

CENTRO REICHIANO DE PSICOLOGIA CORPORAL

JANINE ROSSET

INTERAÇÃO FAMILIAR NA ANOREXIA NERVOSA:
CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA CORPORAL

CURITIBA
2010

JANINE ROSSET

INTERAÇÃO FAMILIAR NA ANOREXIA NERVOSA:
CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA CORPORAL

Monografia apresentada como requisito parcial ao Programa de Especialização em Psicologia Corporal, ministrado pelo Centro Reichiano.

Orientador: Prof. Dr. José Henrique Volpi.

CURITIBA
2010

Rosset, Janine
Interação familiar na anorexia nervosa: contribuições
da Psicologia Corporal / Janine Rosset – Curitiba, 2010.

Orientador: Prof. Dr. José Henrique Volpi

Monografia do Curso de Especialização em
Psicologia Corporal, Centro Reichiano de Psicoterapia
Corporal.

1. Anorexia Nervosa. 2. Interação Familiar. 3.
Psicologia Corporal.



ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOLOGIA CORPORAL
DECLARAÇÃO DE CONFEÇÃO DA MONOGRAFIA

Eu, JANINE ROSSET, aluna do Curso de Especialização em Psicologia Corporal, ministrado pelo Centro Reichiano de Psicoterapia Corporal Ltda., localizado na cidade de Curitiba/PR, Brasil, assumo total responsabilidade pela confecção desse trabalho monográfico para a conclusão do curso, considerando que:

- Durante o curso, recebi todas as informações sobre a obrigatoriedade da confecção da monografia por mim mesmo, e jamais por outra pessoa, estando sujeito a perder o meu certificado a qualquer momento, independentemente do prazo, caso haja a comprovação de denúncia a esse respeito.
- Estou ciente de que citei todos os autores, com os devidos créditos exigidos pelas normas da ABNT, sem ter copiado qualquer trecho de livros, Internet, revistas, etc., que se possa considerar plágio, arcando com toda e qualquer responsabilidade legal por essa questão, caso haja algum tipo de denúncia.

Quando copiado algum trecho, este está devidamente mencionado com o crédito do autor (sobrenome do autor, ano da obra e páginas) e a obra indicada nas referências desse trabalho.

- Autorizo a publicação da monografia no site do Centro Reichiano, quando essa indicação for feita pelo(a) orientador(a).

Estando ciente do exposto acima, assino esse documento, o qual deverá ser incluído na primeira página da Monografia, tornando pública a presente declaração a quem se interessar.

Curitiba, 23 de Fevereiro de 2010.

Janine Rosset

Assinatura do Aluno



TERMO DE APROVAÇÃO

Eu, **Prof. Dr. JOSÉ HENRIQUE VOLPI**, no uso de minhas atribuições legais no **Curso de Especialização em Psicologia Corporal**, ministrado pelo Centro Reichiano, na cidade de Curitiba/PR, Brasil, considero **APROVADO**, com **CONCEITO A**, o trabalho monográfico de conclusão de curso da aluna **JANINE ROSSET**.

Curitiba, 5 de Agosto de 2011



Prof. Dr. José Henrique Volpi
Orientador

CENTRO REICHIANO

Av. Prof. Omar Sabbag, 628 Jardim Botânico Curitiba/PR - Brasil - CEP: 80210-000
Fone/Fax (41) 3263-4895 / Site: www.centroreichiano.com.br / E-mail: centroreichiano@centroreichiano.com.br

DEDICATÓRIA

Ao meu avô Gentil,
por me mostrar que nunca é tarde
nem cedo de mais
quando se tem um sonho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, pela paciência e compreensão durante todo desenvolvimento deste trabalho.

Ao meu irmão, pelo seu jeito único de mostrar que tudo sempre dá certo.

Aos meus professores queridos, Henrique e Sandra por acreditarem em mim e me ensinarem valores únicos que serão para sempre lembrados.

Aos meus colegas que tiveram coragem de ir até o fim.

A minha dupla Jenifer, sempre presente nos piores e melhores momentos.

[...] Não é a altura,
nem o peso,
nem os músculos
que tornam uma pessoa grande.
É a sua sensibilidade sem tamanho.

Martha Madeiros

RESUMO

INTERAÇÃO FAMILIAR NA ANOREXIA NERVOSA: CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA CORPORAL

A Anorexia Nervosa é o transtorno alimentar mais preocupante na atualidade. Marcada por comportamentos de restrição alimentar, distorção na imagem corporal e alterações na menstruação, a anorexia não pode ser vista como fator isolado do contexto familiar ao qual ela surge. A Psicologia Corporal, que compreende o ser humano como uma unidade de energia e trabalha em conjunto o corpo e a mente, permite uma reflexão acerca do desenvolvimento infantil, traços de caráter e possibilidades de intervenção terapêutica em casos de anorexia. Desta forma, o presente trabalho procurou identificar sob o olhar desta abordagem, características comuns de interação familiar neste transtorno. Para isso utilizou-se a pesquisa bibliográfica de cunho qualitativa, pois permite examinar um tema sob novo enfoque ou abordagem. De acordo com a discussão das informações constatadas fica evidenciada a importância da família com um fator, entre tantos outros, que pode contribuir no desencadeamento ou manutenção deste transtorno e peça chave na recuperação, demonstrando a necessidade em considerar este aspecto na intervenção terapêutica.

Palavras-chave: Anorexia Nervosa. Interação Familiar. Psicologia Corporal.

SUMÁRIO

RESUMO	vii
1 INTRODUÇÃO	8
2 EMBASAMENTO TEÓRICO	10
2.1 DEFINIÇÃO DO TRANSTORNO ALIMENTAR: ANOREXIA NERVOSA....	10
2.1.1 Sintomas que caracterizam o diagnóstico de Anorexia Nervosa	10
2.1.2 Subtipos da Anorexia Nervosa.....	13
2.1.3 A imagem corporal na Anorexia Nervosa	14
2.2 DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL NA VISÃO DA PSICOLOGIA CORPORAL.....	17
2.2.1 Caráter predominante no indivíduo com Anorexia Nervosa.....	21
2.2.2 Interação familiar	25
2.3 POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA NA ANOREXIA ..	27
2.3.1 Análise Reichiana	28
2.3.2 Análise Bioenergética	30
2.3.3 A importância da família no tratamento	32
3 ASPECTOS METODOLÓGICOS	34
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIAS	41
ANEXO	44

1 INTRODUÇÃO

A Anorexia Nervosa é um transtorno alimentar que envolve uma grave restrição no comportamento alimentar, preocupação excessiva com o corpo e distorção da imagem corporal. Nesses casos há uma busca desenfreada pela magreza marcada por graves complicações psicológicas, físicas e nutricionais.

Este transtorno se tornou alvo de inúmeras pesquisas nos últimos anos devido à complexidade dos casos e a dificuldade em obter sucesso no tratamento.

Na anorexia o restabelecimento do peso, a normalização dos comportamentos alimentares e o retorno da menstruação regular acontecem em apenas 50 % dos casos. Outros 30% apresentam uma recuperação parcial onde permanece algum tipo de resíduo ou distúrbio no comportamento alimentar e, também, pela falta de habilidade para manter o peso normal. Em 20% restantes, o transtorno torna-se crônico. Além disso, a distorção da imagem corporal tende a permanecer em grande parte dos pacientes. A psicoterapia é uma forma de auxiliar o paciente a lidar com o transtorno, até mesmo nos casos crônicos. (ABREU; CANGELLI FILHO, 2004; ALVARENGA; PHILIPPI, 2004).

O ato de alimentar tem importância não apenas em relação aos aspectos fisiológicos, mas também no desenvolvimento psicossocial do indivíduo, interferindo nos conteúdos relacional e emocional (PHILLIPI; ALVARENGA, 2004).

Para Phillipi e Alvarenga (2004) os alimentos e o ato de comer estão associados a múltiplas circunstâncias significativas emocionalmente. Quando a mãe amamenta o bebê, os fenômenos que acontecem são algo mais que a simples ingestão e posterior digestão do alimento.

Desde os primeiros momentos de vida do bebê, a mãe e a família têm importância fundamental no estabelecimento de hábitos, costumes e preferências alimentares. Nesse sentido, não é surpresa que as condutas familiares possam muitas vezes vir a ser um risco para o estabelecimento dos transtornos alimentares como a anorexia, por exemplo.

Como forma de trazer uma contribuição diferenciada ao campo dos transtornos alimentares os objetivos desta pesquisa são:

- Conceituar sintomas da anorexia nervosa;

- Descrever componentes que envolvem a imagem corporal do paciente anoréxico;
- Caracterizar o traço caracterial predominante na anorexia nervosa;
- Descrever funções da vegetoterapia caracterioanalítica e da análise bioenergética na intervenção da anorexia;
- Descrever características influentes da família na formação do transtorno anoréxico;
- Identificar a importância da família no apoio e tratamento à adolescente com anorexia nervosa.

