 - 367.
- Humphrey, L. (1988). Relationships within subtypes of anorexia, bulimia and normal families. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 27*, 544-551.
- Karpel, M. (1986). *Family resources: The hidden partner in family therapy*. New York: Guilford Press.
- Kog, E., Vertommen, H., & Vandereycken, W. (1987). Minuchin's psychosomatic family model revised: A concept-validation study using a multitrait-multimethod approach. *Family Process, 26*, 235-253.
- Laliberté, M., Boland, F., & Leichner, P. (1999). Family climates: Family factors specific to disturbed eating and bulimia nervosa. *Journal of Clinical Psychology, 55*, 1021-1040.
- Lasègue, C. (1999). De l'anorexie hystérique. *Psiquiatria.com* [revista electrónica], 3(3). Acesso em 14 de abril, 2009, em <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatria.com/article/view/480/461/> (Original publicado em 1884)
- Lattimore, P., Wagner, H., & Gowers, S. (2000). Conflict avoidance in anorexia nervosa: An observational study of mothers and daughters. *European Eating Disorders Review, 8*, 355 - 368.
- Latzer, Y. & Gaber, L. (1998). Pathological conflict avoidance in anorexia nervosa: Family perspectives. *Contemporary Family Therapy: An International Journal, 20*, 539-551.
- Lock, J., Grange, D., Agras, W., & Dare, C. (2001). *Treatment manual for anorexia nervosa. A Family-Based Approach*. New York: The Guildford Press.
- Minuchin, S., Rosman, B., & Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. USA: Harvard University Press.
- Morton, R. (1964). *Phthysiologia: Or a treatise of consumptions*. London: S. Smith & B. Walford.
- Murphy, F., Troop, N., & Treasure, J. (2000). Differential environmental factors in anorexia nervosa: A sibling pair study. *British Journal of Clinical Psychology, 39*, 193-203.
- Nilsson, K. & Hagglof, B. (2006). Patient perspectives of recovery in adolescent onset anorexia nervosa. *Eating Disorders, 14*, 305 - 311.
- Palazzoli, M. S., Boscolo, L., Cecchin, G. & Prata, G. (1991). *Paradoja y contrapadoja: um nuevo modelo en la terapia de la familia de transaccion esquizofrénica*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Palazzoli, M. S., Cirillo, S., Selvini, M., & Sorrentino, A. M. (1998). *Os jogos psicóticos na família*. São Paulo: Summus Editorial.
- Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., & Sorrentino, A. M. (1999). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.
- Perkins, S., Winn, S., Murray, J., Murphy, R., & Schmidt, U. (2004). A qualitative study of the experience of caring for someone with bulimia nervosa. Part 1: The emotional impact of caring. *International Journal of Eating Disorders, 36*, 256-268.
- Pettersen, G. & Rosenvinge, J. (2002). Improvement and recovery from eating disorders: A patient perspective. *Eating Disorders, 10*, 61 - 71.
- Ringer, F. & Crittenden, P. (2007). Eating Disorders and attachment: The effects of hidden family processes on eating disorders. *European Eating Disorders Review, 15*, 119-130.
- Rolland, J. (1999). Parental illness and disability: A family systems framework. *Journal of Family Therapy, 21*, 242-266.
- Rowa, K., Kerig, P., & Geller, J. (2001). The family and anorexia nervosa: Examining parent-child boundary problems. *European Eating Disorders Review, 9*, 97-114.
- Santos, M., Oliveira, E., Moscheta, M., Ribeiro, R., & Santos, J. (2004). Mulheres plenas de vazio: os aspectos familiares da anorexia nervosa. *Vínculo, 1*, 46-51.
- Sharkey-Orguero, M. (1999). Anorexia nervosa: A qualitative analysis of parents' perspectives on recovery. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention, 7*(2), 123-141.
- Souza, L. & Santos, M. (2006). A família e os transtornos alimentares. *Medicina (Ribeirão Preto), 39*, 403-409.
- Speed, B. (1995). Editorial: Perspectives on eating disorders. *Journal of Family Therapy, 17*, i-xi.
- Tierney, S. (2005). The treatment of adolescent anorexia nervosa: a qualitative study of the view of parents. *Eating Disorders, 13*, 369-379.
- Tozzi, F., Sullivan, P., Fear, J., McKenzie, J., & Bulik, C. (2003). Causes and recovery in anorexia nervosa: The patient's perspective. *International Journal of Eating Disorders, 33*, 143-154.
- Treasure, J., Murphy, T., Szmukler, G., Todd, G., Gavan, K., & Joyce, J. (2001). The experience of caregiving for severe mental illness: A comparison between anorexia nervosa and psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 36*, 343-347.
- Vandereycken, W. (1987). The Constructive family approach to eating disorders: Critical remarks on the use of family therapy in anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders, 6*, 455-467.
- Vandereycken, W. (1994). Parental rearing behaviour and eating disorders. In C. Perris, W. A. Arrindel & M. Eisemann (Eds.), *Parenting and psychopathology* (pp. 218-234). Chichester: John Wiley.
- Wallin, U. & Hansson, K. (1999). Anorexia nervosa in teenagers: Patterns of family function. *Nordic Journal of Psychiatry, 53*, 29-35.
- Walsh, F. (2002). A family resilience framework: Innovative practice applications. *Family Relations, 51*, 130-137.
- Walsh, F. (Ed.). (2003). *Normal family processes: Growing diversity and complexity*. New York: The Guilford Press
- Weinberg, C., Cordás, T., & Munoz, A. (2005). Santa Rosa de Lima: Uma santa anoréxica na América Latina? *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 27*, 51-56.

- Whitney, J. & Eisler, I. (2005). Theoretical and empirical models around caring for someone with an eating disorder: The reorganization of family life and inter-personal maintenance factors. *Journal of Mental Health, 14*, 575-585.
- Wisotsky, W., Dancyger, I., Fornani, V., Katz, J., Wisotsky, W., & Swencionis, C. (2003). The relationship between eating pathology and perceived family functioning in eating disorder patients in a day treatment program. *Eating Disorders, 11*, 89 - 99.
- Wood, D., Fower, P., & Black, D. (1998). Should parents take charge of their child's eating disorder? Some preliminary findings and suggestions for future research. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 2*, 295-301

Recebido em: 26/08/2010

1a. Revisão em: 01/10/2011

2a. Revisão em: 11/05/2012

Aceite em: 14/05/2012

Maria Xavier de Araújo é Doutorada em Psicologia, Terapeuta Familiar. Professora Auxiliar na Universidade Portucalense Infante D. Henrique - Portugal. Endereço: R. Dr. António Bernardino Almeida, 541. Porto, Portugal. 4200-072. Email: mariaxaraujo@gmail.com

Margarida Isabel Rangel Santos Henriques Henriques é Doutorada em Psicologia, Terapeuta familiar, Professora auxiliar da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto - Portugal. Email: mrangel@fpce.up.pt

Isabel Brandão é Chefe da Unidade de Psiquiatria do Jovem e da Família do Centro Hospitalar S. João do Porto, Médica Psiquiatra, Terapeuta Familiar, Assistente Convidada da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

António Roma Torres é Diretor do Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar de S. João do Porto, Médico Psiquiatra, Terapeuta Familiar, Assistente Convidado de Instituições de Ensino Superior.

Como citar:

Araújo, M., Henriques, M., Brandão, I. & Roma Torres, A. (2012). Os heróis, vítimas e vilões: discursos sobre a anorexia nervosa. *Psicologia & Sociedade, 24(2)*, 472-483.