

NATÁLIA DE CARVALHO FERRARI

**Anorexia, relação familiar e internação:  
Análise de um documentário**

Pontifícia Universidade Católica

São Paulo

2008

NATÁLIA DE CARVALHO FERRARI

# **Anorexia, relação familiar e internação: Análise de um documentário**

Trabalho de Conclusão de Curso como exigência parcial para graduação no curso de Psicologia, sob orientação do Prof<sup>a</sup> Dra<sup>a</sup> Fani Eta Korn Malerbi.

Pontifícia Universidade Católica

São Paulo

2008

Agradeço aos meus pais por todo amor, apoio e paciência durante todos estes anos. Admiro vocês por tudo que são e sou o que sou hoje graças a vocês.

Agradeço a minha mãe por ser tão amiga, carinhosa e compreensiva. Ao meu pai por tudo que sempre fez por mim, pelo amigo que se tornou. Ao meu irmão pelo companheirismo de sempre e à minha avó por ser muito coruja. Aos quatro por sempre acreditarem em mim.

Agradeço À Laila, à Sissi e à Tita por todo carinho, latidos, mordidas e por passarem horas ao meu lado enquanto eu estudava para as diversas provas e diversos trabalhos da faculdade.

À Isabella e Cauê por simplesmente por serem quem são.

Agradeço aos meus amigos Bartira, Bruna, Carol Sarinha, Carol Shan, Davi, Débora, Janaina, Marleide, Mayla, Michaele, Nadia que de longe ou de perto sempre me apoiaram e tanto me ensinaram. Minha vida não seria a mesma sem todas as risadas, besteiras, lágrimas, confissões, amores e companheirismo. Com certeza, são os irmãos com quem sempre sonhei.

Aos meus professores todos, em especial à Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Fani Eta Korn Malerbi pela ajuda, paciência e compreensão; às professoras Adrianna Loduca, Dinha Zanotto, Felícia Knobloch, Fernanda Gouveia Paulino, Heloísa Galan e Noely Montes Moraes por tudo que me ensinaram e por me fazerem amar cada vez mais a Psicologia.

Natália de Carvalho Ferrari: Anorexia, relação familiar e internação: Análise de um documentário, 2008.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Fani Eta Korn Malerbi

Palavras-chave: anorexia nervosa, documentário, clínica de recuperação

## **Resumo**

Este trabalho analisou o documentário "Thin" realizado pela jornalista norte-americana Lauren Greenfield em parceria com o canal de televisão HBO sobre anorexia. O documentário foi filmado numa clínica norte-americana especializada em distúrbios alimentares focando quatro mulheres anoréxicas, entre 15 e 30 anos. O objetivo deste trabalho foi identificar nos relatos das pacientes, dos familiares, dos terapeutas e nas diversas cenas mostradas no filme as variáveis relevantes associadas à anorexia, à família e ao tratamento.

A autora do presente estudo assistiu diversas vezes o filme, transcreveu as falas, descreveu as situações e pôde complementar essas informações com a leitura do livro publicado a respeito do documentário.

Os resultados obtidos mostraram a distorção da imagem corporal destas pacientes, competição com figuras femininas, transgressão de regras e comportamentos anoréxicos dentro da Clínica.

A análise dos resultados permitiu identificar a importância da atenção obtida em função da perda de peso, as dificuldades relacionadas com o cumprimento de tarefas do desenvolvimento, a distorção da imagem corporal, a recidiva, a influência da família psicossomática e a personificação da anorexia pelas pacientes.

## SUMÁRIO

Introdução .....	5
Alguns Princípios da Psicologia Analítica.....	9
A Abordagem Junguiana para a Anorexia Nervosa .....	13
As Famílias dos Portadores de Anorexia.....	16
Intervenções Psicológicas que vêm sendo utilizadas e seus Resultados.....	20
O Uso de Filmes como Objetos de Análise.....	22
Sobre o Documentário <i>Thin</i> .....	24
Método .....	26
Resultados .....	36
Discussão .....	61
Considerações Finais .....	65
Referências Bibliográficas.....	66

O termo anorexia nervosa vem do grego *orexis* (apetite) e *an* (privação) e diz respeito a uma perda de apetite com fundo nervoso. É mais comum desenvolver-se em meninas adolescentes após a puberdade (Fernandes, 2007).

Segundo o CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Décima Revisão), a anorexia nervosa (F50.0) é

“um transtorno caracterizado por perda de peso intencional, induzida e mantida pela paciente. O transtorno ocorre comumente numa mulher adolescente ou jovem, mas pode igualmente ocorrer num homem adolescente ou jovem, como numa criança próxima à puberdade ou numa mulher de mais idade até na menopausa. A doença está associada a uma psicopatologia específica, compreendendo um medo de engordar e de ter uma silhueta arredondada, intrusão persistente de uma idéia supervalorizada. Os pacientes se impõem a si mesmos um baixo peso. Existe comumente desnutrição de grau variável que se acompanha de modificações endócrinas e metabólicas secundárias e de perturbações das funções fisiológicas. Os sintomas compreendem uma restrição das escolhas alimentares, a prática excessiva de exercícios físicos, vômitos provocados e a utilização de laxantes, anorexígenos e de diuréticos. Exclui: perda de apetite (R63.0): psicogênica (F50.8)”.

Casos de anorexia nervosa vêm sendo estudados há muito tempo. Antigamente, a anorexia nervosa apresentava uma conotação religiosa, pois freiras e jovens religiosas costumavam jejuar em nome de Deus, como, por exemplo, Catalina de Sien, nascida em 1347, a qual tinha, segundo Fernandes (2007), uma relação conflituosa com sua mãe. Ainda jovem, tinha visões místicas e, a partir de então, passou a comer apenas frutas e alguns vegetais além de se flagelar. Após sua morte, em 1380, Catalina conquistou muitos devotos, sendo canonizada e batizada como Santa Catarina de Siena.

Atualmente, a anorexia nervosa perdeu o caráter de jejuar para estar mais perto de Deus, passando a acometer principalmente jovens modelos, atletas e também algumas universitárias de nutricao, que acreditam que a verdadeira beleza vem da magreza (Fernandes, 2007).

A anorexia nervosa pode ser identificada como uma patologia familiar, ocorrendo principalmente em famílias ditas psicossomáticas, nas quais se observa coesão exagerada de seus membros, superproteção, rigidez, falta de resolução de conflitos e participação da paciente nos conflitos familiares (Cordás *et al.*, 2007; Lacava, 2005; Mattos, 2002).

Também está ligada à falta de desejos em geral, de querer, de se interessar pela vida como um todo. A anorexia pode causar desnutrição, associada a suas complicações, entre elas a inanição auto-imposta, e apresenta conseqüências psíquicas e fisiológicas graves, podendo levar à morte. Além disso, vários mecanismos sócio-culturais, ao afirmarem que todos devem emagrecer para serem desejados, contribuem para o aparecimento do distúrbio (Lacava, 2005).

A anorexia pode apresentar duas fases: a negação do desejo de comer e a compulsão alimentar sem a percepção da fome muitas vezes seguidos pelo vômito auto-induzido.

A anorexia é uma síndrome paradoxal: de um lado está a morte eminente e de outro lado uma busca pela vida, através da busca pela identidade da paciente anoréxica. A recusa do alimento nas pacientes com anorexia nervosa pode ser interpretada como um pedido de ajuda em busca da identidade através do controle de seu próprio corpo (Lacava, 2005).

Há três conjuntos de fatores que influenciam essa síndrome: os predisponentes, os precipitantes e os perpetuantes. Os fatores predisponentes são aqueles que aumentam a probabilidade do aparecimento do transtorno alimentar. Eles compreendem os fatores individuais, os fatores familiares e os sócio-culturais. Os fatores individuais são os traços de personalidade, a história de transtornos psiquiátricos, a tendência à obesidade, as alterações da neurotransmissão e algum evento que possa ter sido traumático, como abuso sexual, por exemplo. Os fatores familiares englobam a agregação familiar, a

hereditariedade e os padrões de interação familiar. Já os fatores sócio-culturais estão associados ao ideal cultural de beleza (Morgan *et al.*, 2002).

Os fatores precipitantes da anorexia nervosa são aqueles que marcam o aparecimento dos sintomas dos transtornos alimentares (TA), sendo a dieta o principal sintoma. Alguns acontecimentos que podem abalar a estabilidade emocional do indivíduo, como por exemplo, separações, perdas, divórcios dos pais, início dos contatos sexuais, rápido aumento de peso, críticas a respeito do corpo, aumento das atividades físicas e eventos estressantes também podem precipitar o aparecimento de transtornos alimentares (Morgan *et al.*, 2002; Lacava, 2005).

Os fatores perpetuantes determinam se o transtorno vai ser manter ou não. Aqui está incluído o papel das alterações fisiológicas e psicológicas produzidas pela desnutrição e pelos constantes episódios de purgação (Morgan *et al.*, 2002).

Não apenas a anorexia como todos os TAs são mais frequentes em mulheres entre 18 e 30 anos. Enquanto os TAs afetam 3,2% dessas mulheres, a prevalência da anorexia nervosa é de 0,3% na população mundial e as síndromes parciais (nas quais falta pelo menos um critério diagnóstico para caracterizar a anorexia nervosa) têm uma prevalência entre 0,37% e 1,3% na população mundial (Cordás *et al.*, 2007).

A incidência anual de mulheres com anorexia nervosa na população mundial é de aproximadamente 18,5 por cem mil, e entre os homens é de menos de 2,25 por cem mil (Cordás *et al.*, 2007).

Acredita-se que esses valores sejam subestimados, pois apenas os casos mais graves chegam aos centros de referências, o que permite que sejam contabilizados. O aumento da incidência nas últimas décadas pode ter-se dado pela melhoria nos processos de registros dos casos e também pelo aumento de fatores culturais que enfatizam a necessidade do emagrecimento por parte de toda a população, e não apenas das mulheres e jovens (Cordás, 1996).

A evolução do quadro clínico é variável, podendo ir de um único episódio com recuperações de peso e psicológica completas (o que é raro) a evoluções com cursos ininterruptos até a morte (Cordás, 1996). A taxa de mortalidade para a anorexia nervosa é de 9,8%, uma das maiores taxas de mortalidade entre as

doenças psiquiátricas e seu prognóstico parece não ter melhorado durante o século XX. As formas mais comuns de morte entre essas mulheres são o suicídio e as complicações relacionadas à desnutrição. Segundo Cordás *et al.* (2007), essas mulheres têm 12 vezes mais chances de morrer do que mulheres consideradas normais. Apesar de as mulheres terem uma maior propensão ao distúrbio, os homens não estão livres de apresentar essa doença.

Estudos nessa área mostram que apenas 44% dos pacientes com anorexia, que recebem tratamento apropriado, têm uma recuperação satisfatória; 28% têm uma recuperação moderada e 24% evoluem insatisfatoriamente. Além disso, estes estudos mostram que dois terços dos pacientes, mesmo após o tratamento, têm preocupações mórbidas relacionadas ao peso e aos alimentos e até 40% desenvolvem sintomas e comportamentos bulímicos (Cordás *et al.*, 2007).

## **ALGUNS PRINCÍPIOS DA PSICOLOGIA ANALÍTICA**

Antes de falar sobre a abordagem junguiana para a anorexia, considero importante explicar alguns conceitos desta abordagem.

O psiquismo individual, segundo a abordagem junguiana, se constrói a partir da consciência coletiva e do inconsciente coletivo.

O Arquétipo da Grande Mãe é responsável pela nutrição e fertilidade e está relacionado às funções maternas da mulher. A relação da mulher com o seu corpo dependerá, dentre muitos aspectos, das experiências vividas quando o Arquétipo da Grande Mãe é mobilizado. Este Arquétipo será uma das estruturas psíquicas mais mobilizadas nos quadros de anorexia nervosa (Nicoletti, 2000).

Para atender todas as formas de manifestação do Arquétipo da Grande Mãe, temos que compreender o chamado "feminino". Há dois tipos de caracteres do aspecto do feminino que podem se interpenetrar, coexistirem ou ainda hostilizarem-se. São o caráter elementar e o de transformação do feminino.

"O caráter elementar do aspecto feminino tem uma tendência a conservar para si aquilo que deu origem. Estará em evidência quando o ego e a consciência ainda forem infantis e o inconsciente dominante. A característica mais marcante é a de conter. De forma positiva se manifesta como provedor de alimento, de proteção e calor; de forma negativa como repressão e privação. É a base para o lado conservador, estável e imutável do feminino" (Nicoletti, 2000, p. 19).

Já o caráter de transformação do feminino:

"expressa uma outra constelação psíquica fundamental. Enfatiza, e ao contrário do caráter elementar e sua tendência conservadora, coloca em movimento algo já existente e leva a transformação. Primeiramente, o caráter de transformação encontra-se submetido ao elementar para depois, aos poucos, ir adquirindo independência e formas próprias. À medida que a

personalidade se diferencia, o caráter de transformação torna-se independente. Este caráter atua no sentido de promover movimento e inquietação” (Nicoletti, 2000, p.19).

É de extrema importância compreender que a identidade feminina depende de uma relação adequada entre o seu ego e a Mãe Arquetípica (a mãe interna), caso contrário a constituição de sua identidade estará comprometida.

Para Neumann (1991), a criança desenvolve sua relação com o feminino fantasioso que a mãe – aquela que exerce a função materna, não precisa ser necessariamente a mãe biológica – representa e não com a realidade objetiva e pessoal da mesma. A criança vivencia a mãe através do Arquétipo da Grande Mãe, sendo esta uma realidade onipotente da qual a criança é dependente. Esta é a relação primal “onde a criança presencia o mundo e a si mesmo através da mãe, uma vez que a consciência e o ego ainda são infantis e não desenvolvidos” (Nicoletti, 2000, p. 18).

Segundo Neumann (1991), a relação primal mãe-bebê é essencial para o desenvolvimento do ego da criança. Logo que nasce a criança começa a desenvolver seu ego, mas depende ainda da mãe, que será a mediadora entre psique e corpo, nomeando sentimentos para a criança, possibilitando que ela assim desenvolva sua consciência. Quando a mãe não nomeia os sentimentos que a criança possa estar sentindo, como fome ou sono, por exemplo, a criança sentirá tudo no corpo para o resto de sua vida, visto que a relação primal é a base para todo e qualquer relacionamento que temos durante nossa vida. Por exemplo, se toda vez que o bebê chora a mãe lhe oferece comida, quando crescer esse bebê tenderá a sempre comer quando tiver algum problema.

Quanto ao Arquétipo do Pai, Jung caracterizou-o como ligado ao desenvolvimento da consciência, tanto em homens quanto em mulheres, enquanto que o Arquétipo feminino foi associado ao inconsciente.

O pai é visto como terceiro elemento e é fundamental na estruturação do ego. Segundo a Psicologia Analítica, ele teria a função de separar a criança da mãe. A criança, inicialmente, forma um todo com a mãe, tanto física quanto psiquicamente. No parto, a criança se separa fisicamente, mas ainda está

psiquicamente ligada, sendo este momento carregado de símbolos como: acolher, nutrir, cuidar (Faria e Nicoletti, 2002).

A introdução do pai pessoal – aquele que exerce a função paterna, não precisa ser necessariamente o pai – na relação mãe-filha tem como função quebrar a simbiose e a onipotência infantil, ou seja, a criança precisa renunciar a ser “tudo para sua mãe. A criança é impulsionada a abandonar o mundo da mãe, onde há a dominância de instintos e do princípio do prazer absoluto. (Cavalcanti, 1995). É a figura paterna que introduz o princípio de realidade ou adiamento do desejo e separa a criança do mundo da Mãe (Neumann, 1996). O pai é o mediador entre o filho e o mundo exterior; entre o filho e o outro; e do filho consigo mesmo. Quando o pai é excessivamente presente, rígido e controlador provoca na criança uma lei interna tão rígida quanto à lei externa e a criança tenderá a crescer sendo perfeccionista, muito rígido consigo mesmo.