Considerando estes fatores, para dar sustentação teórica à pesquisa, buscou-se na Psicologia Corporal argumentos que melhor pudessem explicar a anorexia e o padrão de interação familiar envolvido.

Considerando que a nossa vida é permeada desde o nascimento por uma estreita relação entre alimentação e afetividade, é necessário conhecer e considerar essas correlações para poder realizar um trabalho mais eficiente junto aos pacientes com transtornos alimentares. Quando aspectos familiares vistos sob o olhar da Psicologia Corporal passam a fazer parte desta compreensão, fica ainda mais fácil entender e intervir em casos de anorexia nervosa.

2 EMBASAMENTO TEÓRICO

2.1 DEFINIÇÃO DO TRANSTORNO ALIMENTAR: ANOREXIA NERVOSA

2.1.1 Sintomas que caracterizam o diagnóstico de Anorexia Nervosa

O Manual de Diagnóstico Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM IV, 2002) classifica a Anorexia Nervosa como um Transtorno de Alimentação marcado por graves perturbações no comportamento alimentar.

O termo “anorexia” não é o mais indicado para este transtorno, pois se refere à perda do apetite, o que não ocorre nos estágios iniciais da anorexia. O que se observa é que esses pacientes só perdem o apetite depois que se encontram em estado de caquexia física (emagrecimento extremo) (SILVA, 2005). Para Philippi e Alvarenga (2004) o termo em alemão *Pubertaetsmagersucht* que significa “busca da magreza por adolescentes” seria mais adequado. Como este termo não é utilizado no Brasil, no decorrer desta pesquisa será utilizado o termo anorexia.

A ocorrência da Anorexia Nervosa (AN) é predominantemente feminina, sendo que mais de 90% dos casos ocorre em mulheres. Seu início raramente acontece antes da puberdade ou em mulheres com mais de 40 anos. Dessa forma, a Anorexia Nervosa começa tipicamente do meio para o fim da adolescência (entre 14 e 18 anos de idade) e seu aparecimento está frequentemente associado a uma etapa de desenvolvimento vital estressante (DSM IV, 2002).

Nas classes socioeconômicas médias e altas encontramos os maiores índices de AN, sendo que o grupo de maior risco diz respeito a adolescentes atletas, modelos e bailarinas (TAKEY, EISENSTEIN, 2006).

A Anorexia Nervosa caracteriza-se por perda de peso intensa e intencional decorrente de dietas extremamente rígidas com uma busca desenfreada pela magreza, uma distorção grosseira da imagem corporal e alterações do ciclo menstrual (CORDÁS, 2004).

De acordo com Dalgalarro (2007) o desejo patológico de emagrecer associado ao medo intenso de engordar pode levar, também, a comportamentos como vômitos auto-induzidos, exercícios excessivos e uso de diuréticos, laxantes ou anorexígenos (que são redutores de apetite).

Embora alguns indivíduos com AN comecem excluindo de sua dieta apenas aquilo que percebem como sendo alimentos altamente calóricos, a maioria acaba com uma dieta demasiadamente restrita (DSM IV, 2002).

Segundo o DSM IV (2002) os indivíduos com anorexia possuem uma auto-estima que depende basicamente de sua forma e peso corporais. Eles percebem a perda de peso como uma grande conquista, um sinal de sua extraordinária autodisciplina, ao passo que o ganho de peso é visto como um inaceitável fracasso do autocontrole.

Do ponto de vista psicopatológico, segundo Delgalarrondo (2007), o que é característico da AN é a distorção da imagem corporal. Apesar de extremamente magra a paciente, por não perceber a realidade, continua sentindo-se como gorda, principalmente em relação a algumas partes do seu corpo como coxas, nádegas e abdome.

As hipóteses formuladas em relação à causa da anorexia apontam para uma etiologia multifatorial, onde aspectos biológicos, socioculturais e psicológicos interagem entre si de forma complexa, para produzir ou até mesmo perpetuar o transtorno (CORDÁS et al1998).

Dessa forma Morgan, Vecchiatti e Negrão (2002) diferenciam os fatores predisponentes, precipitantes e mantenedores na AN, conforme descrito a seguir.

Os fatores predisponentes podem aumentar a chance do indivíduo desenvolver a doença, mas não a tornam inevitável. Entre eles, estão os fatores individuais que englobam os traços de caráter e de personalidade que apresentem como característica a baixa auto-estima, traços obsessivos e perfeccionistas, além de outros; a história de transtornos psiquiátricos como depressão e transtorno de ansiedade; a tendência à obesidade; as alterações da neurotransmissão (vias noradrenérgicas e serotoninérgicas); além de eventos adversos como abuso sexual.

Para Morgan, Vecchiatti e Negrão (2002) o aspecto familiar também aparece como um fator predisponente, pois envolve a agregação, a hereditariedade e os padrões de interação familiar como rigidez, intrusividade e evitação de conflitos. Fatores sócio-culturais como ideal cultural de magreza, também são predisponentes para o desenvolvimento da anorexia nervosa. Os fatores precipitantes ainda evoluem as dietas, não como fator isolado, mas em interação com os fatores de risco descritos anteriormente, além de eventos

estressores, pois a paciente com anorexia nervosa utiliza a evitação como recurso para responder a eles (MORGAN; VECCHIATTI; NEGRÃO, 2002).

Morgan, Vecchiatti e Negrão (2002) apontam entre os fatores mantenedores três grupos distintos: os fatores fisiológicos, onde a privação alimentar favorece episódios de compulsão alimentar e estes episódios interferem no metabolismo da glicose e insulina; os fatores psicológicos, pois a privação alimentar desencadeia pensamentos obsessivos sobre comida e uma maior necessidade de controle; além dos fatores culturais, uma vez que a magreza é vista como símbolo de sucesso.

Claudino e Borges (2002) discutem os critérios diagnósticos atuais dos transtornos alimentares, segundo o DSM IV e a CID-10 (Classificação Internacional de Doenças, 10^a edição). Os critérios diagnósticos para AN apontados pelos autores, segundo o DSM IV são:

- Perda de peso e recusa em manter o peso dentro da faixa normal (=85% do esperado);
- Medo mórbido de engordar mesmo estando abaixo do peso;
- Perturbação na forma de vivenciar o baixo peso, influência indevida do peso sobre a auto-avaliação e negação do baixo peso;
- Amenorréia por 3 ciclos consecutivos;

Em relação a CID-10, Claudino e Borges (2002) apontam os itens a seguir como critérios diagnósticos para AN:

- Perda de peso e manutenção abaixo do normal (IMC =17,5 kg/m²);
- Perda de peso auto-induzida pela evitação de alimentos que engordam;
- Medo de engordar e percepção de estar muito gorda(o);
- Distúrbio endócrino envolvendo o eixo hipotálamo-hipofisário-gonadal (amenorréia) e atraso desenvolvimento puberal;

Além das características já citadas sobre os indivíduos com AN, estes também podem vir a apresentar alguns problemas físicos e emocionais que são decorrentes deste transtorno (CORDÁS et al, 1998; DSM IV, 2002).

Entre os principais problemas apontados por Cordás (et al, 1998) estão: lanugo (pêlos finos que recobrem a pele do rosto e de outras partes do corpo), pele seca, intolerância ao frio, queda de cabelo, olhos fundos, braquicardia (coração bate mais lentamente), hipotensão (pressão baixa), edema (inchaço), sintomas de depressão (tristeza, desânimo, tentativas de suicídio),

irritabilidade, obsessões e compulsões (pensamentos repetitivos que levam a comportamentos compulsivos, os quais a pessoa não consegue controlar, mas que é uma forma de lutar contra suas obsessões).

Além disso, os autores relatam que podem ocorrer complicações cardiológicas, hematológicas, gastrintestinais, endócrinas e diabetes insípido conforme a evolução da doença.

Dos indivíduos internados em hospitais universitários, a mortalidade em longo prazo por AN é de mais de 10%. A morte ocorre, com maior frequência, por inanição, suicídio ou desequilíbrio hidreletrolítico (DSM IV, 2002; TAKEY, EISENSTEIN, 2006).

2.1.2 Subtipos da Anorexia Nervosa

Autores como Claudino e Borges (2002), Cordás (2004) entre outros, apontam para dois subtipos de anorexia nervosa.

Assim, os seguintes subtipos podem ser usados para especificar a presença ou ausência de compulsões periódicas ou purgações regulares durante o episódio atual de Anorexia Nervosa, segundo o DSM IV (2002).

Tipo restritivo: Neste subtipo, o indivíduo com AN utiliza dietas, jejuns ou exercícios excessivos como principal meio para a perda de peso. Durante o episódio atual, não há o envolvimento desses indivíduos em episódios regulares de hiperfagia (comer em excesso) ou purgações.