O Arquétipo do Pai instaura a cultura, as relações de poder, o respeito às hierarquias, pela ordem, disciplina, autoridade. Ao integrar este conhecimento, a criança aprende a colocar limites para si mesmo e para o outro. Em termos positivos o Arquétipo do Pai representa a ordem, a estabilidade, a segurança, a responsabilidade e a autoridade. Em termos negativos, exhibe a agressividade, a depressão, o sofrimento, a rigidez, a repressão, a impotência e a desumanização.

Outros dois conceitos muito importantes para esta abordagem são os conceitos de Animus e Anima. Os Arquétipos Anima e Animus são dominantes a partir da adolescência e buscam a simetria, a interação dialética dos opostos, a identidade profunda, a criatividade e as realizações pessoais (Galiás, 1997).

A Anima é uma instância da psique do homem, é sua própria feminilidade interior, é a personificação de todas as tendências psicológicas femininas na psique do homem. Ela contém experiências arquetípicas e vivências pessoais do homem com o feminino e não apenas projeções masculinas na mulher (Nicoletti, 2000).

É raro encontrar um homem que tenha um relacionamento satisfatório com sua Anima (Durval Faria, comunicação oral). Boechat (1995) afirma que a Anima torna-se central no processo de individuação do homem, ligando ego e self, mas desde que ela não seja continuamente projetada ou possuindo o ego.

Como todo Arquétipo, a Anima constela forças positivas e negativas. Em sua forma positiva, permite ao homem a experiência da plenitude, da criatividade, da transformação. Em seu aspecto negativo, o homem torna-se incapaz de pensar, de agir e relacionar-se (Nicoletti, 2000).

Já o Animus representa a natureza masculina no inconsciente da mulher, manifestando-se de forma compensatória. Apesar de ser denominado como princípio masculino na Psicologia Analítica, ele diz respeito fundamentalmente à feminilidade e a estruturação da mulher como tal.

“A mulher se desenvolve, em termos de sua feminilidade, em contato com os aspectos positivos e negativos de sua mãe pessoal. A menina espelhará os seus sentimentos em relação ao pai (primeira imagem masculina), tomando como modelo a relação dessa mãe com o próprio Animus” (Nicoletti, 2000, p.27).

Assim, Robell (1997) afirma que o Animus pode tornar-se um aliado à individuação da mulher ou então um dominador sádico ao assumir a forma de cúmplice do dinamismo patriarcal. Este Arquétipo, em sua forma positiva, é um guia na estruturação da vida da mulher, ajudando-a em sua relação com seu mundo interior, dando mais clareza e emoção ao pensamento feminino.

A mulher que mantém uma boa relação com este Arquétipo consegue estabelecer uma relação segura com um homem além de conseguir conectar o ego ao self, concluindo assim uma importante etapa em seu processo de individuação (Nicoletti, 2000).

O aspecto negativo deste Arquétipo faz com que a mulher não encontre sua essência feminina. Uma mulher que não integra a potencialidade masculina interna à sua feminilidade é dominada pelo Animus (Nicoletti, 2000).

## **A ABORDAGEM JUNGUIANA PARA A ANOREXIA NERVOSA**

Woodman (2002) classifica dois tipos de dinâmica psíquica que podem desencadear a anorexia nervosa. A primeira dinâmica se caracteriza pela identificação inconsciente com a mãe. Neste caso, a consciência pede o reconhecimento da diferenciação entre mãe e filha, o que definiria os sentimentos da garota em relação à mãe. Além disso, na primeira dinâmica, o corpo consciente e inconsciente não é capaz de aceitar a mãe negativa, ou seja, aquela que não se ligou afetivamente ao filho. Segundo Nicoletti (2000), atualmente a cultura não se responsabiliza, nem oferece um ritual de passagem que concretize a etapa de “tornar-se mulher”, mas nem sempre isso foi assim. Portanto, para a jovem tornar-se uma mulher madura ela precisa se diferenciar da mãe negativa e encontrar seu próprio sistema de valores.

A segunda dinâmica se refere à mulher-Anima e é observada nas filhas de mãe fortemente identificadas com padrões patriarcais, tendo essas mães pouco contato com sua própria feminilidade. Assim que a menina nasce, a Anima do pai se projeta no pequeno bebê. Portanto, a filha passa a viver para agradar seu pai e a mãe costuma ser vista pela filha como ausente ou como uma rival. “A Anima do pai está sendo projetada na filha e ela se vivencia como a amada do pai” (Nicoletti, 2000, p.12). A adolescente anoréxica busca um modelo aceitável em que possa se basear para tornar-se mulher, mas não o encontra, já que sua mãe mostra-se imatura (em relação ao princípio feminino, já que apresenta o princípio patriarcal bem desenvolvido), vivendo em função de princípios rígidos. Essa mãe que não entra em contato com sua essência feminina não conseguirá ensinar um caminho mais sutil para que sua filha se torne mulher (Nicoletti, 2000).

Ao se falar de distúrbios alimentares, os pólos positivo e negativo do Arquétipo do Pai não estão integrados no pai pessoal, pois ele é um pai negativo, o que leva a menina a uma submissão ao inconsciente do mesmo (Woodman,1980).

Nos dois casos, as meninas não conseguirão tornarem-se mulheres plenas, já que não compreendem o princípio feminino (Nicoletti, 2000).

Para as adolescentes anoréxicas é assustador lidar com as responsabilidades que vem junto com o crescimento e por medo de não conseguir cumprir com perfeição suas obrigações ela continua a se comportar como criança, infantilizando seu corpo (Lacava, 2005).

A anorexia nervosa seria uma estagnação na adolescência e a paciente anoréxica não consegue regredir a funcionamentos anteriores e nem consegue avançar para a alteridade (Galiás, 1997, p.76). Já Bruch (1974), estudiosa sobre transtornos alimentares não-junguiana, acredita que a anorexia surge como mecanismo de defesa na adolescência, pois a paciente não consegue separar-se, afirmar-se e se tornar independente da mãe, assim desenvolvendo o comportamento de recusa alimentar, que viria como uma experimentação de um papel de controle. Segundo Lacava (2005), a paciente encontra uma grande dificuldade em lidar com os novos aspectos do feminino que lhe são apresentados quando ela entra na puberdade, tais como as novas formas físicas, a sedução, a fertilidade e a possibilidade de engravidar e tornar-se mãe, novidades estas que são amedrontadoras. “Não há um modelo internalizado de feminino a seguir e não há auto-confiança suficiente de que se é capaz de desempenhar esse novo papel” (Lacava, 2005, p.46). O ato de comer alguma coisa tem o significado de incorporar a matéria a você, portanto o evitamento da comida é entendido como um evitamento dessa mãe que tanto mal faz à menina, impedindo-a de separar-se, crescer e torna-se responsável pelos seus atos.

Bruch afirma:

“A ausência da função da alimentação representa um esforço desesperado para estabelecer um senso de controle de identidade nas áreas onde um inespecífico e inusual tipo de função alimentar está perturbado, com distorções dos significados simbólicos e onde o emagrecimento é somente secundário” (Bruch, 1974, citado em Miranda, 2003, p.107).

Na cultura atual, os pais, sendo os mantenedores econômicos da casa, deixavam os cuidados dos filhos totalmente à esposa, não tendo poder de decisão dentro das situações familiares. Portanto, a figura paterna é vista como ausente, à medida que também a mãe foi aos poucos o afastando do grupo e ocupando um

espaço maior na dinâmica familiar. Assim, a recusa do alimento pelas anoréxicas seria uma tentativa de estabelecer uma separação mãe-filha, que deveria ter sido feita pelo pai. É pela inscrição da falta que haveria uma diferenciação – que deveria ter sido feita pelo pai, possibilitando à anoréxica sair da dominação, anulação (Lacava, 2005).

Bruch (1974) relata que as anoréxicas são descritas pelos pais como excelentes alunas, obedientes e colaborativas. Entretanto, a auto-confiança necessária para o enfrentamento dos primeiros conflitos da adolescência parecem estar ausentes e as pacientes não percebem os próprios recursos, pensamento e sensações corporais. Bruch (1974) também revela que a necessidade de perder peso é um sintoma que expressa, na verdade, o medo subjacente de as doentes serem desprezadas, não sendo levadas a sério ou respeitadas. Como elas não conseguem resolver seus problemas, as anoréxicas sentem-se realizadas ao conseguirem manipular o próprio corpo (Nicoletti, 2000, p.23).

Segundo Woodman (1980), as garotas anoréxicas são reprimidas, conformistas e desejam atender aos desejos dos pais. Elas querem controlar suas vidas e o fazem através da negação da comida. A anoréxica aprende a ganhar atenção e admiração por meio da perda de peso.

## **AS FAMÍLIAS DOS PORTADORES DE ANOREXIA**

A anorexia nervosa produz em cada um dos membros da família, de forma diferente e em graus diferentes, um grande sofrimento. Baseado em relatos de casos, Schomer (2003) afirma que problemas entre os pais, irmãos com doenças graves, perdas de pessoas importantes, nascimento de irmãos são fatores que podem desencadear a anorexia nervosa. Segundo esse autor, a condição psicológica de uma pessoa é diretamente relacionada com a estrutura do grupo do qual ela faz parte, que geralmente é a família.

A família, muitas vezes, cria rótulos para seus membros, fazendo com que eles carreguem um estigma por um longo tempo. O estereótipo criado se torna mais preocupante quando o sujeito se sente paralisado e não consegue elaborar as projeções dos outros membros da família sobre ele. O uso de um bode expiatório serve para aliviar a tensão coletiva, que se fosse reprimida, tornaria insuportável a convivência (Galiás, 1997; Schomer, 2003).

Com o surgimento de uma doença mental na família, o sujeito doente torna-se depositário da ansiedade familiar. Quando a paciente pede ajuda à família, causa um impacto imediato e dramático que desestabiliza o equilíbrio, causando um grande conflito familiar (Schomer, 2003).

Schomer (2003) afirma que um mito familiar é um número de crenças a respeito de regras mútuas que foram bem sistematizadas e compartilhadas por todos os membros da família. O mito familiar contém as regras ocultas desta relação e essas regras tidas como verdades.

O mito passa de geração para geração e é para a família o que as defesas são para o indivíduo. Se ele é operativo, permanece como um aspecto integral da família, agindo como uma força ordenadora (Schomer, 2003).

Mattos (2002), através da aplicação do TAT, e Schomer (2003), por meio de revisão de literatura, observaram que as famílias de pacientes com anorexia nervosa têm como características a minimização dos conflitos; o envolvimento da criança em tensões familiares (o bem estar de todos os membros da família é preocupação de todos, causando nos filhos também um grande sentimento de proteção da família, o que acaba reforçando sua sintomatologia); a intolerância a

mudanças; pais ausentes e mães que competem com as filhas; a comunicação entre eles está comprometida, não havendo diálogos ou trocas de idéias; os papéis familiares não são definidos adequadamente; os pais têm dificuldades em estabelecer limites e normas e agir com autoridade perante aos filhos. Ambos observaram uma característica importante da família da anoréxica que é a tentativa que ambos os pais têm de passar a imagem de família ideal, perfeita. Esse perfeccionismo leva, segundo os autores, a uma infantilização dos filhos, pois quase sempre há um hipercontrole e uma superproteção por parte dos pais. A superproteção atrasa o desenvolvimento da autonomia e do bom desempenho dos filhos. Agindo com rigidez e inflexibilidade, os pais impedem o desenvolvimento psíquico de seus filhos.

Tanto autores psicanalíticos (Mattos, 2002; Miranda, 2003; Schomer, 2003) quanto junguianos (Lacava, 2005; Nicoletti, 2000) consideram que mãe e filha vivem em simbiose e que a função do pai durante o desenvolvimento da filha é a de ajudar na diferenciação mãe-filha. Não havendo essa diferenciação, a menina não consegue lidar com suas diferenças pessoais e também não consegue um crescimento individual, não alcançando a autonomia.

A simbiose entre mãe e bebê vai se dissolvendo gradualmente, à medida que a individualidade e a consciência do ego da criança se desenvolvem. Até a puberdade existe uma união parcialmente inconsciente entre filhos e pais, principalmente entre mãe e filhos. Para Jung, muitos dos distúrbios da psique infantil estão associados a distúrbios psíquicos dos pais (Neumann, 1991).

Nas famílias em que ocorrem casos de anorexia nervosa, os pais supostamente teriam abandonado ou ao menos se distanciado da família, deixando a mãe com a autoridade e comando da casa, pelo fato de esta ter ocupado um espaço maior na dinâmica da família (Mattos; 2002; Lacava, 2005 e Schomer, 2003).

Outro fator que merece atenção nessas famílias é a aglutinação, tendo-se a impressão de "que todos devem pensar, fazer e desejar o mesmo, e qualquer tentativa de separação é sentida como agressão", havendo em consequência uma repressão das emoções individuais (Schomer, 2003, p.50).

Vários estudos (por exemplo, Guttman e Laporte, 2002 e Karwautz *et al.*, 2003), têm sido realizados envolvendo principalmente a relação da anoréxica com a mãe e em seguida a relação dela com o pai.

Nos estudos de Guttman e Laporte (2002) foram utilizados os inventários *Parental Bonding Instrument* e *Self-Report Family Inventory*. Os resultados do primeiro questionário revelaram que as mães e os pais vêem uma menor proteção materna em relação à suas filhas anoréxicas do que essas filhas consideram. Já os pais se vêem mais protetores em relação à filha do que elas mesmas o vêem. Quanto aos cuidados maternos e paternos, ambos os pais e mães se consideram bons cuidadores, entretanto suas filhas não os vêem assim. Os dados obtidos pela aplicação do *Self-report Family Inventory* revelaram que para as anoréxicas há menos conflito do que seus pais relatam. E sobre a expressão emocional na família, para os pais há mais expressão das emoções do que o considerado por suas filhas doentes. Além disso, as filhas consideram as mães mais carinhosas que os pais; as mães acham que foram mais cuidadosas quando comparadas à opinião de suas filhas. Os autores esperavam um maior número de discordâncias em relação à visão dos pais e das filhas sobre a família, já que a média de idade das participantes era de 22 anos, ou seja, haviam saído há pouco da adolescência ou ainda passavam por essa fase, onde há diversos conflitos entre pais e filhos.

Já o trabalho de Karwautz *et al* (2003) contou com 31 pacientes anoréxicas adolescentes e suas irmãs com idades próximas à idade das pacientes. As pacientes anoréxicas foram divididas em dois sub-grupos: as restritivas (não se alimentavam) e as *binge-purging* ou purgativas (provocavam vômitos). É importante ressaltar que não foram aceitas pacientes que sofriam de inanição severa, pois essa condição poderia afetar o desempenho delas nos instrumentos aplicados. Os resultados do teste *Subjective Family Image Test (SFIT)* mostraram que as filhas anoréxicas são mais dependentes de suas mães do que filhas saudáveis (na mesma família). Além disso, as irmãs anoréxicas encontravam-se em uma posição intra-familiar mais fraca do que suas irmãs saudáveis, principalmente no que diz respeito à autonomia individual dentro da família.

Há poucos estudos comparando a visão das anoréxicas e de seus irmãos saudáveis sobre seus pais e a relação desses filhos com estes pais. Além dessa

escassez de estudos abordando esta visão, podemos apontar que apenas países como Inglaterra e Estados Unidos se interessaram por este aspecto, não tendo sido encontrado nenhum trabalho nesta área aqui no Brasil.

No Brasil, nos estudos de Lacava (2005) assim como Mattos (2002) foi percebida a dificuldade em encontrar participantes anoréxicas para suas pesquisas. Lacava requeria que as participantes tivessem recebido o diagnóstico de anorexia de fonte confiável, já tivessem passado pelo tratamento, fossem de classe sócio-econômica alta, apresentassem nível superior completo ou em andamento e fossem maiores de idade. Neste trabalho, Lacava (2005) aplicou os testes HTP com Desenho da Família (HTP-F), o BITE (Bulimic Investigatory Test from Edinburgh) além de uma entrevista semi-dirigida em uma única paciente anoréxica. Ao mesmo tempo, analisou alguns sites de garotas anoréxicas na Internet e o conto de fadas "A Branca de Neve e os Sete Anões". A autora obteve como resultado um padrão repetitivo entre as participantes no qual a estrutura familiar impede a diferenciação e também a independência de seus membros. O pai é visto como alguém sem voz ativa, bastante ausente, tendo como função principal o sustento da família. Já a mãe é vista como aquela que se dedica aos filhos e é quem decide e coordena o que se passe dentro de casa.

Já Mattos (2002), analisou a relação pai-filha anorética utilizando como instrumentos uma entrevista semi-dirigida e a aplicação das pranchas femininas do TAT com uma jovem adulta que teve anorexia em sua adolescência. A autora observou que a relação que se estabeleceu entre mãe e filha não permitiu a interdição paterna, não podendo assim exercer sua função.

## **INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS QUE VÊM SIDO UTILIZADAS E SEUS RESULTADOS**

No que diz respeito ao tratamento, todos os métodos utilizados para tratar anorexia, desde o final do século XIX até hoje, têm como objetivo o ganho de peso. Miranda (2003, p.6) propõe “abandonarmos o desejo de reconduzir a anoréxica à sua natureza ‘normal’” e procurarmos a ligação dessa doença com a mãe internalizada e, a partir daí, criar algo novo e diferente por meio da análise.

Salvador Minuchin (citado por Schomer; 2003) afirma:

“O sintoma pode constituir um intento de solução da disfunção familiar ou surgir também em um membro devido a circunstâncias particulares de vida, sendo logo utilizado e apoiado pelo sistema familiar como um mecanismo para perpetuar o sintoma”. (Schomer, 2003, p.49).

Enquanto Miranda (2003) afirma que para que haja uma interrupção das forças destrutivas da anorexia com a possibilidade de novos padrões de funcionamento mental em direção a um desenvolvimento gerador de expansão da vida mental, mãe e filha devem se sujeitar à análise precocemente. Schomer (2003) acredita que toda a família deve se envolver na terapia, para melhor ajudar à paciente, pois acredita que a psicodinâmica da família é um elemento de maior importância na determinação, manutenção e/ou desenvolvimento da doença.

O tratamento para pacientes com transtornos alimentares deve ter a participação da família, já que assim todas as características desde as mais manifestas até as latentes poderão ser trabalhadas para que a estrutura familiar consiga sofrer mudanças (Lacava, 2005; Schomer, 2003).

Segundo Bighetti, Santos e Ribeiro (2006), em quatro anos de experiências em atendimentos em grupo aos familiares de mulheres com algum tipo de transtorno alimentar no GRATA (Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto) no princípio, os familiares apresentam-se resistentes em aceitar a doença, apreensivos em

entender os sintomas e comportamentos que devem assumir frente à alimentação e à doença. A primeira fase deveria ser basicamente informativa sobre a doença, o tratamento e sobre a importância da participação dos familiares nas sessões. No passo seguinte, aprofundar-se-ia mais na análise dos relacionamentos familiares, seus conflitos e suas dificuldades, trabalhando os vínculos afetivos, os papéis desempenhados por cada um e a relação destes com a doença (Schomer, 2003).

É muito comum as pacientes com transtornos alimentares não reconhecerem sua doença e não aceitá-la, dificultando o tratamento e é a partir daí que surge o papel fundamental da família que é apoiá-la, entendê-la e colaborar com a equipe multiprofissional que estará a sua disposição – médicos psiquiatras, psicólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e enfermeiros (Schomer, 2003).

É comprovado que toda a família adoce junto com a paciente, sendo seus principais sintomas os sentimentos de culpa, a qual através da terapia se transformará em responsabilidade e participação no tratamento. É normal o sentimento de impotência tanto nos outros membros da família quanto nos profissionais. Uma das tarefas da família será recuperar a capacidade de comunicação para que todos consigam se expressar adequadamente. Outra tarefa é rever os papéis de cada um, modificar alguns comportamentos e atitudes considerados prejudiciais (Schomer, 2003).

O objetivo da terapia familiar é “criar um espaço conjunto de reflexão sobre as relações familiares, retirando o foco da alimentação e colocando-os nos vínculos afetivos, nas interações e nos relacionamentos” (Schomer, 2003, p.54).

Em relação à internação dessas pacientes com anorexia, a decisão é muito delicada, pois se tem que levar em conta os medos e as fantasias da paciente. Caso essa internação não seja bem trabalhada, a anoréxica poderá dar origem a uma “vingança” assim que receber alta hospitalar, forçando-se à perda de todo ou até mais peso do que ganhou durante a internação (Cordás, 1996).

## O USO DE FILMES COMO OBJETOS DE ANÁLISE

O grande desenvolvimento tecnológico observado nas últimas décadas permitiu aos meios de comunicação (televisão, rádio, cinema, jornais, revistas, propaganda, fotografia e produtos fonográficos) transmitir a mesma informação para um grande público. Para se referir a este fenômeno foi cunhada a expressão “comunicação em massa”. Esses meios são ramos da indústria cultural que é pautada, principalmente, por interesses econômicos (Chauí, 2005).

Mannheim, estudioso da sociologia que escreveu artigos sobre métodos documentários, citado por Weller (2005), também socióloga, afirma que há três níveis de sentido no processo de interpretação de um produto cultural: (a) nível objetivo ou imanente, que é dado naturalmente, através de gestos e símbolos; (b) nível expressivo, que é transmitido através de palavras ou ações; e (c) nível documentário, sendo este último documento de uma ação prática. Estes três níveis de sentido estão presentes em todo produto cultural, incluindo filmes documentários e não há como compreender o filme sem esgotarmos as possibilidades de análise, transcendendo sua significação imediata.

Goldgrub (2004) propôs que na interpretação de filmes, deve-se buscar encontrar o sentido latente do seu discurso interpretando a totalidade de elementos que constituem a linguagem do mesmo como, por exemplo, a fotografia, o som, o roteiro, a iluminação, a música. Ele denomina este processo psicanalítico de interpretação de desmetaforização. Segundo este autor, o objeto da psicologia é o discurso e a função do psicólogo é interpretar, baseando-se na identificação do sentido latente do discurso por meio do procedimento de desmetaforização. Entretanto, o objeto de estudo da Psicologia Analítica é a psique, seus conteúdos conscientes e inconscientes, que podem ser analisados através da fala, de sonhos, desenhos e da própria relação paciente-terapeuta.

Já para a Psicologia Analítica,

“a intensidade da fascinação ou das emoções geradas pelas imagens cinematográficas é fator suficiente para justificar o trabalho de análise. O número elevado de pessoas que têm suas emoções mobilizadas por obras de ficção é um indício de

que foram ativados conteúdos que ultrapassam o nível de consciência disponível no momento histórico em que estão circunscritas. Acompanhar essas emoções é a chave para atingir os níveis mais profundos da psique, na medida em que elas expressam as necessidades e desejos mais fundamentais, sem importar o meio através do qual eles foram comunicados” (Oliveira, 2007, p. 17).

Kittelson (1998) ressalta que as imagens são a forma de expressão da psique.

Ao pesquisar diversos filmes que tinham como tema personagens que sofriam de anorexia nervosa, deparei-me com o documentário *Thin*, filmado por Lauren Greenfield. A escolha deste documentário se deu por mostrar o cotidiano de mulheres que são internadas – por vontade própria ou pela vontade dos pais – em um centro de reabilitação para pessoas que sofrem de distúrbios alimentares.

## **SOBRE O DOCUMENTÁRIO *THIN***

A anorexia nervosa, assim como a bulimia e a obesidade, vem chamando a atenção de diversos profissionais como médicos, psicólogos, nutricionistas, por exemplo. Além desses, a mídia tem focado os distúrbios alimentares nas novelas, revistas e filmes. Aqui no Brasil, em 2006 foi veiculada uma novela na qual uma das personagens sofria de bulimia. A partir de então, os jornais, telejornais e revistas começaram a apresentar mais notícias sobre pessoas que morreram em consequência da anorexia.

Nos Estados Unidos, o interesse de uma produtora de documentários, Lauren Greenfield, juntou-se com o pedido de o canal de televisão HBO e foi produzido, em 2005, o documentário *Thin*. Em 2006, foi transmitido pelo canal HBO nos Estados Unidos e no ano seguinte para o Brasil, pelo mesmo canal.

Lauren Greenfield é uma fotógrafa documentária, foto-jornalista, produtora de filmes documentários, além de escritora, que baseia suas matérias, fotos e filmes interessada em imagem corporal e no modo como o corpo feminino tornou-se atualmente a primeira expressão de identidade para meninas e mulheres (Greenfield, Herzog, Strober, 2006) tendo produzido dois documentários e livros: *Girl Culture* – que aborda diversos assuntos do mundo feminino, como estilo de se vestir, tipo de música, os sonhos e inseguranças de meninas norte-americanas – e *Thin* – que aborda sobre os distúrbios alimentares em mulheres norte-americanas.

O objetivo inicial de Greenfield era mostrar a manifestação exagerada e patológica da imagem corporal das mulheres, pois ela acreditava que os distúrbios alimentares eram causados pela influência da mídia e da cultura em que vivemos, mas à medida que o trabalho foi ocorrendo, ela percebeu a gravidade desta doença mental e, então, voltou-se para as histórias individuais dessas mulheres, para o tratamento médico e psicológico dado a elas, para a cultura da reabilitação, para o ciclo do vício e para as relações, regras e rituais da instituição.

O filme foca o cotidiano de quatro internas numa clínica de especializada em transtornos alimentares chamada Renfrew Center (Clínica) nos Estados Unidos. Esta Clínica é um centro de reabilitação para mulheres que sofrem de distúrbios alimentares que apresenta instalações residenciais. A escolha por este

local, segundo Greenfield (2006) se deu por já conhecer seus profissionais e a instituição de outro trabalho seu. A Clínica sempre cooperou com o projeto, ensinando à documentarista sobre a doença e sobre o cotidiano da instituição, além de ajudá-la a conquistar a confiança das residentes, que puderam escolher se gostariam ou não de participar do documentário. As pacientes enfocadas pelo documentário são quatro mulheres com idades entre 15 e 30 anos, com história de anorexia, sendo que duas delas já haviam passado por muitas hospitalizações. Além das pacientes, participam do documentário, mas se serem o foco principal, os terapeutas (sem especificar suas especialidades), as enfermeiras e as nutricionistas da Clínica, além de alguns familiares de duas internas.

O documentário mostra os depoimentos dados pelas pacientes para a produtora do documentário, algumas discussões que ocorrem na Clínica entre as pacientes e os profissionais, entre as pacientes; algumas sessões de terapia individual e em grupo; as reuniões de equipe; algumas atividades diárias que mostram as dificuldades enfrentadas pelas pacientes; como elas se comportam e como se apóiam entre si durante o período de internação. Em muitos momentos há cenas que mostram superficialmente a relação das pacientes com suas famílias, como eles lidam com a internação das filhas, o que fazem para incentivá-las a continuar o tratamento e o drama familiar quando o convênio médico deixa de cobrir o custo na Clínica.

Além do documentário, a diretora Lauren Greenfield lançou o livro *Thin* (Livro), publicado por enquanto apenas nos Estados Unidos, que complementa as entrevistas feitas com as pacientes durante as filmagens do documentário no Renfrew Center além de adicionar outras entrevistas de outras pacientes que não aparecem no filme e entrevistas de médicos norte-americanos especialistas em distúrbios alimentares.

### **Objetivo:**

O objetivo deste trabalho foi analisar os relatos das pacientes, dos familiares, dos terapeutas e das diversas cenas mostradas no filme e os conteúdos das entrevistas transcritas no livro, identificando os fatores diretamente relacionados à anorexia, à família e ao tratamento.

## MÉTODO

### Caracterização dos participantes do documentário:

O Quadro 1 apresenta as principais características das pacientes anoréxicas apresentadas no documentário. São quatro mulheres, tendo a mais jovem 15 anos de idade e a mais velha 30 anos, cada uma com uma ocupação diferente. Quanto aos familiares que aparecem no documentário, em três casos aparecem relatos das mães (dois por telefone). Só em um caso aparece o pai (Shelly) e num outro os filhos (Alisa). Em dois casos aparece também a irmã (Brittany e Shelly).

Pacientes	Idade	Profissão	Familiares que aparecem no documentário
Alisa	30 anos	Ex-piloto da Força Aérea	Dois filhos
Brittany	15 anos	Estudante	Mãe e meia-irmã
Polly	30 anos	Formada em Literatura	Mãe (por telefone)
Shelly	25 anos	Enfermeira da área psiquiátrica	Mãe (por telefone), pai e irmã

Quadro 1. Caracterização das pacientes a 1

Além das quatro pacientes anoréxicas, participam do filme 3 terapeutas (sem ser referido no filme suas especialidades), 1 psicóloga, 2 nutricionistas, 4 enfermeiras e algumas outras pacientes que não foram enfocadas no documentário durante as sessões de Terapia em Grupo.

### Descrição do documentário

- Cena 1: O documentário começa com uma tela preta e as seguintes frases: “Os distúrbios alimentares afetam cinco milhões de pessoas nos Estados Unidos. Uma em cada sete mulheres morrerão desta enfermidade”.
- Cena 2: Aparece a porta de entrada da Clínica e a cena passa a ser no seu interior, onde entre às 5.30 e às 7.45 da manhã uma enfermeira acorda as

mulheres para que elas passem pela pesagem e verificação de sinais vitais (este aviso está afixado na porta da enfermaria). Além disso, as enfermeiras verificam se há algum corte nas pacientes e as interrogam com o objetivo de verificar se comeram direito ou vomitaram, caso o peso tenha sofrido diminuição.

- Cena 3: Após esta introdução, vê-se novamente a frente do centro de reabilitação com a legenda: "O Renfrew Center na Flórida oferece tratamento para mulheres com distúrbios alimentares" e, em seguida, Shelly sentada em uma poltrona em seu quarto enquanto dois funcionários do centro revistam suas bagagens. Eles dizem a ela que estão à procura de remédios, cigarros ou objetos com os quais ela poderia se cortar.

- Cena 4: Mostra-se uma foto de Shelly. A legenda conta sobre Shelly, suas hospitalizações e sua internação.

- Cena 5: Shelly é conduzida pela nutricionista até o refeitório e lá esta lhe apresenta oralmente as regras para utilização do mesmo, além de apontar para as paredes mostrando que as regras também estão afixadas no local. As regras são: dois copos de água ou suco por refeição, um guardanapo por refeição, proibido entrar no refeitório com sacolas, mochilas, bolsas, cobertores e casacos. A nutricionista fala para Shelly que assim há uma maior vigilância sobre o que elas realmente estão comendo e se elas estão escondendo alguma comida.

- Cena 6: Shelly vai para a sala de enfermagem, é pesada, são verificados seus sinais vitais e tem uma conversa com uma das enfermeiras na qual conta que armazenou alguns remédios e depois os triturou e diz que tinha a intenção de colocar em sua sonda, mas diz que não o fez porque não queria que sua família a encontrasse morta. Sai da sala de enfermagem e vai para a farmácia para pegar os remédios.

- Cena 7: Mostra-se agora o fim de tarde e a terapeuta da noite está na sala de terapia em grupo dando dois cigarros para as pacientes que fumam, não há conversas entre as pacientes e a terapeuta neste momento. Ao receberem os cigarros, três pacientes dirigem-se para o terraço onde é permitido fumar. Duas dessas pacientes são Polly e Shelly. Polly explica para Shelly as regras do terraço que são diferentes das regras da Clínica. As regras do terraço são: pode-se falar

abertamente sobre peso, calorias e falar mal dos funcionários. Polly enfatiza que no terraço também há o sigilo e a confidencialidade e que lá isso de fato acontece.

- Cena 8: Mostra-se uma foto de Polly e abaixo uma legenda dizendo que ela chegou ao Renfrew Center após uma tentativa de suicídio. Em seguida, a paciente relata que tentou suicídio por causa de dois pedaços de pizza, mas diz que este não foi o motivo principal. Conta também que conta calorias e gorduras desde os onze anos de idade.