Tipo Compulsão Periódica/Purgativo: Neste subtipo ocorre um envolvimento do indivíduo em episódios regulares de hiperfagia (comer em excesso) ou purgações (ou ambas) durante o episódio atual. A maioria dos indivíduos que comem compulsivamente também faz purgações mediante indução de vômitos ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas (lavagem intestinal). Alguns indivíduos incluídos neste subtipo não comem de forma compulsiva, mas fazem purgações regularmente após o consumo de pequenas quantidades de alimentos.

Aparentemente, a maior parte dos indivíduos com o Tipo Compulsão Periódica/Purgativo dedica-se a esses comportamentos ao menos uma vez por semana, mas não há informações suficientes que justifiquem a especificação de uma frequência mínima (DSM IV, 2002).

A CID-10 não apresenta subtipos de Anorexia Nervosa, assim, nesta

classificação, as pacientes que apresentam episódios bulímicos e têm baixo peso recebem o diagnóstico de “bulimia nervosa”. No entanto, o DSM IV diferencia este aspecto afirmando que, ao contrário dos indivíduos com Anorexia Nervosa tipo compulsão periódica/purgativo, os indivíduos com Bulimia Nervosa conseguem manter um peso corporal com nível normal mínimo ou acima deste, além de não apresentar amenorréia. (CLAUDINO; BORGES, 2002).

Diferenças de personalidade também podem ser apontadas em relação aos subtipos de AN. As pacientes que apresentam o tipo purgativo são mais impulsivas, e as pacientes que usam apenas práticas restritivas são mais perfeccionistas e obsessivas (ABREU; CANGELLI FILHO, 2004).

2.1.3 A imagem corporal na Anorexia Nervosa

A nossa mente forma uma figura do nosso corpo, que recebe o nome de imagem corporal. Assim, imagem corporal é o modo como sentimos o peso, o tamanho ou a forma do nosso corpo (CORDÁS et al 1998; SAIKALI et al, 2004).

Para Tavares (2003) a imagem corporal é o conjunto de todas as formas pelo qual o indivíduo experencia e conceitua seu próprio corpo, e está ligada a uma organização cerebral integrada que sofre influência de fatores sensoriais, processos de desenvolvimento e aspectos psicodinâmicos.

A imagem, na verdade, é uma construção mental que serve para orientar os movimentos da pessoa a fim de conseguir uma ação mais efetiva, ou seja, é o reflexo da realidade. Trata-se de um espelho do corpo, mas quando este corpo é inativo, ela acaba sendo seu substituto. Deste modo, as dimensões da imagem se expandem à medida que a consciência corporal vai diminuindo (LOWEN, 1979).

Saikali (et al, 2004) cita três componentes envolvidos no conceito de imagem corporal: percepção, subjetividade e comportamento. Portanto, para o mesmo autor, os distúrbios relacionados a esta imagem também podem ocorrer de três maneiras:

- Distúrbio Perceptivo: quando há uma distorção da imagem. Está relacionado com a precisão da percepção da própria aparência física e envolve uma estimativa do tamanho corporal e do peso;

- Distúrbio na cognição e afeto: ocorre quando o indivíduo é insatisfeito com o próprio corpo, ou o avalia negativamente. Relacionado ao nível de preocupação e ansiedade associadas à satisfação com a aparência;
- Comportamental: presença de comportamentos de evitação e checagem corporal. O foco está nas situações que o indivíduo evita por sentir-se desconfortável com a sua aparência corporal (SAIKALI et al, 2004).

Assim sendo, a imagem corporal é um fenômeno humano complexo, que envolve aspectos cognitivos, afetivos, sociais, culturais e motores. Ela integra diversas modalidades sensoriais e processos psíquicos que estão em constante intercâmbio, sendo influenciada pelas interações do indivíduo com o meio. As primeiras experiências infantis são fundamentais no processo de desenvolvimento da imagem corporal, porém nunca paramos de ter experiências e de explorar o nosso corpo (ADAMI *et al* 2005; TAVARES, 2003; TOMMASO, 2006).

Para Lowen (1979) a formação da imagem corporal ocorre através da fusão de sensações oriundas dos diversos contatos físicos entre a criança e os pais. Conforme estas sensações são experienciadas, elas recebem um sinal positivo ou negativo. As sensações experienciadas de forma prazerosa (positiva) dão lugar a uma imagem corporal clara e integrada. As que foram experienciadas de forma dolorosa (negativas) levam a distorções ou falhas na imagem corporal.

No início, o bebê possui apenas um *self* somático, onde a interação eu-mundo acontece pelas sensações corporais. Estes registros indiferenciados e difusos vão dando lugar a uma identidade corporal unificada através da relação do bebê com o ambiente. Assim, aos 18 meses, a criança forma em sua mente a noção de ser alguém separada da mãe. Este complexo fenômeno está intrinsecamente associado com o conceito de si próprio e auto-estima (COSTA, 2008).

Lowen (1979) relata que o senso de identidade é formado através de uma sensação de contato com o corpo. O indivíduo, para saber quem ele é, precisa ter consciência do que sente. Assim como este autor, Tavares (2003) também afirma que são as sensações corporais que garantem a construção de uma identidade corporal. O desenvolvimento da imagem corporal depende do processo de construção da própria identidade corporal do indivíduo, relacionada ao meio e a singularidade do mesmo. O corpo deve existir por si

só, para que sua representação esteja realmente relacionada a ele.

No início da vida do bebê, são as sensações corporais que ocupam o primeiro plano. É pela escuta e interpretação das sensações realizada pela mãe que o bebê vai construindo a imagem de seu corpo e, assim, sua identidade. É essa construção que parece encontrar-se perturbada na anorexia (FERNANDES, 2006).

Assim sendo, as primeiras relações e experiências são fundamentais para a forma como esta criança irá se relacionar com o próprio corpo no futuro. A maneira como o indivíduo foi tocado, olhado e como o ambiente recebeu os estímulos e emoções vindas do mesmo são muito importantes. Quando a auto-imagem é indevidamente formada, a pessoa atua da forma pela qual se avalia, sendo que esta avaliação errônea gera comportamentos distorcidos (TOMMASO, 2006; COSTA, 2008).

A autora Hilde Brunch, nos anos 1960 e 1970, foi a primeira a fazer referência à distorção da imagem corporal vista como um distúrbio da paciente com anorexia nervosa na percepção de seu corpo. Esta psicanalista desenvolveu uma teoria sobre os problemas de imagem corporal relacionados aos transtornos alimentares afirmando que, na anorexia nervosa, este aspecto é o mais importante, sendo que a melhora dos sintomas poderia ser temporária se não houvesse uma mudança na imagem corporal (ABREU; CANGELLI FILHO, 2004; COSTA, 2008).

A distorção da imagem corporal nestas pacientes é muito clara. Apesar de estarem com um peso extremamente abaixo do normal, continuam a acreditar que estão gordas, principalmente no que refere a partes de seu corpo como coxas, nádegas e abdome (DSM IV, 2002).

A autora e psicanalista Fernandes (2006) relata que sua paciente, pouco tempo após iniciar a análise e estando ainda muito magra, afirmava não saber por que todos olhavam para ela quando entrava nos lugares.

Segundo Fernandes (2006) esta distorção da imagem varia de acordo com a gravidade de cada caso e não diz respeito apenas às vivências das dimensões de seu corpo, seu tamanho e forma. A distorção da imagem compreende, ainda, as dificuldades de perceber as sensações internas, como fome, cansaço e sono, além das externas como sensações de frio e calor, também relacionadas à desnutrição.

Fernandes (2006) também destaca que a distorção da imagem corporal

vivida pelas meninas com anorexia não pode ser confundida com a insatisfação que as mulheres da atualidade têm com seu corpo. Quando se pergunta a uma destas meninas qual braço é mais gordo, o seu ou do terapeuta, ela dirá que é o seu, contudo esta resposta virá acompanhada de um grande sofrimento, pois sabem que seu braço é mais magro, porém não são capazes de vivenciar esta experiência.

O fato da preocupação exagerada destas pacientes com a imagem do corpo, verificada através do espelho do olhar do outro, levou a Fernandes a falar em *hipocondria da imagem*. Para ela, as pacientes com AN podem observar, cuidadosa e atentamente, os contornos e a superfície externa de seu corpo, da mesma forma obsessiva com que os pacientes hipocondríacos escutam seus órgãos e o funcionamento do mesmo.

Tal hipocondria da imagem parece assim constituir-se como um meio de expressar o mal-estar e uma tentativa de descrição de processos internos que, na impossibilidade de serem descritos enquanto mal psíquico, insatisfações, frustrações, tristezas e decepções, são expressos através de um relato sobre insatisfações com o próprio corpo (FERNANDES, 2006, p. 150).

Além disso, a adolescência é uma fase de muitas transformações no corpo. As garotas geralmente não têm cintura, um dos seios pode ser maior do que o outro e, por possuírem um padrão de corpo idealizado, as modificações normais da adolescência não transcorrem naturalmente. A mídia atrapalha muito neste ponto, pois vende a imagem do ideal, muitas vezes irreal (MONTGOMERY, 2005).

Dessa forma, a mídia é em grande parte responsável por influenciar o modo como estas meninas percebem a si mesmas. Estímulos da moda, publicidade, televisão, novelas e cinema têm suas mensagens baseadas em padrões de beleza idealizados que, muitas vezes, associa a magreza a um referencial de saúde, sucesso, qualidade de vida e modernidade. Entre tantos estímulos, o sujeito passa a ser dependente do mundo externo para direcionar suas ações e percepções (ADAMI et al, 2005).

2.2 DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL NA VISÃO DA PSICOLOGIA CORPORAL

O homem, segundo a Psicologia Corporal é visto como a expressão de

uma energia. Esta energia é denominada por Reich (1987) de energia orgônio¹ e está presente desde a formação do óvulo e dos espermatozóides, num contínuo movimento de pulsação que se soma a outras energias internas e externas (VOLPI; VOLPI, 2008).

Para estes autores, as etapas do desenvolvimento emocional de uma pessoa estão relacionadas a este processo de pulsação e seguem uma seqüência lógica, uma organização e um calendário maturativo. A teoria reichiana ressalta a idéia de que todos os seres humanos passam pelas mesmas etapas, independente da época ou lugar que se encontram. Estas tiveram sua delimitação com base no corpo, considerando o desenvolvimento físico e as funções vitais do organismo.

Para Volpi e Volpi (2005, 2006) durante estas etapas o bebê passa por uma série de alterações físicas, energéticas e emocionais. Conforme ele vai crescendo, aprende novas experiências e as registram em sua memória celular em forma de marcas e registros.

As etapas representam momentos de passagem que induzem a incorporação de experiências vividas e determinam sua entrada e saída de uma etapa à sucessiva. Cada etapa é caracterizada por fenômenos específicos que desde o início trazem consigo, na bagagem genética da célula, valores biofisiológicos, emocionais-afetivos e intelectivos. E são esses valores que são transmitidos para todas as demais células do corpo durante todo o processo de desenvolvimento e que, aos poucos, irão sendo acrescidas das experiências que a criança vivenciar (VOLPI; VOLPI, 2006, p.1).

A necessidade de conhecer estas etapas é imprescindível para entender que tipo de comprometimentos, bloqueios e fixações podem ter ocorridos em casos de anorexia nervosa.

Volpi & Volpi (2008), fundamentados em grandes autores da Psicologia Corporal e em seu conhecimento e experiência, propuseram uma organização em cinco diferentes etapas de desenvolvimento que são a base para a compreensão do ser humano, através de seus traumas, conflitos internos, atitudes e movimento energético. Isto se dá resumidamente da seguinte maneira:

1ª Etapa – Sustentação

Seu início ocorre ainda na fecundação e se estende até final do desmame (nono mês). Sendo o útero o primeiro ambiente do bebê, onde seu

¹ A energia orgone é a energia cósmica primordial propriamente dita que, após um processo de derivação, deu origem aos três grandes domínios funcionais, a energia mecânica, a massa inanimada e a matéria viva (VOLPI;VOLPI, 2003c).

contato com a mãe é estabelecido pelas paredes e pelo cordão umbilical, a relação da energia do embrião com a energia do útero da mãe é evidente. Desta forma, segundo Reich (1987), o nível de energia do embrião será determinado pelo nível de energia do útero da mãe.

Esta etapa está dividida em três fases distintas. A primeira delas, denominada fase de segmentação ou clivagem ocorre desde o momento da fecundação até o quinto ou sétimo dia após a fecundação, quando o zigoto é implantado na parede uterina. A segunda, embrionária, inicia-se com a implantação do zigoto e segue até o final do segundo mês de gestação. A terceira fase, denominada de fase fetal, ocorre do terceiro mês de gestação até o décimo dia após o nascimento.

2ª Etapa – Incorporação

Esta etapa inicia-se após o nascimento e termina no desmame, perto do nono mês. O bebê passa a introjetar o que vem do meio externo como o seio da mãe, o cheiro dela, o sabor do leite, a disponibilidade da mãe em amamentá-lo, assim como seu olhar atento e suas mãos acolhedoras. O bebê nesta fase já é capaz de regular suas próprias necessidades de fome, que devem ser respeitadas. O movimento do adulto que interrompe esta pulsação pode comprometer a capacidade do bebê em saber se sustentar na vida.

Aos poucos o bebê começa perceber que não faz parte da mãe, o que faz com que comece a explorar o ambiente e as pessoas a sua volta, reconhecendo a si mesmo e ao outro.

3ª Etapa – Produção

Seu início ocorre no desmame e perdura até o final do terceiro ano de vida, ou até mesmo antes para algumas crianças. Nesta etapa a autoconsciência da criança desenvolve-se e sua energia está voltada para a construção de pensamentos, gestos, brincadeiras, jogos e relacionamentos, da mesma forma que produz sua urina e suas fezes. A curiosidade desta fase é marcante, e criança tende a imitar os pais em busca de modelos. O brincar que antes era simples e repetitivo, agora assume uma forma construtiva. A criança também já é capaz de diferenciar a fantasia da realidade.

4ª Etapa – Identificação

Inicia-se no quarto ano de vida e estende-se até o quinto. A criança torna-se capaz de fazer identificações e sua energia está voltada para a descoberta dos genitais, diferenciando os meninos das meninas e passando a

ter uma idéia segura quanto ao sexo ao qual pertence. Acontecem as primeiras masturbações (fricção dos genitais sem intenção ou fantasia), e a criança passa a ter momentos de individualidade. Aos poucos se distancia do campo familiar e volta-se para o social.

5ª Etapa - Estruturação do Caráter

É partir do quinto ano de vida que se inicia esta etapa, estendendo-se por toda a puberdade até o início da adolescência.

A masturbação se evidencia e a criança se identifica com o pai do mesmo sexo. Aos poucos encontra sua própria identidade e, se o seu desenvolvimento não foi marcado por bloqueios e fixações poderá ter o que Reich (1995), denomina de caráter genital, ou seja, auto-regulado, equilibrado e maduro.

Todos os acontecimentos vividos durante a nossa vida são registrados no nosso corpo, principalmente aqueles que ocorreram na primeira infância, onde a forma de nos defendermos ainda é muito precária (VOLPI; VOLPI, 2003b).

Dessa forma, considerando o desenvolvimento emocional da menina com anorexia, sugere-se que as etapas onde um comprometimento maior pode ter acontecido são a primeira (sustentação) e a segunda (incorporação) conforme explicado no capítulo seguinte.

Considerando estas fases, o que se percebe nas adolescentes com anorexia nervosa, segundo Herscovici e Bay (1997) é uma sensação paralisante de ineficácia, que é atribuída ao fracasso dos pais em favorecer a expressão de si mesmo. Segundo as autoras estas meninas nunca foram preparadas para a experiência de separação e individualização, própria da adolescência.

O que faz com que estas pacientes se sintam tão incapazes de enfrentar o mundo é que, embora a manifestação ocorra de diferentes maneiras, o defeito está na interação íntima que ocorre no relacionamento precoce entre a criança e seus pais. Dessa forma, apesar de parecer haver um grande cuidado e atenção, na realidade estes seriam levados a cabo considerando as necessidades dos pais e não os desejos da criança (HERSCOVICI; BAY, 1997).

Os pais são os grandes responsáveis por orientar as crianças para a vida, mas eles têm falhado no seu papel de construtores dessa orientação. Os

desejos dos pais não podem ser impostos às crianças, pois os interesses e a atenção devem estar voltados ao seu desenvolvimento natural (REICH, 1983).

Para Lowen (1977), se o ritmo de desenvolvimento natural das crianças fosse respeitado e não simplesmente ajustado às nossas exigências culturais muitas doenças poderiam ser evitadas.

2.2.1 Caráter predominante no indivíduo com Anorexia Nervosa

Depois que as etapas de desenvolvimento descritas no capítulo anterior se completam ocorre o estabelecimento do caráter, ou seja, a forma como o indivíduo age e reage as situações que lhe são impostas pelo mundo (REICH, 1995).

Dessa forma, o padrão de comportamento da menina com anorexia nervosa, diz respeito ao seu caráter básico, formado com base no seu maior comprometimento, e ainda aos seus traços de caráter, ou seja, as coberturas que funcionam como defesa.

Para uma melhor compreensão sobre o caráter dominante na anorexia nervosa, é necessário uma diferenciação dos termos temperamento, personalidade e caráter.

Segundo Volpi (2004), o temperamento é algo inato de uma pessoa. Ele é determinado geneticamente e expresso juntamente com a personalidade e o caráter. Está representado pela peculiaridade e intensidade individual dos afetos psíquicos, além da estrutura dominante de humor e motivação. É algo que não muda, mas pode ser amenizado. Ele é transmitido de pais para filhos, mas não é aprendido nem pode ser educado.

Já a personalidade diz respeito a um conjunto de características psicológicas que determinam a individualidade de uma pessoa. Sua formação está relacionada a dois fatores básicos: hereditários e ambientais, onde se dá o desenvolvimento da criança (VOLPI; VOLPI, 2008). Para Navarro (1995a), ela é o conjunto de efeitos do temperamento e da caracterialidade.