- Cena 9: Mostra-se a cena onde é comemorado o aniversário de Polly. Foi preparado (não diz por quem) um pequeno *muffin* para a paciente. A cena mostra Polly comendo o doce lentamente e reclamando dizendo que é muito doce; colocou várias vezes a mão na frente da boca. Depois de ter comido todo o *muffin* diz sentir-se mal e diz à terapeuta ao seu lado que está se sentindo enjoada.

- Cena 10: Mostra-se a terapia em grupo aberta para a comunidade local. A psicóloga apresenta oralmente as regras para todas, que são: é um grupo para se pedir e receber apoio dos que ali estão presentes; é necessário estar com o bastão em mãos para se falar; não é permitido falar palavrões; não falam sobre peso e calorias e o que se diz lá não sai de lá. Em seguida, uma das meninas – Brittany – pede o bastão e o apoio das outras durante o almoço, pois não acredita que conseguirá almoçar. Polly responde para ela que não sabe se conseguirá apoiá-la, dizendo-lhe que ela quer se mostrar sempre a mais doente. Brittany olha para Polly, diz baixo “*não*” (sic) e sai da sala.

- Cena 11: Após sair da sala, Brittany chora enquanto uma das psicólogas tenta conversar com ela.

- Cena 12: Mostra-se uma foto de Brittany com legendas contando que ao chegar à Clínica, ela apresentava lesões no fígado, queda de cabelo e baixos batimentos cardíacos. Em seguida, a paciente relata sua história (vide Resultados) à produtora.

- Cena 13: Mostra-se a cena em que a mãe e a meia-irmã de Brittany vão visitá-la na Clínica na hora do almoço.

- Cena 14: Mostra-se uma parte da sessão de terapia familiar de Shelly com sua mãe (por telefone, pois a mãe mora em outro estado e não pôde ir visitá-la). Ouve-se o diálogo de ambas no qual abordam a doença da filha do ponto de vista

da mãe e às vezes algum comentário do psicólogo concordando com as falas da mãe ou então apontando um aspecto competitivo entre Shelly e sua irmã a partir da fala da paciente, não sendo possível perceber que abordagem teórica da psicologia adotada.

- Cena 15: Mostra-se agora a coordenadora de admissões apresentando oralmente à Alisa, que acaba de chegar ao Renfrew Center, o sistema de níveis que devem ser atingidos pelas pacientes para conseguirem alta. São mencionados os níveis pelos quais as pacientes passam antes de receberem alta, como relatado pela coordenadora à Alisa, entretanto não são mencionados quantos níveis são, mas cada nível garante alguns privilégios para a paciente como, por exemplo, sair para ir à praia.
- Cena 16: Mostra-se uma foto de Alisa e na legenda algumas informações dizendo que ela é divorciada, com dois filhos e que foi hospitalizada cinco vezes em um período de três meses por causa de sua anorexia.
- Cena 17: Alisa conta à produtora sobre um episódio de compulsão alimentar e vômitos (comportamento bulímico) pelo qual ela passou alguns anos antes.
- Cena 18: Mostra-se Alisa na enfermaria, contando às enfermeiras quantas calorias estava ingerindo por dia antes de sua internação e respondendo às perguntas delas, como por exemplo, se ela apenas vomitava ou também deixava de comer. Alisa responde que restringiu a alimentação.
- Cena 19: Mostra-se Alisa no refeitório, almoçando com as outras internas.
- Cena 20: Mostra-se a sessão de arte terapia, focando a filmagem em Brittany e uma escultura com palitos que estava fazendo sobre sua família (ela escreve "família", "estrutura", "infeliz" e "sem amor").
- Cena 21: Brittany vai de encontro à nutricionista e pede para ela mudar seu cardápio para que contivesse menos comida, pois ela não se sente bem comendo tanto. A nutricionista explica que não seria uma boa profissional fazendo isso já que Brittany ainda não alcançou seu peso ideal.
- Cena 22: Mostra-se Brittany ligando para sua mãe, não sendo possível ouvir o diálogo entre elas, e outras pacientes ao telefone com os familiares. Elas podem utilizar os telefones para ligar para os familiares durante o dia, como mostra a placa anexada ao lado dos telefones.

- Cena 23: Há outro momento de terapia familiar de Shelly, mas dessa vez com seu pai e ela na sala. Mostra-se o terapeuta de Shelly perguntando ao pai dela o que ele entende de anorexia e que relação ele faz da doença com a filha. O pai responde à pergunta e Shelly discorda da visão do pai.
- Cena 24: Mostra-se algumas pacientes no refeitório – entre elas Polly e Shelly, que são o foco da gravação – e junto delas algumas nutricionistas preparando alguns suplementos alimentares. A cena segue com Polly e Shelly tomando os suplementos.
- Cena 25: Mostra-se Shelly na enfermaria durante a verificação matinal de peso e sinais vitais.
- Cena 26: Mostra-se Shelly relatando à produtora que por cinco anos ela aparecia em fotos com o tubo da sonda saindo de seu nariz até que seu pai a levou no médico e pediu para que tirassem a sonda via nariz. Diz que quando acordou da anestesia, sentia muita dor, mas que logo aprendeu a utilizar a sonda via estômago para eliminar qualquer alimento.
- Cena 27: Alisa está com a arte terapeuta que lhe pede que desenhe seu corpo em tamanho real em uma grande cartolina. Feito isso, a paciente encosta no mesmo papel em que se desenhou e a arte terapeuta contorna seu corpo para que ela veja o formato que ele realmente tem. Feito isso pede para que ela fale o que vê. Alisa diz que vê áreas problemáticas.
- Cena 28: Reunião de equipe, onde são discutidos os casos, incluindo a influência que eles consideram negativas entre as colegas (não são especificadas as atitudes que os levaram a acreditar nisso). Em seguida chamam uma paciente individualmente e lhe contam sobre sua progressão ou não no tratamento e fazem uma avaliação sobre a situação dela na casa. Nesta cena, a equipe chama primeiro Shelly e em seguida Polly.
- Cena 29: Mostra-se Shelly no hospital para a retirada de sua sonda alimentar estomacal.
- Cena 30: Mostra-se a sessão de terapia individual de Alisa na qual ela relata ao terapeuta que não está interessada em melhorar e diz que seus filhos são a única parte boa dela.

- Cena 31: Mostra-se Polly encontrando-se com a coordenadora do *Aftercare* – acompanhamento feito aos pacientes que receberam alta pelos profissionais da Clínica – e falando que tinha sido informada que seu plano de saúde não cobriria mais sua internação.
- Cena 32: Mostra-se Polly fumando no banheiro e falando à produtora que está muito brava que o plano de saúde não cobre mais sua internação e que mesmo que ela continue lá com seu pai pagando a internação, os profissionais da Clínica não vão deixá-la permanecer com a mesma terapeuta que ela tinha até então.
- Cena 33: Mostra-se Polly, algumas internas e uma terapeuta almoçando. A terapeuta estimula Polly a falar sobre seus sentimentos em relação ao plano de saúde, mas ela se recusa a falar.
- Cena 34: Mostra-se Polly ao telefone com sua mãe pedindo para voltar para casa.
- Cena 35: Mostra-se Polly caminhando pela Clínica e com a legenda de que seu pai pagaria pelo restante de sua internação.
- Cena 36: O filme mostra também conversas dos funcionários sobre perda de peso, algumas vezes satirizando o fato de o chefe de cozinha querer emagrecer. Em seguida, alguns profissionais verificam se cada uma está no seu quarto no horário de dormir.
- Cena 37: Mostra-se Polly e outra interna saindo da Clínica para passear por um dia (faz parte do tratamento). Elas se dirigem a um tatuador e cada uma faz uma tatuagem, e dizem estarem quebrando o contrato que assinaram com a Clínica, que proíbe essa atitude enquanto estão internadas.
- Cena 38: Polly e a outra interna mostram suas tatuagens a algumas internas, entre elas Shelly.
- Cena 39: Mostra-se Shelly na enfermaria e a enfermeira verificando seu peso e seus sinais vitais.
- Cena 40: Mostra-se Polly na enfermaria e a enfermeira verificando seu peso e seus sinais vitais.
- Cena 41: Mostra-se Polly e Shelly fumando no banheiro e comentando que emagreceram, o que fizeram para emagrecer e sobre os alimentos que ingerem na Clínica e suas calorias.

- Cena 42: Mostra-se mais uma reunião de equipe, focando em Shelly e em uma situação em que Shelly foi acusada que jogar no lixo metade de um hambúrguer vegetariano.
- Cena 43: Mostra-se Shelly na enfermaria com duas enfermeiras reclamando que foi acusada por uma coisa que não fez. Durante esta cena Shelly afirma que quer ir embora para sua casa.
- Cena 44: Polly e Shelly conversam na varanda sobre a pretensão de Shelly em ir embora.
- Cena 45: Mostra-se a mãe de Shelly indo visitá-la na Clínica e as duas conversando sobre o fato de a nutricionista de Shelly não confiar nela e Shelly dizendo querer ir embora antes de melhorar.
- Cena 46: Os profissionais e todas as pacientes estão na sala de terapia em grupo. As pacientes são questionadas sobre a vontade delas em melhorar. Os profissionais verificam que as suspeitas sobre Polly quebrar muitas regras e influenciar negativamente as outras internas são verdadeiras. As internas são avisadas pelos profissionais de que eles sabem que algumas delas fumam dentro dos banheiros. Polly fala que ela fuma dentro do banheiro e diz que sempre fumou sozinha. Shelly fala para todos que não agüenta mais mentir e admite ter fumado no banheiro na companhia de Polly.
- Cena 47: Os profissionais conversam entre eles e comentam sobre o fato de muitas internas considerarem o clima na Clínica tenso neste momento.
- Cena 48: Shelly, sua mãe e seu terapeuta encontram-se com a nutricionista. Shelly diz achar que já engordou o bastante e sua mãe pergunta à nutricionista que peso quer que Shelly alcance para considerá-la saudável. O nutricionista responde às perguntas da mãe e diz a Shelly que não seria uma boa profissional se não a ajudasse a chegar a um peso saudável, o que não aconteceu ainda.
- Cena 49: Mostra-se a irmã gêmea de Shelly e Shelly em sessão de Terapia Familiar. A irmã de Shelly diz estar preocupada com ela e estar cansada de achar que Shelly pode morrer a qualquer instante. Já Shelly diz que muitas vezes briga com a irmã por considerar as duas muito parecidas e diz que por isso brigar com a irmã seria como brigar com ela mesma.

- Cena 50: Mostra-se outra reunião dos profissionais com as pacientes em que eles informam que farão uma busca pelos quartos atrás de objetos que são proibidos.
- Cena 51: Mostra-se a busca nos quartos.
- Cena 52: Mostra-se os funcionários da Clínica falando que o episódio do hambúrguer jogado no lixo não foi culpa de Shelly.
- Cena 53: Mostra-se a sessão de terapia individual de Shelly e ela relatando ao terapeuta sobre um remédio que Polly teria dado a ela algumas semanas antes e que foi encontrado durante a busca feita pelos funcionários. Diz também estar cansada de viver pensando em dietas e em emagrecer.
- Cena 54: Mostra-se uma reunião com Polly, Shelly, os terapeutas de ambas, a diretora da Clínica, a nutricionista responsável e a enfermeira-chefe. Os profissionais descobrem que Polly violou muitas regras da instituição e decidem convidá-la a se retirar do Renfrew Center.
- Cena 55: Mostra-se Polly ligando para sua mãe e comunicando sua saída da Clínica e o desespero de sua mãe dizendo que não há tratamento para anoréxicas em sua cidade e que, portanto não terá como ajudá-la.
- Cena 56: Mostra-se Polly arrumando suas coisas e chorando muito. Em seguida, mostra Polly vomitando no banheiro.
- Cena 57: Polly despede-se de todos e sai da Clínica.
- Cena 58: Mostra-se as internas em sessão de arte terapia, colando algumas palavras, como respeito, melhorar, amor, recortadas de revistas em seus diários.
- Cena 59: Durante a sessão de terapia em grupo Alisa propõe um pacto com todas aquelas que realmente quisessem levar o tratamento a sério. Alisa relata que o pacto é para que elas mantivessem sempre um pensamento positivo e que uma apoiasse de fato a outra.
- Cena 60: Uma legenda aparece no filme dizendo que o plano de saúde de Brittany venceu e não tendo como pagar pela continuidade do tratamento, ela volta para a casa de sua mãe. A paciente relata à produtora que, apesar de ter vontade de parar o tratamento ela diz saber que não está bem e que não quer morrer.

- Cena 61: Mostra-se a mãe de Brittany com ela na Clínica e a adolescente reclamando que está gorda.
- Cena 62: Os profissionais da Clínica conversam com Brittany sobre sua saída e falam que querem focar a sessão de Terapia em Grupo na saída dela com o intuito de que as outras internas possam ajudá-la.
- Cena 63: Mostra-se a última terapia em grupo de Brittany na qual as outras internas tentam ajudá-la a encontrar maneiras de voltar para casa e continuar a se cuidar e a comer.
- Cena 64: Mostra-se Brittany indo embora para sua casa com sua mãe.
- Cena 65: Mostra-se uma legenda dizendo que após um mês de tratamento intenso Alisa e Shelly se preparam para sair da Clínica, pois seus planos de saúde não cobrem mais suas internações.
- Cena 66: Alisa e Shelly estão no quarto e conversam sobre o futuro delas fora da Clínica e elas dizem que sabem que estão saindo do Renfrew Center sem estarem curadas.
- Cena 67: Mostra-se Alisa e Shelly saindo da Clínica juntas.
- Cena 68: Enquanto mostra-se Alisa mudando-se para perto da instituição há uma legenda explicando que ela o fez para poder freqüentar a terapia em grupo aberta à comunidade.
- Cena 69: Enquanto mostram-se cenas de Shelly se arrumando, a legenda informa que ela decidiu voltar para sua casa, em outro estado americano.
- Cena 70: Na última noite de Shelly na Flórida, Alisa, seus filhos e Shelly vão jantar em um restaurante.
- Cena 71: Ao voltar para casa do jantar, Alisa retoma o comportamento bulímico.
- Cena 72: Mostra-se Shelly no aeroporto e dentro do avião, voltando para sua casa, sozinha.
- Cena 73: As cenas finais dão notícias das participantes após a saída delas. Polly tornou-se fotógrafa, é gerente de um estúdio, mas continua lutando contra a perda de peso. Brittany parou de comer novamente e perdeu peso rapidamente. Alisa perdeu nove quilos após a alta e tentou suicídio tomando diuréticos; ela voltou ao Renfrew Center e agora mantém um peso saudável. Shelly perdeu oito

quilos e usou terapia de choque para tratar sua depressão; casou e voltou a trabalhar como enfermeira, mas continua lutando contra a anorexia.

**Procedimento:**

Após assistir diversas vezes o filme, transcrevi as falas que considerei mais relevantes, descrevendo também as situações consideradas essenciais. Com o Livro procurei complementar as informações que não estavam no documentário, para que assim ter mais elementos que me contassem sobre a vida e a personalidade das pacientes.

## RESULTADOS

Ao assistir o filme, percebi que a produtora não seguiu nenhum roteiro pré-estabelecido, portanto, as histórias das quatro mulheres anoréxicas ficaram heterogêneas, não contendo informações sobre os mesmos assuntos. Mesmo em relação às gravações Shelly aparece em mais cenas do que Polly que aparece em mais cenas que Alisa. A paciente que menos aparece e que menos apresenta falas é Brittany. Por este motivo muitas das falas transcritas de todas as pacientes foram pegadas do Livro.

Foi realizada uma categorização dos aspectos comuns apresentados em relação às quatro pacientes anoréxicas.

### **Shelly**

Shelly é uma mulher de 25 anos, solteira, enfermeira da área psiquiátrica. Sofre de anorexia, mas não é informado há quanto tempo. Foi hospitalizada dez vezes antes de se internar na Clínica para tratar a anorexia. Shelly ficou internada um mês na Clínica.

- Visão sobre si mesma: No Livro, Shelly relata à produtora que após três semanas internada engordou 2,7 kg e diz estar se sentindo enorme. Diz que isto não é confortável para uma que não está acostumada a comer muito. Diz que achar seus braços e pernas muito maiores do que quando entrou na Clínica.