Conforme a criança se desenvolve, atravessa uma série de situações que despertam nela o uso de mecanismos de defesas, que ela utiliza como forma de enfrentar o contato com algumas emoções e lembranças angustiantes. É formado um conjunto de mecanismos de defesa que, relacionados a nossos padrões afetivos e relacionais denomina-se caráter

(VOLPI, 2004). Para Reich (1995), o caráter é uma mudança crônica do ego que tem como finalidade protegê-lo dos perigos internos e externos.

Em relação ao caráter Navarro (1995a, p.11) se refere a “maneira habitual de agir e reagir de um indivíduo, por intermédio de seu comportamento”. Sendo a personalidade o padrão interno de uma pessoa, o caráter diz respeito ao padrão externo pelo qual a personalidade se manifesta. Trata-se da forma como a pessoa se mostra, age e interage com o mundo (VOLPI, 2004).

Para Volpi (2003a) sua formação é o resultado de choques entre as pulsões e as frustrações do mundo externo que acontecem em cada etapa do desenvolvimento que a criança atravessa desde o seu nascimento.

Os registros que são feitos nessas fases, as marcas que resultam do seu desenvolvimento ficam gravadas no corpo e na mente e irão contribuir para a formação da couraça psíquica e do caráter ou traços de caráter de cada pessoa (VOLPI, 2003a).

A couraça é uma estrutura de defesa, uma armadura contra os perigos internos e externos que ameaçam o equilíbrio de uma pessoa. Mas essa finalidade, a possibilidade de se defender, resulta com freqüência em um endurecimento crônico, por isso fica clara a ligação da couraça psíquica com a couraça muscular, que acaba limitando a possibilidade de expansão e de aprofundamento (NAVARRO, 1995a).

Segundo Reich (1995) a formação do caráter depende também da etapa que a criança está atravessando no momento da frustração, da freqüência e da intensidade da frustração, a natureza dos impulsos contra os quais se dirige a frustração, além da principal pessoa que frustra (se é do sexo feminino ou masculino) e as contradições existentes nas próprias frustrações.

Para Navarro (1995a), o que existe na verdade são traços de caráter e não um caráter puro, visto que o caráter final de um indivíduo é determinado por aquilo que é a fixação da sua libido, dependendo de onde a energia foi bloqueada, explicando, assim, a variedade dos traços caracteriais. Assim, o caráter puro não existe, pois ele é sempre o resultado de uma estratificação: “em qualquer aspecto caracterial se for retirada uma camada, imediatamente se encontra uma outra” (p.62).

Para a Bioenergética os tipos de estrutura de caráter se referem a posições de defesa e não a pessoas. Assim, como Navarro já dizia ninguém é

considerado um tipo puro de caráter, sendo que qualquer elemento da cultura acaba combinando em diferentes graus dentro da personalidade, algumas ou todas as posições defensivas (LOWEN, 1982). Para o mesmo autor (1977), os tipos de caráter podem ser diferenciados psicologicamente pelas suas atitudes frente à realidade.

As frustrações mais marcantes na menina com anorexia nervosa podem ter ocorrido nas etapas de incorporação e sustentação (descritas no capítulo anterior) levando ao que Navarro (1995b) denominou de traço de caráter chamado de duplo núcleo psicótico, que seria a união do traço de caráter núcleo psicótico mais o oral.

Segundo Navarro (1995b), a instalação do núcleo psicótico se dá no período fetal ou nos primeiros dez dias de vida (estágio ocular referente à etapa de sustentação descrita anteriormente) devido a uma carência de contato, de comunicação, de calor, de amamentação, de maternagem: uma rejeição percebida pela criança energeticamente.

Para o mesmo autor os traços caracteriais orais originam-se nos primeiros três ou quatro meses de vida e são caracterizados principalmente pela dificuldade de contato manifestada na forma de dependência ou agressividade oral.

O modo como o oral reage (depressão ou raiva), distingue-o em dois aspectos caracteriais orais, segundo Navarro (1995b):

- Oral insatisfeito: esconde a sua situação depressiva, mas como se mantém consciente dela, procura compensá-la com alimentos, álcool ou qualquer coisa que lhe garanta o mínimo de satisfação oral. Esta satisfação está ligada a ausência do seio ou desmame prematuro.
- Oral reprimido: utiliza o seu comportamento reativo raivoso para se defender do aspecto depressivo, o qual não tem consciência. Sua origem pode estar relacionada a um desmame brusco no qual foi obrigado a morder, comer e usar os dentes antes mesmo de ter descoberto o prazer da função.

Para o recém-nascido a alimentação exprime a necessidade de ser amado e tranqüilizado. Dessa forma, a anorexia mental descrita por Navarro (1995b), seria uma manifestação mórbida psicossomática, que tem como antecedente a recusa do bebê de mamar. Esta recusa, ou seja, a recusa do mundo extra-uterino tem sua origem na deficiência do contato entre o recém-nascido e a sua mãe.

Segundo Navarro (1995b) esses indivíduos possuem uma grande agressividade inconsciente, acompanhada de inveja e passividade. Porém, a anoréxica reprime de forma consciente essas pulsões, pois não quer reconhecer suas fraquezas. Também é evidenciada nesses casos uma recusa a identificação com a mãe, com o feminino.

Para Lowen (1982), o indivíduo com uma estrutura de caráter oral apresenta uma personalidade com vários traços típicos da primeira infância onde ouve uma falta de satisfação, levando a uma fixação nesse nível de desenvolvimento. O autor descreve estes traços como uma fraqueza, que resulta em uma dependência aos outros, uma agressividade precária e uma sensação interna de que precisa ser apoiado, cuidado e carregado pelos outros.

Esta tendência a amparar-se em alguém, segundo Lowen (1982), muitas vezes é ocultada por uma atitude de independência exagerada. A procura pelos outros está ligada a sua freqüente sensação de vazio interno, decorrentes da sua eliminação de sentimentos intensos e desejos que não consegue suportar. Seu corpo geralmente é frágil, imaturo, como se o crescimento houvesse sido forçado. Precisa aceitar a realidade e se responsabilizar por ela, pois não suporta bem a frustração. A necessidade de afeto e aceitação é intensa. Quando essas necessidades não são supridas, sobrevém a depressão.

As dificuldades para o funcionamento autônomo, para estabelecer a identidade e acender a separação aparecem como fatores que podem favorecer o aparecimento da anorexia. Também existem alguns traços de personalidade comuns nas pacientes com este transtorno que são: a grande necessidade de aprovação externa, insegurança social, excessiva dependência, tendência ao conformismo, falta de respostas às necessidades internas, perfeccionismo e pouca espontaneidade (HERSCOVICI; BAY, 1997).

“Estas qualidades dão conta de indivíduos com expectativas pessoais muito altas, e grande necessidade de agradar e acomodar-se aos desejos dos outros, a fim de assegurar uma auto-estima vulnerável” (HERSCOVICI; BAY, 1997, p.25).

Para Nunes (et al 1998) o trabalho clínico com estas pacientes tem evidenciado que elas apresentam terror a experimentar sentimentos intensos, sejam eles positivos ou negativos. Dessa forma, os sintomas alimentares

poderiam servir para ocultar e/ou expressar sentimentos de raiva, desespero, competição agressiva, rejeição, solidão, entre outros.

2.2.2 Interação familiar

Os aspectos familiares encontrados nos transtornos alimentares vêm sendo alvo de interesse e preocupações dos profissionais envolvidos no tratamento destas patologias, praticamente desde o surgimento das primeiras descrições de quadros de anorexia nervosa (NUNES et al, 1998).

Considerando as pesquisas sobre o tema Cordás (et al 1998) faz um levantamento de características comuns encontradas nas famílias onde um membro possui anorexia nervosa.

É claro que não são características obrigatórias destas famílias, mas são freqüentemente encontradas nestes casos. Estas características variam em relação ao grau e podem estar presentes também em famílias onde não há um membro com o transtorno (CORDÁS et al,1998). Entre as características citadas pela autor estão:

- o perfeccionismo, onde há uma valorização ao bom comportamento e uma conduta social extremamente adequada, podendo levar os pais a um hipercontrole dos filhos, resultando muitas vezes na sua infantilização;

- a superproteção que é uma extrema preocupação pelo bem-estar dos membros da família, e que pode atrasar o desenvolvimento da autonomia pessoal e criar uma ligação muito forte com os pais;

- a aglutinação, onde há pouca diferenciação entre seus membros e seus papéis estão misturados, pois as fronteiras dos espaços individuais são muito difusas;

- a repressão das emoções que faz com que a raiva, ciúmes entre outras emoções não possam ser expressas e qualquer conduta considerada agressiva é vivenciada com muita angústia pela família;

- a preocupação com peso e com regimes que mostra um temor exagerado em engordar, onde geralmente um dos pais faz dieta e há uma idealização do magro como algo bom, além do culto ao corpo ser supervalorizado (CORDÁS et al, 1998).

Além disso, é comum encontrar nestas famílias pais superprotetores, demasiadamente ambiciosos, preocupados com o êxito e a aparência externa.

Também se evidencia a presença de alianças encobertas, alternância da culpabilização, falta da resolução de conflito, além de distorções na comunicação (HERSCOVICI; BAY, 1997).

Nunes (et al 1998) partindo de uma revisão sobre o tema, reflete o aspecto familiar segundo diversos autores como Jeammet, Hilde Bruch e Selvini-Palazolli.

Para Jeammet (1980 *apud* NUNES et al, 1998, p. 77), “a anorexia mental do adolescente não pode ser considerada como uma patologia passível de ser isolada do contexto familiar no qual ela surge”, visto que este aspecto exerce uma forte influencia no quadro anoréxico.

O que acontece nestas famílias é uma grande dificuldade de separação e individualização. A aparência harmoniosa comumente encontrada nesses casos esconde um envolvimento excessivo e um vínculo íntimo que interfere no desenvolvimento de uma identidade separada nas jovens anoréxicas. Para a autora, estas meninas cresceram sob circunstâncias que acabaram inibindo as experiências honestas e factuais. A família também apresenta uma grande resistência em expressar emoções e os filhos se esforçam no sentido de proteger os pais de notícias desagradáveis, visando ao bem-estar da família como um todo (HILDE BRUCH, 1998 *apud* NUNES et al, 1998)

Selvini-Palazolli (1996), citado por Nunes (et al, 1998) percebe que os membros destas famílias não conseguem diferenciar-se uns dos outros. Na hora de tomar decisões, estas ocorrem sempre em prol de terceiros, e nunca atribuída a preferências pessoais. Estas famílias são descritas como unidas e coesas, apresentando alianças secretas entre seus membros. A menina com anorexia pode sentir-se dividida entre os pais, muitas vezes, não tendo energia para uma vida própria.

Segundo a Psicologia Corporal, a menina que possui um caráter oral cresceu em meio a um pai que tentou buscar espaço na relação entre a mãe e a criança, mas não alcançou, e uma mãe que não foi capaz de oferecer segurança emocional ao bebê por uma atitude de superproteção ou por uma conduta de abandono. Tanto superprotegendo quanto abandonando, a criança não é conduzida a encontrar sua própria força, o seu próprio embasamento. Isso resulta na impossibilidade de romper a célula que forma com o bebê, permanecendo também dependente (VOLPI, 2007).

As autoras Herscovici e Bay (1997), que tem experiência nesse

transtorno confirmam algumas características já mencionadas: os pais são muito exigentes, têm altas expectativas e prezam o sucesso profissional e escolar de suas filhas. Quando o quadro de anorexia é diagnosticado, muitas vezes, mostram-se confusos e tomados por um sentimento de culpa e fracasso que não permite que ajam junto às manifestações patológicas de suas filhas.

2.3 POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA NA ANOREXIA

O diagnóstico da anorexia nervosa dificilmente ocorre de forma precoce. O papel dos pais em atentar para os primeiros sinais é fundamental para que isso ocorra, pois esta dificuldade atrasa o início do tratamento adequado que permitiria melhores chances de recuperação (CORDÁS et al, 1998).

Para a autora, o principal ponto a ser destacado em relação ao tratamento deste transtorno é a importância de uma equipe multidisciplinar. Esta deve envolver psiquiatra, psicólogo, nutricionista, clínico geral, enfermeiro, educador físico, dentro outros profissionais, seguindo a variedade dos fatores associados à causa da anorexia. Caso haja comorbidade psiquiátrica (geralmente a depressão), uma intervenção psicofarmacológica pode ser necessária.

Geralmente o início do tratamento ocorre de forma ambulatorial, aonde o paciente vai até o hospital para as consultas e volta à sua casa. Em alguns casos é necessária que ocorra a internação, principalmente quando a paciente apresenta condições físicas e psiquiátricas de risco, ou não responde ao tratamento ambulatorial. É neste momento que a pessoa com o transtorno e sua família percebe a gravidade do comprometimento físico e emocional a que estão expostos. Neste estágio geralmente a família opta por um tratamento psicoterapêutico (CORDÁS et al, 1998).

Descrever estas pacientes como resistentes e desafiantes é algo não surpreendente, por mais polêmico que possa parecer. Isto se justifica porque as pacientes sabem de sua necessidade de ajuda, mas têm medo do que a mudança corporal possa trazer. Além disso, as restrições alimentares a que se submetem podem levar a casos de desnutrição que geram, progressivamente, déficits cognitivos que as privam de uma capacidade normal de entendimento de seus problemas (ABREU; CANGELLI FILHO, 2004; ALVARENGA; PHILIPPI, 2004).

Dessa forma, a Psicologia Corporal como forma de tratamento que engloba além da mente o corpo, só vem a acrescentar no processo de recuperação da paciente. Afinal, a Psicologia Corporal estuda o homem em seu aspecto somatopsicodinâmico, onde o corpo e a mente são trabalhados em conjunto e em sua relação funcional. Acredita que a mente interfere no movimento do corpo e o corpo no movimento da mente, por isso são indivisíveis e devem ser trabalhados em seu conjunto (VOLPI; VOLPI, 2003a).

Portanto, esta abordagem tem como proposta trabalhar com os indivíduos em seus aspectos físicos e emocionais, possibilitando uma flexibilização ou até mesmo eliminação das couraças de forma que a energia possa circular livremente e a pessoa ser mais saudável tanto no aspecto físico, do qual também faz parte o energético, como emocional.

As possibilidades existentes dentro da Psicologia Corporal são inúmeras. Diversas escolas surgiram a partir dos ensinamentos de Reich, com suas teorias e técnicas, porém esta pesquisa irá deter apenas a análise reichiana e a análise bioenergética, por serem as mais expressivas.

2.3.1 Análise Reichiana

Após alguns anos trabalhando como psicanalista Reich encontrou dificuldades em obter a cura de pacientes pelos métodos tradicionais da psicanálise, afirmando que este impasse estava ligado às resistências dos pacientes. Ele então percebe que havia uma necessidade de entendê-las e analisá-las. Estas resistências expressavam-se pelo comportamento típico de cada um, os gestos, o andar, o falar, fazendo com que Reich substituísse a análise do sintoma de Freud, pela então denominada análise do caráter, onde o papel do analista tornava-se mais ativo e diretivo sobre todos os processos patológicos do paciente (VOLPI; VOLPI, 2003c)

A partir do trabalho sistemático fazendo uso da técnica da análise do caráter, Reich percebe que existe uma relação estreita entre mente-corpo e descobre que toda couraça psíquica possui uma couraça muscular. Esta descoberta fez com que a técnica de análise do caráter deixasse de ser uma terapia somente verbal e passasse a ser voltada também ao trabalho sobre o corpo, mobilizando dessa forma o sistema neurovegetativo, o que deu origem a uma nova técnica denominada vegetoterapia caracteroanalítica. Ela recebeu o

nome Vegetoterapia porque trabalha sobre o sistema neurovegetativo e, caracterooanalítica, porque conforme ela transcorre é possível fazer a análise do caráter do paciente (VOLPI; VOLPI, 2003c).

O corpo contém a história do indivíduo e é por meio dele que a vegetoterapia busca regatar as emoções e lembranças mais profundas. Apresenta como princípio básico restabelecer a motilidade biopsíquica por meio da anulação da rigidez (encouraçamento) do caráter e da musculatura, através de movimentos específicos, denominados por Navarro de *actings*, que podem ser seguidos pela análise dos conteúdos verbalizados pelo paciente (VOLPI, 2003e).

Os *actings* são movimentos específicos que o terapeuta propõe ao paciente objetivando provocar uma mobilização funcional dos segmentos do corpo que se encontram encouraçados. Contudo a execução automática de um *acting*, sem a aliança terapêutica não ira provocar o aparecimento das emoções reprimidas (VOLPI; VOLPI, 2003c).

Segundo Volpi e Volpi (2003c) a vegetoterapia não é uma mera aplicação mecânica dos *actings*, pois baseia seu projeto de trabalho nos princípios orgonômicos. Além da leitura energética é preciso aprender a perceber a verbalização do paciente, associada às suas referências corporais. Como cada *acting* possui um significado psicológico, o discurso do paciente ajuda na verificação do nível corporal comprometido que diz respeito a sua problemática

A metodologia de Navarro (1996) propõe que o início de uma sessão de vegetoterapia seja sempre pela coleta de dados da história do paciente (anamnese), os quais nos permitem ter um panorama do funcionamento energético e caracterológico do mesmo (VOLPI; 2003e). A partir disso é feita a massagem reichiana que, além ser um meio eficaz de fazer um diagnóstico energético do caráter e das couraças, também auxilia na movimentação da energia pelo corpo (VERONESE; VOLPI, 2008).