Em outro momento do Livro, Shelly diz estar confusa, uma hora ela ama sua anorexia, na outra ela odeia muito. Diz querer muito ficar livre desta doença, mas ao mesmo tempo não se vê vivendo sem ela.

- Relação Familiar: Na cena em que a mãe de Shelly participou da terapia familiar (cena 14), ela relatou que acha que a filha anoréxica não tem idéia do que uma pessoa com 37 kg se parece, dizendo que a filha provavelmente acha que é bonito. Quando o terapeuta pergunta o que essa idéia causa nela (mãe),

ela responde que fica muito assustada porque então percebe como sua filha está doente. Shelly responde ao comentário da mãe dizendo que esta sempre lhe pergunta se Shelly acha que sua irmã gêmea é gorda, sendo que ela não pesa nem 45 kg.

Ainda na mesma cena, Shelly admite que não suportaria estar mais gorda que a irmã, mas que também não quer ser igual a ela. Diz que todos gostam mais da irmã do que dela. Sua mãe responde que, na verdade, todos gostam igualmente das duas, mas que Shelly mudou muito depois da *"anorexia deixá-la deprimida"* (sic).

Na cena em que o pai participa (cena 23), o terapeuta de Shelly lhe pergunta o que ele pensa sobre a anorexia e ele responde que acredita que o que desencadeou a doença foi a mudança da filha para outro estado norte-americano, apesar de *"muitas coisas terem acontecido para ela ter ficado assim"* (sic) e relata:

*"Eu e a mãe dela nos divorciamos. E a mãe dela a levou para Utah. Utah é diferente. (...) Todo mundo lá come legumes e não come comida boa. Caminham com o cachorro à tarde e coisas assim. Acho que ela adquiriu esses hábitos por pressão das amigas. Acho que isso contribuiu muito para ela ficar assim hoje".*

Shelly diz ao pai e ao terapeuta que discorda do pai. Ela diz achar que tem medo de ser independente e responsável e de ficar sozinha.

Na cena em que a irmã gêmea de Shelly participa da terapia familiar (cena 49), mostra-se muito emocionada, falando em tom de voz alterado, como se estivesse brava, mas ao mesmo tempo chorando. A irmã diz que sabe que Shelly está passando por um momento difícil, mas que está na hora de seguir em frente. A irmã diz que parece que Shelly não quer melhorar, que sua mãe se preocupa muito, mas não sabe o que fazer e não quer que Shelly morra. A irmã de Shelly diz que acha que a qualquer momento a irmã pode morrer e que está cansada de se preocupar o tempo todo e de Shelly achar que ela é má e que não se preocupa com ela.

Nesta mesma sessão, Shelly chora muito e diz que se sente fraca e burra em comparação à irmã. Ela diz acreditar que grita com a irmã gêmea, pois elas são parecidas na fisionomia e que, portanto, gritar com a irmã seria como gritar com ela mesma.

No Livro, Shelly diz que no final da adolescência ela e a irmã começaram a fazer restrição de comida e a contar calorias. Diz que piorou em seu primeiro ano de faculdade, quando morava com a irmã. Diz que piorou muito quando a irmã foi para o México e diz que apesar de ter vários amigos na época, sentia que tinha perdido a melhor amiga. Shelly diz também que após a ida de sua irmã para o México, ela sentia que sua irmã estava crescendo e diz que sentia que não conseguia acompanhar a irmã, diz sentir que não era boa o bastante e que isto a levou a desenvolver de fato a anorexia.

Shelly também relata no Livro que, apesar de sua irmã ter lhe falado na sessão de terapia familiar que ela não mudou nada, ela diz achar que mudou. Entretanto, diz que com a visita de seu pai e de sua irmã, ela sentiu que ela voltou a representar o *“velho papel que tenho na família, no qual sou a dependente. Sou aquela que está sempre de mau humor e deprimida (...). Ninguém [da família] mudou nada, acredito que as pessoas esperam que eu seja aquela mesma pessoa e é realmente difícil ser alguém diferente perto deles”*.

- Relação com a equipe multiprofissional:

- ❖ Enfermeiras: durante as verificações do ritmo cardíaco, da pressão sanguínea e do peso, as enfermeiras questionam as pacientes caso achassem que há algo errado, como por exemplo, o fato de elas terem perdido peso de um dia para outro. Nessas ocasiões, Shelly costuma se contradizer, como mostra o diálogo a seguir (cena 25):

- *Você vomitou ontem, não foi? Perguntou a enfermeira.*
- *Não...*
- *Está usando a sonda para alguma coisa?*
- *Não...*
- *Tem certeza?*

– Bem, ontem eu surtei depois de ter tomado dois suplementos alimentares e eu os eliminei.

– Pela sonda?

– É...eu comecei, mas parei.

– Saiu alguma coisa?

– Não...quer dizer, um pouco, mas não muito.

❖ Nutricionista: na cena 43, Shelly diz não confiar na nutricionista, pois diz às enfermeiras que ela quer fazê-la engordar e diz não confiar nela porque a nutricionista também não confia em Shelly. Mais adiante, na cena 48, Shelly e sua mãe procuram a nutricionista. Shelly diz para a profissional que não quer mais engordar, diz achar que já está com um peso bom. A nutricionista diz discordar dela e explica a ela que ainda não chegou em um peso saudável.

❖ Terapeuta: na cena 53, Shelly diz pensar nas conversas que tem com seu terapeuta, mas diz a ele que não vê motivo para lhe contar seus “segredos inomináveis” (sic) já que não consegue contá-los a ninguém.

- Comentários dos profissionais sobre a paciente durante as reuniões de equipe: (cenas 28 e 42)

❖ Enfermeiras: relatam que os sinais vitais de Shelly estão abaixo do considerado normal e que ela emagreceu. Elas acreditam que Shelly está vomitando (pois ela já tinha retirado a sonda).

❖ Nutricionista: diz que considera que Shelly é manipuladora e sorradeira além de não estar sendo consistente com o tratamento. A nutricionista diz que não confia em Shelly.

❖ Terapeuta: diz que considera que ela está tentando mudar de atitude já que ela diz que está mais aberta aos relacionamentos e mais sincera com todos e não está mentindo como fez nos últimos seis anos de tratamento.

Durante a segunda reunião de grupo filmada, o terapeuta de Shelly pede para que todos atentem à aliança formada entre Polly e Shelly. O terapeuta também acredita que Shelly voltou a repetir o comportamento de “botar tudo a perder” (sic).

❖ Psiquiatra: diz que considera que ela está sendo mais sincera agora do que foi em qualquer outro tratamento, mas por outro lado uma parte dela quer voltar à anorexia e quer abusar dos remédios.

- Terapia: na cena 53, após ter sido encontrado um remédio proibido em seu quarto, Shelly conta ao terapeuta que Polly havia lhe perguntado se ela teria contado aos profissionais da Clínica que teria recebido o tal remédio dela. Shelly respondeu a Polly que não e fala para o terapeuta que está sentindo-se encurralada pela situação; Shelly pergunta a ele se eles não podem guardar este segredo sobre Polly por mais algum tempo. Diz também não poder mais viver pensando em ser magra e querer controlar tudo para o resto de sua vida.

O terapeuta responde para ela:

*“Às vezes, dizemos coisas que parecem desconexas, mas não são. Então vamos falar primeiro de controlar esses sentimentos, de fazer uma cara feliz quando não se sente assim e depois falaremos sobre a comida. Acho que está tudo ligado. Quando você se impuser, quando você se cuidar e conseguir não ter que fingir para as outras pessoas esses sintomas irão sumir”.*

Shelly diz achar que superou fatos que aconteceram no seu passado (não relata quais são eles), mas diz também que esses fatos ainda a afetam. Diz que tem segredos inomináveis e diz não ver por que contá-los ao seu terapeuta.

Na cena 23, diz para seu pai e seu terapeuta durante a sessão de terapia familiar que estar na Clínica é como ter que abrir mão de todo o controle que ela tinha ou achava que tinha sobre o que entrava no seu corpo. Diz que sua mente era consumida por idéias negativas sobre si mesma e que não é mais feliz.

- Participação durante as sessões de Terapia em Grupo: na cena 46, durante a sessão de Terapia em Grupo, Shelly admite ter fumado junto com Polly no banheiro e pede desculpa a todos. Em seguida, Shelly diz estar muito frustrada e brava por ter sido acusada de jogar fora metade de um hambúrguer.

Chorando, diz que ela não fez isso e pede para o autor admitir a culpa. Shelly diz não estar mentindo e estar levando o tratamento a sério, mas que esta acusação estava fazendo com que ela ficasse mal.

- Tentativa de suicídio: Shelly relata à enfermeira que “passou perto” de tentar o suicídio e quando perguntada sobre o que significava isso respondeu (cena 6):

*“Sou enfermeira e peguei insulina no hospital e foi difícil me conter para não aplicar em mim. Uma vez comecei a triturar comprimidos para colocar na sonda. Então, parei porque estava na casa do meu irmão. Não quis que meu sobrinho, meu irmão e minha cunhada me encontrassem morta. E minha mãe... provavelmente... e minha irmã gêmea. Por isso não me matei”.*

- Regras transgredidas: Shelly fuma no banheiro com Polly (cena 41). No Livro, Shelly aceitou pegar os medicamentos que Polly roubou da farmácia. Também no Livro, Shelly diz:

*“Estar presa em um lugar com muitas anoréxicas faz com que você queira fazer alguma coisa errada e não ser pega só pelo prazer de quebrar as regras. Beber água antes de se pesar. Mentir sobre o grau de ansiedade que você está só para conseguir mais medicamentos. Dar medicamentos umas às outras, fumar no banheiro, dividir a comida com as outras, esconder comida. Qualquer coisa para quebrar as regras. (...) Eu me sentia muito culpada por quebrar as regras, então eu geralmente me entregava”.*

- Comportamentos anoréxicos: na cena 41, Polly e Shelly conversam sobre as maneiras que estão utilizando para emagrecer como, por exemplo, cortar a comida em pedaços bem pequenos. Ainda nesta cena conversam sobre calorias. Além disso, no Livro, Shelly diz ter eliminado comida através de sua sonda duas vezes desde que se internou na Clínica.

- Como se sente na Clínica: Shelly não expressa seus sentimentos em relação a estar na Clínica.

- Outros comportamentos observados: Shelly utilizou uma sonda no nariz que mais tarde foi colocada no estômago, para receber soro durante cinco anos. Esta sonda foi retirada durante sua segunda semana de internação na Clínica. No Livro, Shelly diz considerar a sonda que tinha implantada em seu estômago parte mesmo dela, diz que cuidava desta sonda deixando-a sempre limpa. Shelly diz que ter uma sonda é um símbolo, um status que a pessoa é realmente anoréxica. Diz que recebia muita atenção por causa da sonda e que era muito mais fácil, pois não precisava comer, apenas inserir com uma seringa a quantidade de calorias necessárias para ficar bem em um dia.

Ainda no Livro, Shelly diz que foi muito difícil no começo estar sem esta sonda já que era uma parte dela e porque significava que ela estava desistindo de seu transtorno alimentar, que teria que ter responsabilidade. Diz que significava *“que eu estava desistindo de tudo desta vez, desistindo de parar de comer, desistindo de colocar a comida para fora. É como se uma grande parte da minha identidade fosse embora”*.

No Livro, Shelly diz que é sua última noite na Clínica e que foi muito difícil ter ganho 09kg durante o tempo que ficou internada, mas diz que acabou se acostumando. Shelly diz que ao se olhar no espelho vê sua irmã gêmea, pois diz estar com o formato do rosto redondo e estar mais parecida com a irmã.

No Livro, Shelly diz que durante seu período de internação aprendeu que ela utilizava sua anorexia para fazer com que as pessoas tomassem conta dela, pois diz que tinha medo de crescer e ter responsabilidades. Diz que não sabe o que fazer, pois sempre tomaram conta dela; diz não confiar em si mesma e ter muito ódio de si.

Ainda no Livro, como foi dito anteriormente, Shelly aceitou pegar os medicamentos que Polly roubou da farmácia. Também no Livro, Shelly diz que estar presa com muitas anoréxicas faz com que ela *“queira fazer alguma coisa errada e não ser pega só pelo prazer de quebrar as regras”* (sic).

- Um ano após a gravação do documentário: No Livro, Shelly diz que não tem apetite, diz que está emagrecendo e diz que uma parte dela se assusta com isso, mas outra parte fica feliz. Diz que passou a ter idéias suicidas e seu psiquiatra junto com sua mãe, decidiram que ela deveria começar a fazer terapia de choque eletroconvulsivo. Diz que no começo sentia-se muito mal, depois seu humor começou a melhorar, mas diz que não está mais fazendo efeito.

Ainda no Livro, Shelly diz achar que não resolver todas as suas questões e diz que tem vários sintomas, problemas e pensamentos para evitar entrar em contato com essas questões. Diz que voltou com o namorado e estão morando juntos novamente. Diz que quando ganha peso não consegue ter relações sexuais com ele.

Shelly diz que se sente muito sozinha durante o dia, pois seu namorado trabalha o dia todo e ela não está trabalhando. Diz que tem idéias suicidas quando está muito ansiosa e não consegue se acalmar. Diz que durante o verão guardou alguns medicamentos, mas entregou tudo ao seu terapeuta. Diz sentir-se esquisita já que uma hora está feliz, planejando seu casamento e outra hora está triste, pensando em se matar.

## **Polly**

Polly é uma mulher de 30 anos, solteira, formada em Literatura, que se internou na Clínica após uma tentativa de suicídio quatro semanas antes de começarem as gravações. Sofre de anorexia, entretanto nem o documentário nem o Livro informam há quanto tempo. Ficou internada por dois meses antes de ser expulsa da Clínica por infringir muitas regras.

- Visão sobre si mesma: no Livro, Polly relata que sofreu de bulimia dos 14 aos 17 anos e associa o desenvolvimento de sua anorexia ao relacionamento abusivo com um ex-namorado que lhe chamava de gorda e que a estuprou (diz que percebeu apenas mais tarde que se tratava de um estupro, pois ele era seu

namorado e, portanto na época não via o estupro como tal) no final de sua adolescência.

Polly também diz no Livro que não sente que este é mesmo seu corpo e diz ter mudado muito desde sua internação. *“Eu olho espelho e não gosto do que vejo. Eu vejo um corpo estrangeiro”*.

- Relação Familiar: Na cena 8, Polly relata para a produtora do documentário que cresceu com seus pais dizendo que ela era a mais esperta das filhas. Disse que seus pais tinham altas expectativas em relação ao seu futuro e ela sentia que não conseguiria agradá-los.

No documentário mostra apenas o desespero expresso na fala da mãe *“Por favor, dêem outra chance a ela. Ela sabe que errou. Por favor, não tenho como ajudá-la aqui. Não há um sistema de apoio a pessoas anoréxicas. Por favor, eu imploro. Deixam-na ficar. Se ela fizer alguma coisa nunca mais direi nada”* (sic), pois tendo a filha sido expulsa, teria que sair da Clínica antes de ter melhorado (cena 55). Entretanto, no Livro Polly descreve algumas situações como telefonemas que sua mãe lhe fazia pedindo conselhos sobre dietas (no documentário e no Livro não há registros sobre a mãe de Polly ser anoréxica), e como Polly se sentia inferior às suas irmãs.

Polly relata no Livro que na sua casa sempre lhe ensinaram modos incorretos de se comer, modos como as anoréxicas geralmente comem: comer devagar, cortar a comida em pedaços pequenos, beber água entre cada garfada. Além disso, ela, sua mãe e irmãs estavam sempre em dieta.

Em relação às irmãs, Polly relata em entrevista para a produtora no Livro que uma delas tocava muito bem a flauta e outra o piano, enquanto ela sentia que não era perfeita em nada. Quando descobriu a dieta, sentiu que nisso ela era boa e poderia ser perfeita.

No Livro, Polly diz achar que o divórcio de seus pais esteve muito relacionado com sua anorexia e que nunca perdoará o pai por ter saído de casa.

Um ano e meio após sua internação, Polly diz no Livro que sua mãe continua fazendo dieta e diz que esta liga para ela todos os dias para que Polly dê suporte a ela e a escute dizendo o que ela comeu durante o dia. Polly diz

que mesmo dizendo à sua mãe que isso não faria bem a ela (Polly), sua mãe continuou ligando mesmo assim.

- Relação com a equipe multiprofissional: Polly mostra através dos gestos e conversas durante a verificação da saúde ter uma boa relação com os profissionais, especialmente com as enfermeiras, que durante as cenas demonstraram carinho por ela, inclusive chegando a dizer que a amavam (cena 40).
- Comentários dos profissionais sobre a paciente durante as reuniões de equipe: os relatos verbais dos profissionais da Clínica concordam que esta paciente exerce uma influência negativa sobre as outras internas (cenas 47 e 54), apesar de não explicitarem como ela exercia esta influência. Pelas cenas não se percebe essa influência de Polly sobre as outras.
- Terapia: não são mostradas cenas contendo a terapia individual de Polly.
- Participação durante as sessões de Terapia em Grupo: na cena 46, Polly pediu desculpas a todos da Clínica por fumar em seu banheiro e por ter feito isso ter colocado em risco a vida de todos.
- Tentativa de suicídio: na cena 8, Polly diz que chegou à Clínica após uma tentativa de suicídio “*por causa de dois pedaços de pizza*” (sic), mas afirma que os dois pedaços de pizza foram apenas a gota d´água.

A partir da pergunta da produtora do documentário sobre como ela chegou à Clínica Polly no Livro conta sobre sua tentativa de suicídio:

*“Na noite em que tentei me matar eu estava jogando cartas com alguns amigos. Estava tudo bem, até eu ter que comer pizza. Eles me pressionaram então todo o meu pensamento passou a ser ‘comer pizza, ir embora cedo, ir para casa e vomitar’. Mas, eles me seguraram lá e quando cheguei em casa não conseguia. Eu tentava e não saia nada então fui à*

*geladeira, bebi um monte de cerveja e vomitei toda a cerveja, mas eu não via a pizza. E então entrei em pânico. Eu cortei meus pulsos, mas como não estava acontecendo rápido o bastante, peguei um monte de remédio para dormir e tomei-os porque não queria ver todo aquele sangue. Fiz várias ligações para meus familiares que foi o que me salvou. Acordei na UTI. E uma das primeiras coisas que falei para minha mãe foi 'quero ir para a Renfrew Center'".*

- Regras transgredidas: Polly transgride algumas regras. Nas cenas 32 e 41 ela aparece fumando dentro do banheiro. Além disso, ao sair por um dia da Clínica, ela faz uma tatuagem. Ao entrar na Clínica, assina-se um contrato onde você se compromete a não tatuar seu corpo e nem fazer um piercing durante o período de tratamento.

No Livro, Shelly diz que Polly roubou alguns comprimidos da farmácia e dividiram entre elas. A própria Polly admite:

*"Eu quebrei algumas regras. Eu fumava no meu quarto. Eu tinha balas de menta. Nenhuma bala ou chiclete era permitido. (...) Na janta só podemos pegar um pacote de sal e outro de pimenta que é um problema para mim. Eu sou fanática por pimenta, então sempre que uma garota não queria os pacotes delas, eu os pegava e enfiava no bolso. (...)".*

- Comportamentos anoréxicos: Na cena 9, mostra-se Polly com um *muffin* pequeno à sua frente. Em seguida, corta-o em pequenos pedaços e os come lentamente. Além disso, bebe água entre um pedaço e outro de *muffin*. Sente-se mal ao acabar de comer, sentindo-se enjoada. Já na cena 56, Polly vomita no banheiro, após receber a notícia de que foi expulsa da Clínica.

Na cena 41, Polly e Shelly conversam sobre as maneiras que estão utilizando para emagrecer como, por exemplo, cortar a comida em pedaços bem pequenos. Ainda nesta cena conversam sobre calorias.

Além disso, Polly diz no Livro que *"fazia muitos exercícios no meu quarto, como abdominais e levantamento de peso. Quando eu não confiava nas minhas colegas de quarto, me exercitava durante o banho"*.

- Como se sente na Clínica: Polly diz no Livro que estar na Clínica é como estar de volta à faculdade, diz se sentir como uma caloura. Diz que é bom estar rodeada por mulheres que sofrem com algum tipo de transtorno alimentar. Polly diz que pela primeira vez em sua vida ela não se sente sozinha. Entretanto, diz que fica mais difícil comer quando alguém sentado ao seu lado não está alimentando-se.

- Outros comportamentos observados: No Livro, Polly relata que seu humor varia com o quanto ela emagreceu ou engordou verificado pelas pesagens da manhã. Diz que se engordou sente-se mal durante todo dia. Polly também diz se assustar quando gosta do sabor da comida, pois vê-se mudando todo o seu pensamento e perguntando-se o que significa ter gostado de comer um biscoito, como cita de exemplo. Polly diz ter 30 anos e nunca ter entrado em uma loja de doces.

Polly diz no Livro que em uma das saídas terapêuticas da Clínica teve vontade de roubar uma caixa de laxantes, pois diz ter tido vontade de tomá-los. Polly também diz que ainda enxerga a comida como inimiga, pois diz que a fará engordar. Além disso, diz *“Quando como alimentos errados – doces ou coisas parecidas – minha anorexia fica muito brava. Faz eu me sentir muito culpada. (...) Eu escuto a palavra ‘gorda’ muitas e muitas e muitas vezes”*.

Como foi mencionado anteriormente, Polly não segue as regras, tendo feito uma tatuagem (cena37) e roubado alguns comprimidos da farmácia (Livro). Polly também diz no Livro que pela primeira vez em sua vida ela não se sente sozinha e que é bom estar rodeada por mulheres que sofrem de algum transtorno alimentar, mesmo sendo difícil comer durante as refeições, pois diz que muitas delas não querem comer.

- Um ano após a gravação do documentário: Após sua saída da Clínica, Polly relata no Livro ter voltado para sua cidade e diz ter passado a frequentar um programa para pessoas que sofriam de distúrbios alimentares em uma clínica de lá duas vezes por semana. Diz achar que terá anorexia para o resto de sua

vida, mas que a diferença é que resolveu não dar ouvidos a ela. Diz que sua mãe continua fazendo dieta e que muitas vezes liga para Polly pedindo apoio. Polly diz que fala para sua mãe que falar sobre dietas e calorias não lhe faz bem. Polly diz que adoraria casar e ter filhos, mas diz que não pensava assim quando estava internada na Clínica.

## **Alisa**

Alisa é uma mulher de 30 anos, divorciada, mãe de dois filhos, ex-piloto da Força Aérea Americana. Sofre de anorexia desde os 14 anos. Antes de se internar na Clínica, ela havia sido hospitalizada cinco vezes em três meses por causa da anorexia. Ficou internada na Clínica por aproximadamente dois meses, tempo que o convênio médico cobriu sua internação.

- Visão sobre si mesma: Na cena 27, após desenhar como via seu corpo seguindo a instrução da arte-terapeuta, Alisa diz se achar *“uma pessoa baixinha e gordinha”* (sic). Após a arte terapeuta contornar o desenho do corpo de Alisa, pede para ela olhar novamente para o papel e dizer o que ela vê. Alisa demonstra espanto ao ver o desenho da terapeuta dizendo: *“Não sei. Por um momento pensei ‘Não, não pode ser’. Achei que você tivesse errado e desenhado muito para dentro [o contorno do corpo feito pela terapeuta].*

A fala de Alisa também indica que ela está insatisfeita com o seu corpo: *“Vejo em mim áreas problemáticas”*. Alisa escreve no desenho: *“preciso tonificar [sobre os braços], culote [sobre os quadris], pneus [sobre as laterais da barriga], abdominoplastia [sobre a barriga], lifting de mama [sobre o peito], ossos grandes [sobre o ombro direito] e escreve ajude-me [sobre a barriga, acima do ‘abdominoplastia]”*.

No Livro, Alisa diz que considera que a beleza da sua doença é jamais alcançar o objetivo. Diz estar viciada no processo (não relata qual é o processo). Diz que muitas vezes tentou buscar satisfação em outras coisas, mas que nada se compara a isto (a anorexia). Diz se lembrar de uma vez, há

muitos anos, em que pensou *“Isso é o que quero realmente. Isso é o que quero muito. Eu só quero ser magra. Se preciso morrer para chegar lá, que seja. Pelo menos chegarei lá”*.

No Livro, Alisa relata à produtora que gostaria de ir embora. Diz estar distorcida ao se olha no espelho e diz ver todas as pessoas distorcidas. Diz sentir que seus braços, suas pernas, seu rosto e seu estômago estão grandes.

- Relação Familiar: Alisa relata no Livro que desde pequena todos em sua família diziam a ela que ela *“não precisava das calorias”*. Alisa diz que guarda na memória sua avó lhe dizendo que quando ela crescesse ficaria gorda igual ao pai dela e sua tia tirando o biscoito de sua mão e dizendo a ela para ter mais força de vontade.

Na cena 30, Alisa comenta com seu terapeuta que as únicas razões para querer se tratar são os filhos que ela diz achar que *“eles representam tudo de bom que existe dentro de mim”* (sic). Já no Livro, Alisa relata que após sua saída da segunda internação percebeu que seu filho, de 10 anos, passou a ter um comportamento compulsivo em relação à comida. Ela diz *“Ele engordou 09 kg. Escondia doces embaixo do travesseiro. Ele comia o dobro, o triplo do que estava acostumado e algumas vezes ele me dizia ‘Se você acha que vou fazer dieta como você, está muito enganada. Não vou. Não há problema algum em ser gordo’”*. Em relação à sua filha, de 03 anos, diz que ela está passando por uma fase em que fala a Alisa que não quer comer seu lanche da escola e não quer jantar; diz que sua filha diz a ela que não quer ficar gorda como o avô.

- Relação com a equipe multiprofissional: Não foram mostradas cenas em que Alisa se relacionava com a equipe multiprofissional exceto com a arte-terapeuta, a qual já foi descrita, e com seu terapeuta, que será descrito adiante.

- Comentários dos profissionais sobre a paciente durante as reuniões de equipe: Não apareceram cenas de reunião de equipe falando sobre Alisa.

- Terapia: Durante a única sessão de terapia que foi mostrada no documentário (cena 30), Alisa diz para seu terapeuta não querer se recuperar. Diz querer que seus filhos tenham uma vida normal, mas que ela não quer ter uma vida normal. Conta para ele que se alistou na Força Aérea Americana, durante a Guerra do Golfo, para perder peso. Disse que acreditava que se mantivesse uma vida ativa, ficaria magra.

- Participação durante as sessões de Terapia em Grupo: na cena 59, durante a sessão de Terapia em Grupo logo após a saída da sala de outra paciente (Polly), Alisa diz para o grupo que achava que antes (com Polly na Clínica) o clima na Clínica estava negativo e tenso e diz achar que dependia das internas mudar aquela situação. Diz também que durante a semana anterior, por alguns momentos, ela se imaginou tendo uma vida melhor. Alisa diz para as outras internas que o começo da recuperação para alcançar uma vida melhor, começava na Clínica. Por fim, Alisa convida todas a fazerem um pacto no qual elas se esforçariam para sempre pensar de forma positiva e fazer escolhas positivas, além de não infringirem nenhuma regra da Clínica e sempre darem o melhor delas.

Numa outra sessão apresentada no documentário que tinha o objetivo de ajudar uma outra paciente (Brittany) a enfrentar sua saída da Clínica (cena 63), Alisa pede para essa paciente que pense em sua mãe dizendo que para ela seus filhos são tudo. Conta às internas que muitas vezes distraiu seu filho quando tinha aproximadamente dois anos, colocando-o para tomar banho e dando muitos brinquedos para que ele brincasse enquanto ela vomitava no ralo. Também conta que sofreu um aborto por causa de seu comportamento bulímico. Fala para as outras como acha ridículo que a única coisa que importa em suas vidas é serem magras, *"custe o que custar"* (sic).

- Tentativa de suicídio: Não houve tentativa de suicídio por parte de Alisa até o final de sua primeira internação (que foi documentada). Mas, Alisa relata no Livro que ao sair da Clínica, alguns meses depois, ela tentou se matar ingerindo uma grande quantidade de diuréticos, pois disse acreditar que estes

poderiam causar um infarto e diz que assim ninguém saberia que ela teria cometido o ato de se matar.

- Regras transgredidas: Não houve cenas mostrando alguma transgressão de Alisa.
- Comportamentos anoréxicos: Na cena 19, mostra-se Alisa almoçando com as outras internas. Ela corta sua comida em pedaços bem pequenos, mastiga-os lentamente. Em seguida, o final de seu almoço, mostra-se os dois copos de água que antes estavam cheios, agora vazios e seu prato ainda contendo comida. No Livro, Alisa admite ter vomitado uma vez, após ter comido um biscoito.
- Como se sente na Clínica: No Livro, Alisa diz considerar difícil estar na Clínica, pois diz não estar "*acostumada com o drama*", não explicitando qual drama seria este. Diz que por ser mãe suas experiências são diferentes das demais internas.
- Outros comportamentos observados: No Livro, Alisa diz não aderiu por muitos anos ao tratamento e que em uma das vezes que estava em tratamento (diz que após hospitalização, estava medicada) começou a fazer uma dieta na qual eliminou todos os carboidratos e diz que comia apenas proteínas e alface. Diz que esta dieta durou seis meses até resolver tirar também as proteínas da dieta.

Ainda no Livro, Alisa diz que deveria ter se internado meses antes, mas diz que não o fez porque não queria atrapalhar o andamento do filho na escola e ter que mudá-lo de escola no meio do ano. Diz ter esperado chegarem as férias para mandar os filhos para outra cidade para que ficassem com sua família. Alisa diz que seu desespero em querer emagrecer aumentava à medida que a data das férias se aproximava, pois relata que ainda gostaria de emagrecer 09kg antes da internação ocorrer.

Alisa diz no Livro que a anorexia tornou-se sua vida e diz não lembrar qual teria sido a última vez em que teria ido ao cinema ou ter visitado algum amigo. Relata que acordava e trocava diversas vezes de roupa por três, quatro, cinco horas antes de sair de casa.

Alisa relata no Livro um episódio anterior à sua internação na qual seu filho fez um bolo e insistiu que ela comesse. Ela diz ter comido o bolo e mais tarde ter vomitado-o. Diz que seu filho presenciou a cena, pois ela diz que ele a pegou de surpresa e sem saber o que dizer a ele, disse ter comentado que talvez o bolo não estivesse bom para o consumo. Alisa diz que mais tarde nesse dia ela foi parar no hospital pelo excesso de vômitos e diz que sua mãe lhe contou que seu filho estava sentindo-se muito culpado.

Como relatado anteriormente, Alisa diz ter tentado se matar ingerindo uma grande quantidade de diuréticos, pois disse acreditar que estes poderiam causar um infarto e diz que assim ninguém saberia quais eram suas intenções.

- Um ano após a gravação do documentário: No Livro Alisa relata que um mês após sua saída da Clínica, Alisa voltou a apresentar seu comportamento anoréxico de comer apenas alface com molho mostarda (como mostra a cena 70) e de vomitar (cena 71). Três meses após sua saída ela diz que piorou muito, vomitando tudo o que ingeria e dedicando seu dia à anorexia (não comendo e quando o fazia estava contando as calorias). Diz também que não conseguia mais trabalhar e mal conseguia levantar da cama. Diz ter recomeçado a tomar diuréticos e certo dia tomou vários comprimidos; diz que queria induzir um ataque cardíaco para que ninguém pensasse que ela queria cometer suicídio. Voltou a se internar na Clínica e diz que da segunda vez foi mais difícil, pois diz que estava envergonhada da sua tentativa fracassada de suicídio e diz que achava que ninguém a entendia. Diz que certo dia teve um chamado e ao invés de *“me ver de dentro para fora, passei a enxergar de fora para dentro. Por algumas semanas, passei a perceber como me sentia. Sentia-me abandonada, sentia-me negligenciada, sentia que eu não estava sendo ouvida. Imediatamente comecei a ter os sintomas da anorexia e pela primeira vez consegui fazer a correlação entre os dois. Desde então passei a ter uma*

*atitude diferente. Desta vez consigo utilizar ferramentas para não voltar àquele comportamento”.*

## **Brittany**

É uma adolescente de 15 anos, solteira, estudante, que sofre de distúrbios alimentares desde os oito anos. Sua mãe lhe internou na Clínica, pois a adolescente perdeu 20 kg em um ano, estava com queda de cabelo e lesões no fígado. Ficou internada por aproximadamente três meses e meio até seu convênio médico não cobrir mais.

- Visão sobre si mesma/expressão de opinião sobre anorexia: Disse no Livro que no princípio era uma compulsiva por comida e que aos 15 anos passou a sofrer de anorexia. Na cena 12, Brittany diz que começou a fazer dieta aos 12 anos porque não gostava de seu corpo. *“E minhas colegas eram mais magras do que eu e eu era sempre a grandalhona e queria mudar essa imagem”* (sic).

No Livro, Brittany diz que sempre pareceu com um menino e quando entrou na puberdade seus seios e o quadril cresceram e ela não queria parecer mulher, diz que preferia se parecer com meninos. Ela diz que não queria ter nada que a fizesse ser mulher, diz que não queria ter que lidar com os problemas de ser mulher: ter filhos e sentir a dor do parto, ficar menstruada.

Durante sua última sessão de Terapia em Grupo (cena 63) diz que não agüenta mais ver um monte de meninas magras em sua escola e ela não ser uma delas. *“O fato é que me odeio. Sempre estive acima do peso e nunca vou ser magra. Eu sempre fui gorda e estou cansada disso”* (sic). E repete diversas vezes *“Quero ser magra”* (sic).

Antes de ir embora da clínica, Brittany dá mais uma entrevista à produtora (cena 60) e diz: *“Estou nervosa com a volta para casa porque não acho que estou pronta. Quero perder mais 18 kg para chegar ao meu peso ideal. Já planejei meu primeiro dia em casa e não tem comida envolvida”* (sic).

Brittany diz no Livro que sua mãe foi a primeira pessoa a lhe explicar sobre como comer compulsivamente e depois vomitar e então ela passou a fazer isso. Diz que depois procurou na internet uma lista com instruções de como ser anoréxica. Diz que passou a fazer tudo que estava ao seu alcance para obter esses sintomas (não relata quais são) e ser a anoréxica perfeita.

- Relação Familiar: na cena 12, Brittany diz que sua mãe a fazia comer "*qualquer coisa*" (sic) quando percebia que ela não havia comido nada. Ela diz que comia, mas em seguida vomitava. A adolescente diz que os vômitos começaram aos quinze anos e que ela logo contou à sua mãe. Diz que esta não sabia o que fazer porque também é anoréxica. Brittany conta à produtora, sorrindo, que ela e sua mãe faziam uma brincadeira que denominavam "Mastigue e Cuspa". Ela diz que ambas se divertiam muito mastigando várias balas e vários doces e cuspiendo-os em seguida.

Em seguida à entrevista para a produtora, mostra-se a cena em que sua meia-irmã e sua mãe vão almoçar com ela na Clínica (cena 13). Brittany vendo sua mãe fazendo o próprio prato fala (no qual coloca pouca comida) "*Se eu tenho que comer bem, vocês também terão!*" (sic). Enquanto almoçam, a mãe pergunta a Brittany se os profissionais da clínica ainda a monitoram para checar se ela está comendo. Brittany diz que sim e, em seguida, diz que não, que os profissionais confiam nela e pergunta à mãe se confia nela. Sua mãe apenas sorri.

Na mesma cena, a mãe de Brittany pergunta à filha se ela deve experimentar o hambúrguer de feijão. Brittany diz que sim e sua mãe diz "*Claro! Vou pegar um pedaço... Não gosto do pão, mas vou provar o feijão. Não posso comer o queijo, já estou comendo laticínio*" (sic). Brittany observa sua mãe enquanto esta separa as partes do hambúrguer que comerá.

No Livro, Brittany diz que seus pais se divorciaram quando ela tinha 11 anos e diz que este fato desencadeou a anorexia. "*Eu estava tentando preencher o vazio de não ter o meu pai. Eu queria fazer algo por mim e então eu comecei a fazer dieta. Uma vez começado eu não conseguia mais parar. Eu*

*estava fora de controle.* Brittany diz que via seu pai como um guarda de presídio em sua vida.

Além disso, ainda no Livro, Brittany fala que após sua saída da Clínica sua mãe não conseguiu ajudá-la e ela diz ter ido morar com seu pai. Diz que meses depois, ao voltar para a casa de sua mãe, esta não conseguia ver a filha mais magra que ela e diz que a mãe começou a piorar dos sintomas da anorexia. Brittany relata que sempre que uma percebia que a outra estava mais magra, os sintomas da anorexia pioravam. Diz que isto ocorreu até o momento em que ambas começaram a fazer terapia.

- Relação com a equipe multiprofissional: Foram mostradas apenas duas cenas em que Brittany relaciona-se com a equipe da Clínica. Além disso, no Livro Brittany relata não confiar em seu terapeuta e diz que por isso esconder por algum tempo que apesar da internação, continuava a vomitar os alimentos que ingeria.

A primeira cena (cena 10) consiste na participação da adolescente em uma sessão de terapia em grupo. Após ouvir o comentário de outra paciente (Polly) no sentido que ela (Brittany) queria se mostrar como sendo sempre a mais doente da casa, esta sai da sala seguida por uma terapeuta que lhe pergunta por que ela dá importância aos comentários dos outros. A adolescente responde *“Porque eu me preocupei com isso minha vida inteira. Foi o motivo pelo qual emagreci, para começar”* (sic).

Na segunda cena (cena 21), a adolescente vai à sala da nutricionista-chefe e quando esta lhe pergunta se ela está tomando os suplementos alimentares, a adolescente diz que ouviu das outras internas que este suplemento engorda mais do que comida e diz estar receosa para tomá-los, pois não quer engordar. Brittany diz saber que deveria ouvir mais a nutricionista e menos as colegas. Nesta mesma cena conta à nutricionista que vomitou doze vezes desde sua internação havia quatro semanas. Quando a nutricionista pergunta por que ela não havia isto antes, ela diz que nunca sentiu liberdade para fazê-lo.

- Comentários dos profissionais sobre a paciente durante as reuniões de equipe: Não apareceram cenas de reunião de equipe falando sobre Brittany.
- Terapia: Não apareceram cenas da terapia individual de Brittany. Mas como foi comentado acima, Brittany diz não confiar em seu terapeuta.
- Participação durante as sessões de Terapia em Grupo: Na primeira sessão de Terapia em Grupo mostrada pelo documentário (cena 10), Brittany pede apoio às colegas internas para conseguir almoçar:

*“Hoje eu sei que vou me arriscar muito no almoço. Eu quero pedir ajuda de vocês para conseguir passar por isso porque não sei se vou conseguir...mas sei que preciso porque é o melhor para mim”.*

Outra cena relevante é a de sua última sessão de Terapia em Grupo (cena 63). Suas colegas dizem que estão preocupadas com sua saída, pois não consideram que ela esteja melhor. Uma delas lhe pergunta se ela quer se tratar e Brittany responde que não. Perguntam-lhe por que então ela estava na Clínica. Brittany responde: *“Minha mãe me obriga. Ela não pode me obrigar a fazer uma coisa que não quero porque ela não pode entrar na minha cabeça e me controlar”* (sic).

Na mesma cena, Brittany diz, chorando, que não quer que ninguém fique bravo ou preocupado com ela e diz querer que os outros a deixem morrer. Também diz sentir falta de trocar de roupa muitas vezes antes de sair de casa, de subir diversas vezes na balança durante um dia.

- Tentativa de suicídio: Apesar de ter chegado à Clínica muito doente – com lesões no fígado e queda de cabelo (cena 12) – não houve tentativa de suicídio por parte de Brittany. Não há informações se antes disso a adolescente tentou o suicídio.

- Regras transgredidas: Não foram mostradas cenas em que Brittany transgride as regras da Clínica.

- Comportamentos anoréxicos: Na cena 21, quando Brittany procura a nutricionista, ela diz que desde que chegou à Clínica vomitou aproximadamente doze vezes; não quis tomar os suplementos alimentares. Além disso, cortava seus alimentos em pequenos pedaços, comendo-os lentamente. Além disso, no Livro ela relata que escondia comida e exercitava-se à noite.

- Como se sente na Clínica: No Livro Brittany diz que ao chegar à Clínica quis ser a mais doente e para tanto diz que não comia nada. Diz que os profissionais lhe disseram que se ela não comesse, eles teriam que colocar uma sonda nela, para que assim pudessem alimentá-la com soro. Brittany diz que queria colocar a sonda, pois isso significaria que ela estava realmente doente e precisava ser forçada a se alimentar.

- Outros comportamentos observados: No Livro, Brittany diz que aos 13 anos passou a andar com um grupo de jovens góticos e diz que a autoflagelação começou então. Diz ter continuado este comportamento durante sua internação na Clínica. Diz se sentir um espírito livre.

Como relatado anteriormente, Brittany diz não querer parecer mulher e diz que não quer ter que lidar com os problemas de ser mulher. Além disso, diz que com a dieta queria preencher o vazio deixado pelo pai. Brittany pede apoio às colegas internas para conseguir almoçar, diz à nutricionista que vomitou aproximadamente doze vezes desde que foi internada, diz que ao chegar à Clínica quis ser a mais doente e, por fim, após sua saída da Clínica, Brittany relata que sempre que ela ou sua mãe percebia que a outra estava mais magra, os sintomas da anorexia pioravam na que não se achava tão magra.

- Um ano após a gravação do documentário: No Livro, Brittany diz que ao sair da Clínica voltou a ter seus comportamentos anoréxicos e diz ter perdido 6,8kg em duas semanas. Diz que sua mãe procurou outras clínicas para

interná-la, mas o plano de saúde não cobria. Diz que sua mãe não tinha estrutura suficiente para ajudá-la, então Brittany diz que resolveu ir morar com seu pai, pois sabia que ele a forçaria a comer. Diz que mesmo indo morar com o pai conseguiu perder bastante peso para ser internada em uma clínica psiquiátrica.

Ainda no Livro, Brittany diz que os profissionais da clínica psiquiátrica a amedrontaram (não relata como fizeram isto) e ela diz que eles fizeram com que ela se assustasse o bastante para nunca mais querer deixar de comer. Brittany diz que acabou voltando a morar com a mãe. Diz que sua mãe começou a piorar da anorexia e Brittany diz que é porque sua mãe não suporta ver alguém mais magra que ela. Diz que ambas começaram a fazer terapia. A adolescente diz que todo dia ela luta contra sua doença e que voltou a praticar *Hockey*, mas diz que agora não com a preocupação em emagrecer, mas sim em como fazer para ficar mais rápida nos patins.

## **Regularidades encontradas**

Em relação à Visão sobre si mesma percebemos que as quatro pacientes focadas no filme se vêem como gordas, apesar de não o serem, indicando assim uma distorção de suas imagens corporais. Além disso, Polly e Brittany relatam terem tido outro distúrbio alimentar antes de desenvolverem a anorexia, bulimia e compulsão alimentar, respectivamente.

Quanto à Relação Familiar nota-se um aspecto competitivo entre três das quatro pacientes e outras figuras femininas (duas com irmãs e uma com a mãe).

Na questão da Relação com a equipe multiprofissional podemos perceber que três das quatro pacientes apresentam problemas em confiar nos profissionais de saúde. Além disso, Shelly e Brittany demonstraram não confiar justamente na nutricionista que prescrevia o cardápio que elas deveriam seguir durante a internação, pois o intuito de elas comerem é fazê-las engordar.

Já os Comentários dos profissionais sobre a paciente durante as reuniões de equipe são diferentes para Shelly e Polly.

Em relação à Shelly, tanto as enfermeiras quanto a nutricionista não confiam na paciente, pois acreditam que ela continua com comportamentos anoréxicos, principalmente o de eliminar os alimentos ingeridos. Já seu terapeuta e seu psiquiatra acreditam que ela está realmente querendo melhorar, mas o psiquiatra ressalta que talvez uma parte dela ainda não aceita totalmente o tratamento.

Em relação à Polly os profissionais da Clínica a consideram uma má influência para as outras internas, sem dizerem o motivo pelo qual acreditam nisso. Um ponto importante a se ressaltar é que esses profissionais ao invés de tratar isto que consideram um problema tanto para Polly quanto para as outras internas, eles simplesmente a expulsam da Clínica, o que é um absurdo visto que ela permaneceu na Clínica por dois meses e isto poderia muito bem ter sido trabalhado de alguma maneira e apontado para a paciente durante as reuniões de equipe.

Em relação à Terapia percebemos que parece ser difícil para estas meninas confiarem na equipe de profissionais de saúde e até mesmo em outras pessoas, como por exemplo, Shelly nunca ter contado alguns de seus segredos a ninguém e Alisa que nunca contou a ninguém o motivo por ter se alistado.

Durante as sessões de Terapia em Grupo duas pacientes aconselharam Brittany, duas se desculparam para as internas.

Em relação à Tentativa de suicídio duas delas agiram para tentar alcançar o objetivo de se matar e uma delas apresentou idéias suicidas, mas sem chegar à via de agir contra si. As três pacientes citadas pensaram em utilizar ou utilizaram remédios para tentar se matar e uma delas cortou os pulsos.

Quanto às Regras transgredidas, percebe-se que duas delas sentem prazer ao quebrá-las.

Todas tiveram Comportamentos anoréxicos durante o período de internação, demonstrando assim a dificuldade delas em mudar e da equipe em fazê-las seguir o tratamento. As quatro pacientes cortavam em pedaços pequenos todos os alimentos sólidos que ingeriam e as quatro em algum momento da internação eliminaram alimentos, através de vômitos ou da sonda (no caso de Shelly). Além disso, Polly e Shelly conversaram sobre as calorias dos

alimentos que ingeriam na Clínica; Polly e Brittany se exercitavam e Polly e Alisa ingeriam uma grande quantidade de água durante algumas refeições.

Em relação a como se sentiam na Clínica não há nada em comum entre elas.

Outros comportamentos observados mostram que pelo menos duas delas gostam de infringir regras. Além disso, duas delas não se consideram elas mesmas após terem engordado.

Um ano após a gravação do documentário, Shelly, Alisa e Brittany tiveram recaídas graves. Alisa e Brittany foram internadas novamente e Shelly passou a fazer tratamento eletroconvulsão para sua depressão. Alisa e Shelly não foram capazes de pedir ajuda, tendo sido necessária a intervenção de terceiros. Alisa e Polly conseguiram buscar ajuda por si só.

## DISCUSSÃO

O documentário mostrou que pelo menos duas (Shelly e Brittany) das quatro pacientes anoréxicas enfocadas pareceram querer chamar a atenção de suas famílias e da equipe profissional através da anorexia. Shelly pareceu utilizar a sonda com o objetivo de obter a atenção e os cuidados da família. No caso de Brittany, mostrar-se muito doente pareceu ser a forma utilizada por esta paciente para chamar a atenção. Woodman (1980) já havia chamado a atenção para a influência da atenção e da admiração dos outros sobre a perda de peso na anorexia nervosa, afirmando que as anoréxicas alegram-se com sua força moral à medida que os ossos ficam evidentes em seus corpos, sentindo-se assim mais aceitáveis dentro da sociedade em que vivem.

Um outro ponto que merece destaque é a dificuldade observada nas anoréxicas em cumprir tarefas impostas pelo desenvolvimento, como Shelly, por exemplo, ao dizer no documentário ter percebido que utilizava a anorexia para que todos tomassem conta dela, pois tinha medo de ter responsabilidades e de ser independente. Lacava (2005) hipotetizou que, por medo de não conseguirem cumprir com perfeição suas obrigações, as anoréxicas continuam a agir infantilmente e encontram uma grande dificuldade em lidar com os novos aspectos do feminino quando entram na puberdade, o que as leva a infantilizarem seus corpos. No documentário analisado, Brittany afirmou querer parecer um menino e o auto-desenho de Alisa apresentou um ser humano sem seios e quadris.

Outro ponto do desenvolvimento que é importante ressaltar é o raciocínio moral. Pereira (2005) afirma que Kohlberg (1976) formulou três níveis de raciocínio moral, que são: Moralidade pré-conveccional; Moralidade Convencional; e Moralidade com princípios ou pós-conveccional. Duas pacientes (Shelly e Polly) disseram sentir prazer em violar as regras da Clínica. É possível hipotetizar que Polly esteja no terceiro nível de raciocínio moral de Kohlberg – Moralidade com princípios, visto que ela sentiu a necessidade de mudar as regras da instituição, fumando escondido, fazendo tatuagens e roubando remédios que dizia considerar necessário. Já Shelly estaria no segundo nível – Moralidade Convencional, pois

aparenta fazer as escolhas que Polly faz dentro da Clínica como, por exemplo, fumar escondido e aceitar os remédios que Polly roubou da farmácia da Clínica para ela.

No documentário as pacientes anoréxicas procuram apresentar motivos, nem sempre convincentes, para explicar a sua patologia. Por exemplo, Brittany afirma que sua anorexia veio preencher vazio deixado pelo pai. A Psicologia Analítica afirma que o alimento é símbolo de afeto. Portanto, não parece razoável supor que a falta de comida possa compensar a falta do pai. Parece mais provável que este distúrbio vise chamar a atenção de seu pai. Poderíamos supor também, como foi sugerido por Lacava (2005), que a recusa do alimento poderia ser uma tentativa de estabelecer uma separação mãe-filha, que deveria ter sido feita por seu pai, fazendo assim com que Brittany conseguisse se diferenciar de sua mãe. O documentário mostrou que Brittany e sua mãe faziam uma brincadeira de “mastigar e cuspir” doces e ao contar esse fato, a paciente se mostrou muito feliz, como se essa fosse uma ligação muito especial com sua mãe.

Também merece ser discutida a distorção da imagem corporal pelas pacientes anoréxicas evidenciada no documentário. O modo como percebemos nosso corpo é “um conceito configurador construído a partir de todas as nossas experiências sensoriais e psíquicas, sendo constantemente integrada com o sistema nervoso central” (Bruch, 1974, p.87). Segundo Saikali *et al* (2004), as distorções cognitivas relacionadas à visão do corpo tão comum em pacientes com transtorno alimentares, incluem o pensamento dicotômico, ou seja, o indivíduo pensa em extremos com relação à sua aparência ou então é muito crítico em relação a ela; há uma comparação injusta, na medida em que o indivíduo compara sua aparência com padrões extremos; há a atenção seletiva, na qual o indivíduo focaliza um aspecto da aparência e há também o erro cognitivo, ou seja, ele acredita que todos pensam como ele em relação à sua aparência.

Em relação à imagem corporal, a Psicologia Analítica diz que a mulher anoréxica deve tentar compreender como sua relação com o próprio corpo reflete as atitudes de pessoas significativas da sua vida e sua atitude com relação à sua própria vida. Isto por que a criança tende a absorver as atitudes das outras pessoas com relação ao seu próprio corpo e se estas não corresponderem à

imagem socialmente aceitável, ela ficará submetida a uma enorme pressão. (Woodman, 1980).

As quatro pacientes apresentam uma imagem corporal distorcida, enxergando-se maiores do que realmente são, principalmente após engordarem na Clínica, inclusive não considerando aquele novo corpo "gordo" como sendo delas. Além do pensamento dicotômico, Shelly, Polly e Alisa demonstraram apresentar atenção seletiva, focando em partes específicas de seus corpos. Exemplos disso são o auto-desenho de Alisa e as falas de Shelly, Alisa e Polly quando relatam achar seus braços, pernas e barriga enormes.

Foi percebido que estas quatro pacientes demonstraram comparar seus corpos e habilidades com os de outras figuras femininas, como mãe, irmãs e até mesmo com as outras internas. A auto-avaliação negativa e a comparação com outras mulheres fazem com que estas mulheres sintam-se inferiores e incapazes, como pudemos observar em Shelly e Polly que disseram não se sentirem capazes de serem tão boas quanto suas irmãs. Além disso, todas as quatro compararam seus corpos com os das novas internas e logo retomaram o comportamento de querer emagrecer. A baixa auto-estima destas garotas as incentiva a emagrecer, e este objetivo tão desejado teria como finalidade aumentar a auto-estima e fazê-las sentirem capazes.

O documentário deixou claro que neste transtorno alimentar é comum que haja uma recidiva no comportamento apresentado pelas pacientes, como foi visto na literatura pesquisada em Cordás (1996), por exemplo, que fez uma estatística sobre esta recorrência e em Cordás *et al* (2007), que concluíram que se a internação foi forçada, ao sair a anoréxica retomará o comportamento como uma forma de vingança. É importante ressaltar que não foi encontrada na literatura uma clínica no Brasil nos moldes da Renfrew Center. No Brasil, a internação é feita em hospitais.

Em relação às famílias de pacientes anoréxicas, Minuchin, Rosman e Baker (1978) descreveram um padrão de confusão nas mesmas. Nessas famílias consideradas psicossomáticas geralmente há uma ausência geral de limites entre gerações e pessoas. Cada membro parece estar muito envolvido na vida de todos os outros familiares, ao ponto de ninguém ter um senso de identidade separada

da matriz familiar. Além disso, a família, muitas vezes, cria rótulos para seus membros e quando o sujeito se sente paralisado por ele, não conseguindo elaborar as projeções dos outros membros da família sobre ele, isto se torna preocupante. Na Psicologia Analítica, o uso de um bode expiatório serve para aliviar a tensão coletiva, que se fosse reprimida, tornaria insuportável a convivência (Galiás, 1997; Schomer, 2003). Com o surgimento da anorexia na família, o sujeito doente torna-se depositário também da ansiedade familiar.

Shelly acredita desempenhar o papel de sofredora e deprimida. Ela acredita que mudou, mas que quando está perto deles, volta a atuar neste papel. Este pensamento de Shelly nos mostra como é importante toda a família fazer terapia, para que assim todos mudem e possa também trabalhar seus sentimentos de culpa, impotência, rever papéis de cada um, modificar comportamentos e atitudes que possam ser prejudiciais, como foi proposto por Schomer (2003).

É importante ressaltar que o comportamento de duas mães (Alisa e mãe de Brittany) influenciou no comportamento de seus filhos. Alisa relatou que seu filho de dez anos começou a apresentar uma compulsão alimentar enquanto sua filha de três anos começou a falar que queria parar de lanchar na escola e de jantar. Já Brittany, assim como sua mãe, desenvolveu a anorexia nervosa. Assim, podemos hipotetizar que as relações primais destas mães com seus filhos foram relações negativas, visto que estes filhos desenvolveram um Ego Ferido. Além disso, é possível perceber que as filhas identificaram-se com suas mães, repetindo seus comportamentos; isto se deve às projeções das mães em suas filhas mulheres, principalmente as vivências que tiveram de "mãe má" (não ligada afetivamente à criança).

Três destas pacientes falam sobre a anorexia como se esta fosse um ser, uma entidade que faz parte delas, que dita as regras da vida delas, assim como podemos ver nos sites pró-anorexia a "Carta da Ana". Ana seria a personificação da anorexia nervosa; ela 'conversa' com a menina anoréxica como se fosse uma amiga, aconselhando-a parar de comer, exercitar-se mais, vomitar quando comer exageradamente ou então utilizar laxantes, além aconselhá-la a afastar-se de seus amigos e familiares. Logo estes conselhos se tornam tarefas obrigatórias impostas pela Ana.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A anorexia nervosa é uma doença que atinge muitas mulheres em todo o mundo. Diversos estudos relacionam o desenvolvimento deste transtorno com a relação entre os pais e a anoréxica. E isto também foi observado no documentário, mesmo que de forma superficial. Apesar disto, foi possível perceber a importância da família no desenvolvimento e manutenção da doença, assim como os esforços necessários por parte de todos na recuperação da paciente. Como muitos estudos visando os pais já foram realizados, seria interessante desenvolver uma pesquisa focando nos irmãos com um deles apresentando a doença.

Em relação à internação, ela nem sempre ocorre, visto que a anoréxica tem dificuldade em aceitar sua doença e, muitas vezes, cabe à família tomar esta atitude. Não foi encontrada no Brasil uma clínica de reabilitação para transtornos alimentares como esta documentada nos Estados Unidos. Considerei interessante do ponto de vista do tratamento esta junção de uma equipe multidisciplinar dentro de uma clínica de reabilitação e não apenas dentro dos hospitais, visto que desta forma, as pacientes podem trocar melhor suas experiências, mesmo que a convivência entre elas não seja sempre favorável. Entretanto, caberia aos profissionais saberem lidar com as adversidades que surgissem. Isto não aconteceu no documentário, onde uma das pacientes foi expulsa por ser considerada uma má influência às outras pacientes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIGHETTI, Felicia; DOS SANTOS, José Ernesto; RIBEIRO, Rosane Pilot Pessa. Grupo de Orientação Clínico-Nutricional a Familiares de Portadores de Transtornos Alimentares: Uma Experiência "GRATA". In: SIMPÓSIO TRANSTORNOS ALIMENTARES: ANOREXIA E BULIMIA NERVOSAS, 13., 2006, Ribeirão Preto. p. 410-414.

BOECHAT, Walter. *Mitos e Arquétipos do homem contemporâneo*. Petrópolis: Vozes, 1995.

BRUCH, Hilde. *Eating disorders: obesity, anorexia nervosa and person within*. London: Routledge & Kegan Paul, 1974.

CARTA DA ANA. Disponível em: <<http://inforum.insite.com.br/9828/815668.html>>. Acesso em 20 out 2008.

CAVALCANTI, Raissa. *O mundo do pai: mitos, símbolos e Arquétipos*. São Paulo: Cultrix, 1995.

CHAUÍ, Marilena. *Convite à filosofia*. São Paulo: Ática, 2005.

CID-10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Décima revisão.

CORDÁS, Taki A. Transtornos Alimentares. In: ALMEIDA, Osvaldo Pereira de; DRATEU, Luiz; LARANJERIRA, Ronaldo (org.). *Manual de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. p.187-196.

CORDÁS, Taki A; NEVES, José Eduardo P. Escalas de avaliação de transtornos alimentares. *Revista de Psiquiatria Clínica*. São Paulo, v.26, n.1. ed. Especial,

1999. Disponível em: < [http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r261/artigo\(41\).htm](http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r261/artigo(41).htm) > Acesso em 11 mar 2008.

CORDÁS, Taki A. *et al.* Transtornos Alimentares: Epidemiologia, etiologia e classificação. *Nutrição Profissional*. São Paulo, n.11, p.12-20, abri. 2007. Disponível em: <<http://www.racine.com.br/download.asp?idarquivobanco=3040>>. Acesso em: 04 mai. 2007.

FARIA Durval Luiz de; NICOLETTI, Manoela. O complexo materno e paterno no contexto da Bulimia Nervosa – Estudo Clínico. *Boletim Clínico*. São Paulo, n.13, ago, 2002. Disponível em <[http://www.pucsp.br/clinica/publicacoes/boletins/boletim13\\_04.htm](http://www.pucsp.br/clinica/publicacoes/boletins/boletim13_04.htm)>. Acesso em 06 mai 2008.

FERNANDES, Keila Cristiane dos Santos. *Anorexia Nervosa – Uma Visão Junguiana do Adoecer*. São Paulo, 2007, 135 p. Monografia apresentada para a obtenção do título de especialista em Abordagem Junguiana – COGEAE - PUC-SP.

GALIÁS, Iraci. Anorexia Nervosa: Uma reflexão psicodinâmica arquetípica. *Revista Junguiana*, São Paulo, v. 15, p. 70-80, 1997.

GALIÁS, Iraci. Pais e filhos: uma rua de mão dupla. *Revista Junguiana*, São Paulo, v.21, p.69-80, 2003.

GOLDGRUB, Franklin. *A Metáfora Opaca: cinema, mito, sonho, interpretação*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

GREENFIELD, Lauren; HERZOG, David B.; STROBER, Michael. *Thin*. San Francisco: Chronicle Books, 2006.

GUTTMAN, Herta A.; LAPORTE, Lise. Family Members' Retrospective Perceptions Of Intrafamilial Relationships. *Contemporary Family Therapy*, Quebec, Canadá, v. 24, n.3, p.505-521, setembro, 2002.

KARWAUTZ, Andréas *et al.* Perceptions of family relationships in adolescents with anorexia nervosa and their unaffected sisters. *European Child & Adolescent Psychiatry*, Alemanha, v.12, n.3, p. 128-135, junho, 2003.

KITTELSON, Mary Lynn (Ed.). *The soul of popular culture: looking at the contemporary heroes, myths and monsters*. Illinois: Open Court, 1998.

LACAVA, Carina Regina. *Anorexia Nervosa e a história de Branca de Neve: uma investigação psicodinâmica orientada pela Psicologia Analítica*. São Paulo, 2005. 169 p. Trabalho de Conclusão de Curso – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

MATTOS, Christiane Diez Vianna. *A Função Paterna em um Caso de Anorexia Nervosa*. São Paulo, 2002. 77 p. Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

MINUCHIN, S.; ROSMAN, B. L.; BAKER, L. *Psychosomatic families: anorexia nervosa in context*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1978.

MIRANDA, Marina Ramalho. *Anorexia Nervosa e Bulimia à Luz da Psicanálise: A Complexidade da Relação Mãe-Filha*. São Paulo, 2003. 177p. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Programa Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

MORGAN, Cristina M. *et al.* Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v.24, suplemento III, p. 18-23, dezembro, 2002.

NEUMANN, E. *A criança – estrutura e dinâmica da personalidade em desenvolvimento desde o início de sua formação*. São Paulo: Cultrix, 1991.

NEUMANN, E. *A Grande Mãe*. São Paulo: Cultrix, 1996.

NICOLETTI, Manoela. *Fome de morrer ou fome de viver? Uma análise simbólica sobre a vivência da anorexia nervosa*. São Paulo, 2000, 78 p. Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

OLIVEIRA, Luísa de. *Coisas de Menina. Análise simbólica da personagem Buffy – A Caça Vampiros*. São Paulo, 2007, 101 p. Tese (Mestrado em Psicologia Clínica) – Programa Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica – Núcleo de Estudos Junguianos, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

PEREIRA, Antonio Carlos Amador. *O Adolescente em Desenvolvimento*. São Paulo: HARBRA, 2005.

ROBELL, S. *A mulher escondida – Anorexia nervosa em nossa cultura*. São Paulo: Summus, 1997.

SAIKALI, Carolina Jabur *et al.* Imagem corporal nos transtornos alimentares. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 31, n. 4, p. 164-166, 2004.

SCHOMER, Ester Zatyko. O Papel da Família nos Transtornos Alimentares. In: BUCARETCHI, Henriette Abramides. (org.). *Anorexia e Bulimia Nervosa: Uma Visão Multidisciplinar*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 43-56.

TORRES, Sandra; GUERRA, Marina Prista. A construção de um instrumento de avaliação das emoções para a anorexia nervosa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, v. 4, n. 1, p. 97-110, 2003.

THIN: If takes dying to get there, so be it. Criação de Lauren Greenfield. HBO Documentary Films, 2006. DVD, 102 minutos.

WELLER, Wivian. A contribuição de Karl Mannheim para a pesquisa qualitativa: aspectos teóricos e metodológicos. *Sociologias*, ano 7, n. 13, p. 260-300, Jan-Jun, 2005.

WOODMAN, Marion. *A coruja era filha do padeiro – Obesidade, Anorexia Nervosa e o Feminino Reprimido*. São Paulo: Cultrix, 1980.

WOODMAN, Marion. *O vício da perfeição: Compreendendo a relação entre distúrbios alimentares e o desenvolvimento psíquico*. São Paulo: Summus Editorial, 2002.

Sites:

<http://www.guba.com/thin>

<http://www.renfrewcenter.com>