Quando estabelecido o diagnóstico, monta-se um projeto terapêutico de acordo com a estrutura caracterial/energética do paciente. Existe um projeto para cada paciente, afinal cada um tem uma história diferenciada e única, onde todos os níveis deverão ser trabalhados. O que irá determinar um trabalho mais acentuado em determinado nível é exatamente o aspecto caracterial mais marcante nesta pessoa (VOLPI; 2003e).

Segundo Volpi (2003e) o trabalho de desbloqueio das couraças inicia-se pelo primeiro segmento (ocular), passando para o segundo (oral), terceiro (cervical), quarto (torácico), quinto (diafragmático), sexto (abdominal) seguindo em direção ao sétimo e último segmento (pélvico) como forma de flexibilizar a couraça, que permite o fluxo energético livre pelo corpo e, conseqüentemente, uma mudança física caracterológica, uma proposta estabelecida por Reich após a descoberta da energia orgone.

Porém, neste processo, sempre é levado em conta que uma couraça funciona como um mecanismo de defesa e que muitas vezes é importante a sua presença até que se adquira um novo padrão de comportamento (VERONESE; VOLPI, 2008).

A cura pela Vegetoterapia descrita por Reich é alcançada quando se consegue eliminar a base caracterológica e biofísica dos sintomas individuais, ou seja, a neurose do caráter. Assim, busca-se restabelecer a total capacidade de pulsação do organismo como um todo (VOLPI; 2003e).

2.3.2 Análise Bioenergética

A Análise bioenergética é uma abordagem neo-reichiana que surgiu da identificação de Alexander Lowen com as idéias de Reich sobre a influência que o corpo exerce sobre as emoções e vice-versa, e a contenção da respiração como uma forma de controle sobre a sensação e a expressão das emoções (VOLPI; VOLPI, 2003f).

Para Volpi e Volpi (2003f), a bioenergética compreende a personalidade em termos de corpo e acredita que os processos energéticos determinam o que acontecem em ambos, personalidade (mente) e corpo (soma). Esta energia é a energia biológica, dinâmica, sentida pelo corpo como um movimento interno que, em estado de equilíbrio, é tido como agradável, expressando-se em bem-estar.

A bioenergética tem como objetivo ajudar o indivíduo a retomar sua natureza primária que se constituiu na sua condição de ser livre, seu estado de ser gracioso e sua qualidade de ser belo (LOWEN, 1982).

Um dos principais pressupostos da análise bioenergética é que a meta principal da vida é o prazer, e nunca a dor. O prazer é a percepção de um movimento expansivo, e a experiência de dor é a contração. Assim, durante o

desenvolvimento a pessoa arma-se de defesas (couraças) deixando de sentir ansiedade ou dor, mas pagando por isso, pois também se torna incapaz de sentir prazer (VOLPI; VOLPI, 2003a).

Segundo Volpi e Volpi (2003a), a bioenergética vê as couraças como a melhor forma de se defender que a criança encontrou quando se sentiu ameaçada. Elas têm valor de sobrevivência e conferem uma identidade, porém, quando se tornam desnecessárias, devem ser dissolvidas.

A psicoterapia segundo a bioenergética trabalha com autopossessão, ou seja, mostra ao paciente que ele pode ser aquilo que é, sem medo, sem inibição, sem restrições, não sendo a imagem que fizeram ou traçaram para ele. (ALENCAR, 2003e).

Sua prioridade está voltada para a percepção de si mesmo, o contato com emoções profundas e a expressão individual. O objetivo terapêutico é a integração entre ego e corpo. A bioenergética pretende devolver ao ser humano à vitalidade e, dessa forma, busca no corpo a vibração para uma vida mais saudável (VOLPI; VOLPI, 2003d).

Para atingir seus objetivos, segundo Volpi e Volpi (2003d), a bioenergética utiliza o trabalho verbal e o corporal, sendo que o trabalho bioenergético do corpo inclui tanto procedimento manipulatórios como exercícios especiais. Para isso, é feito o uso do *stool*, do *grounding*, de toques em pontos de tensão, de exercícios de respiração para relaxar a musculatura, como forma de alcançar vibrações de energia do corpo e muitos outros.

A postura básica da bioenergética é o *grounding*, que significa estar enraizado, reencontrar o chão que permite a sustentação de si mesmo. É este contato energético com a realidade que conecta o mundo interno do paciente com o externo.

A prática do *grounding* permite provocar, pelo estresse da musculatura, movimentos involuntários no corpo, chegando à dissolução de padrões de couraça estabelecidos na história do desenvolvimento da pessoa e, ao mesmo tempo, construindo uma identidade conectada ao verdadeiro self (VOLPI; VOLPI, 2003d, p.19).

As funções básicas da vida referem-se à produção de energia através da respiração e do metabolismo, e a descarga de energia no movimento. Os processos energéticos do corpo significam seu estado de vitalidade. Quanto mais vigorosa a pessoa está, mais energia ela tem (MÂNICA, 2007).

Para dar mais ênfase sobre a respiração que envolve esta produção de energia, Lowen passou a utilizar o *stool*, ou banquinho de respiração.

Trabalhando com a respiração sobre o *stool*, ao desbloquear o diafragma, alcança-se também a possibilidade de resgatar a unidade entre parte superior e inferior do corpo, dissolvendo a dicotomia razão/emoção, coração/sexualidade (VOLPI; VOLPI, 2003d).

“A bioenergética é uma técnica terapêutica que ajuda o indivíduo a reencontrar-se com seu corpo, e a tirar o mais alto grau de proveito possível da vida que há nele” (LOWEN, 1982, p. 38). É um caminho aberto a ser construído entre cliente e terapeuta, a partir de experiências de vida, onde as angústias, dúvidas, sonhos e ilusões, encontram-se encouraçadas no corpo (MÂNICA, 2007).

A parte analítica da terapia, segundo Mânica (2007), ajuda a pessoa a perceber seus bloqueios e tensões corporais, desbloqueando inibições e sentimentos na maioria das vezes inconscientes, advindos de comprometimentos ocorridos no decorrer do desenvolvimento infantil.

Portanto, na psicoterapia corporal, seja ela a análise reichiana ou bioenergética, a pessoa entra em contato com o seu corpo e com sua realidade para que perceba aos poucos as suas restrições e limitações decorrentes de suas couraças. Ela passa a ter consciência dos seus desejos e impulsos que estavam bloqueados, permitindo-se vivenciá-los e liberá-los, se abrindo para o mundo e para o livre fluxo energético (VOLPI, 2003e).

2.3.3 A importância da família no tratamento da Anorexia Nervosa

A família como um todo sofre as consequências quando um de seus membros está com anorexia nervosa. Quando os pais assistem impotente à autodestruição de sua filha, o transtorno se torna o eixo de preocupação da família. Alguns se inquietam, outros se aborrecem, outros se desesperam, mas o certo é que nenhum membro deste contexto deixa de ser afetado. Porém, a conduta atual dos membros da família pode contribuir para aliviar os sintomas e promover saídas mais saudáveis para o paciente (HERSCOVICI; BAY, 1997).

Dessa forma, a ajuda da família no tratamento da AN é fundamental, pois a recuperação do paciente depende muito da colaboração dos pais no tratamento.

O primeiro passo, de acordo com Cordás (et al, 1998) é entender e aceitar que o filho/ filha tem um transtorno e que a mesma pode ser tratada. Se

a família mostra ao paciente que não o culpam pelo transtorno, lhe é permitido ser reconhecido como alguém que, por vários motivos, adoeceu. Além disso, oferecer compreensão, carinho e principalmente disposição para o diálogo permite mostrar a necessidade do tratamento.

Segundo Cordás (et al, 1998), é necessário lembrar que na origem deste transtorno alimentar, a família tem grande influência na manifestação da anorexia nervosa. Deste modo, é importante que todos os integrantes da família percebam que o problema não é apenas do paciente, mas de todos, como visto no capítulo de desenvolvimento emocional e da interação familiar.

Procurar o que está dificultando as relações familiares, perceber o perfeccionismo exagerado e identificar as dificuldades em lidar com as emoções, os sentimentos e os limites deve ser entendido como um caminho na busca de uma nova estrutura familiar. Portanto, tentar identificar os problemas familiares permite que esses possam ser modificados e transformados, construindo a base da importante ajuda que a família pode oferecer a este tipo de paciente (CORDÁS et al, 1998).

Para Alvarenga e Philippi (2004) embora essa participação seja importante, freqüentemente os pais se sentem assustados e reticentes em colaborar, sendo necessário estimulá-los para o tratamento. Isto pode ser apoiado por dois fatores: na ajuda que eles podem fornecer para a recuperação da filha e na possibilidade de aprendizagem de conceitos que os auxilie a se organizar no enfrentamento do problema.

3 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Esta pesquisa, de cunho exploratório, realizou-se com base em material bibliográfico, a fim de produzir conhecimento e responder aos objetivos propostos.

A pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituída principalmente de livros e artigos científicos, utilizando fundamentalmente as contribuições de diversos autores sobre determinado assunto (GIL, 2002). Este tipo de pesquisa, segundo o autor, tem como vantagem permitir ao pesquisador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente.

Partindo de um padrão organizado e de confiabilidade científica, utilizou-se um conjunto de passos que permitiram a organização da pesquisa na seguinte ordem:

1. Determinação dos objetivos: a partir da definição do tema a ser investigado foram formulados os objetivos da pesquisa a fim de processar as fases posteriores de maneira satisfatória;
2. Elaboração de um plano de trabalho: utilizado para orientar os procedimentos seguintes. Neste plano foi feita uma descrição da relevância da presente pesquisa e a escolha da metodologia adequada para o desenvolvimento da mesma. Quando necessário foram feitas revisões e reformulações;
3. Identificação e localização das fontes: como forma de obter material que atendesse aos objetivos da pesquisa. Para a coleta de dados que embasam esta pesquisa teórica utilizou-se como material de apoio livros da Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde da Univali, livros da Biblioteca do Centro Reichiano, consulta em base de dados, artigos on-line, além do material adquirido pela pesquisadora. Utilizando a Psicologia Corporal como sustentação teórica, obras de autores como Reich (1983, 1995), Navarro (1995, 1996), Lowen (1977, 1979, 1982) e Volpi & Volpi (2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008) foram constantemente consultadas;
4. Leitura do material: feita de forma seletiva, analítica e interpretativa onde os assuntos abordados puderam ser refletidos e comparados;
5. Redação do texto: esta foi dividida em introdução, contexto e considerações finais procurando ser o mais claro e preciso possível.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho trouxe como base na discussão dos aspectos relacionados à anorexia e a importância da família a ser inserida no contexto do tratamento, sob o enfoque da Psicologia Corporal. Esta escolha não se deu ao acaso, partiu de minha identificação com a abordagem da Psicologia Corporal principalmente em um ponto: mente e corpo são unos e indissociáveis. Então, como seria possível pesquisar, argumentar e discutir a anorexia nervosa longe desta compreensão de unidade?

Além disso, já havia feito a leitura de diversas obras sobre o assunto e um fato sempre me instigava: as características da interação familiar encontradas neste transtorno.

Pelo vasto campo de conhecimento e produção bibliográfica da Psicologia Corporal acerca da influência do meio externo, emocional e energético no desenvolvimento de biopatias, procurei fazer uma relação entre estes aspectos e as características da interação familiar na anorexia.

Partindo de uma discussão sobre como é definida a anorexia, que componentes estão envolvidos na imagem corporal de quem possui este transtorno, qual o papel da família no apoio e tratamento da anorexia, qual o papel da psicologia corporal na intervenção terapêutica e as características marcantes nas famílias onde um membro possui a anorexia, procurei refletir e discutir as informações coletadas como forma de gerar conhecimentos novos e úteis para o avanço da ciência.

No desenvolvimento do trabalho pude constatar no que se refere à definição desse transtorno, que a anorexia ocorre principalmente em adolescentes mulheres. Os sintomas característicos encontrados e os mais relevantes são: busca pela magreza através de dietas rígidas que levam a uma perda de peso excessivamente alta; distorção na imagem corporal; alterações no ciclo menstrual e um medo intenso em engordar.

A auto-estima da pessoa com anorexia parece depender da forma e do peso do seu corpo, sendo a baixa auto-estima um dos traços de personalidade mais marcantes neste transtorno, associado ao perfeccionismo e traços obsessivos. Na bibliografia pesquisada estas características aparecem como fatores que podem aumentar a chance de uma pessoa desenvolver anorexia.

Outro ponto importante a ser destacado refere-se aos subtipos de AN. A bibliografia apresenta divergências em relação a estes aspectos, pois a CID-10, as pacientes com anorexia que tem episódios bulímicos e baixo peso são diagnosticadas como bulimia nervosa. Para o DSM IV, a paciente só será diagnosticada com bulimia se apresentar o peso corporal dentro ou acima do nível normal mínimo e não tiver alterações na menstruação (amenorréia), utilizando os tipos restritivo ou compulsão periódica/purgativo para especificar a presença ou ausência de episódios de compulsão ou purgação.

A imagem corporal na anorexia nervosa, um dos assuntos mais pesquisados sobre o tema, também foi abordado na pesquisa. Dentre as definições encontradas para a imagem corporal, diversos autores concordam que é a maneira como as pessoas sentem o peso, o tamanho ou a forma de seu corpo.

Os distúrbios que envolvem a imagem corporal podem ser divididos em três tipos: perceptivo, cognitivo e afetivo, e comportamental. Na pessoa com anorexia nervosa percebe-se o envolvimento desses três distúrbios, pois neste transtorno a percepção da aparência física e a forma como a pessoa estima o tamanho de seu corpo estão comprometidos. Ela se percebe muito maior do que é na realidade. Além disso, a avaliação que faz de seu próprio corpo é negativa e está sempre instigada com sua aparência física, gerando uma grande preocupação e ansiedade. Também estão envolvidos comportamentos de evitação a situações e lugares onde possa se sentir desconfortável em relação a sua aparência física, além de comportamentos de checagem corporal, passando grande parte do seu tempo em frente a espelhos e balanças.

Esta distorção na imagem corporal da menina com anorexia não se construiu de uma hora para outra. Diversos autores pesquisados argumentam que é através das primeiras experiências da infância que a imagem corporal se desenvolve. A qualidade do contato físico entre a criança e seus pais é fundamental para que não ocorram falhas na formação da imagem corporal.

Dessa forma, conforme a criança experencia sensações corporais, ela entra em contato com seu corpo e começa a desenvolver o senso de identidade. Sendo o desenvolvimento da imagem corporal dependente do processo de construção da própria identidade pode ser feita a seguinte consideração: a qualidade da relação da pessoa com anorexia enquanto bebê

com o ambiente pode ter sido comprometida, na medida em que não apresenta uma identidade corporal devido à qualidade desta relação. Uma mãe negligente ou superprotetora não é capaz de oferecer condições para o desenvolvimento de uma imagem corporal saudável e separada da sua.

Aqui se pode fazer uma observação em relação ao período onde aparecem mais casos de anorexia, a adolescência. Esta fase traz consigo diversas modificações no corpo e, como neste transtorno a identidade corporal ainda não está constituída, os indivíduos passam a buscar através do espelho do olhar do outro, direcionar suas ações e percepções em busca de um corpo idealizado. A mídia parece como principal fator de estimulação que leva estas adolescentes a aspirar um corpo magro e dentro dos padrões de beleza estabelecidos.

Além disso, são obrigadas a lidar com a perda do corpo psíquico infantil, ou seja, crescer emocionalmente, tornar-se independente e enfrentar o mundo, o que lhes é extremamente ameaçador devido à forma como foram preparadas para estas experiências de individualização.

Porém, muito antes da adolescência já existiam fatores que contribuíram para que este indivíduo desenvolvesse anorexia. A Psicologia Corporal, quando trata das etapas desenvolvimento emocional as quais a criança passa desde o momento da fecundação, ou até mesmo antes disso, nos permite entender em qual dessas etapas a pessoa com anorexia nervosa pode ter sofrido uma maior frustração ou comprometimento, levando a desenvolver traços caracterias semelhantes às demais pessoas com este transtorno.

O que hipotetizamos enquanto etiologia da anorexia nervosa do ponto de vista da Psicologia Corporal é que a etapa de sustentação pode ter sido comprometida devido à falta de contato, calor, aceitação e/ou disponibilização da mãe ao bebê, acarretando na dificuldade de contato encontrada nestas pessoas. Este contato diz respeito a sua dificuldade com os outros e também consigo mesma. A falta de contato, calor e disponibilidade pode gerar um sentimento de rejeição, sendo esta rejeição projetada em seu próprio corpo, criando a limitação da interação entre mente e corpo o que possibilita a distorção da imagem corporal.

Da mesma forma podemos dizer que a etapa de incorporação não foi experienciada saudavelmente pela criança que mais tarde apresenta anorexia nervosa, pois nesta fase é que a criança deveria começar a perceber que não

faz parte da mãe, reconhecendo a si mesma e aos outros. É a etapa em que a criança aprende a diferenciar-se da mãe e se afastar dela para construir a sua própria identidade.

Sendo que o maior comprometimento da pessoa com anorexia se deu na etapa de incorporação, podemos dizer que ela possui traços de caráter oral. A dependência aos outros e a sensação de que precisa ser cuidada e apoiada evidencia este traço.

A pessoa com anorexia apresenta uma grande necessidade de aceitação e aprovação externa que podem levá-la a ter comportamentos perfeccionistas, como forma de agradar e manter a atenção recebida, considerando a vulnerabilidade de sua auto-estima. O senso de autonomia nestes casos é deficitário e o único poder assumido é sobre sua alimentação. A pessoa encontra na anorexia uma forma de controlar algo na sua vida, nem que seja o quanto vai comer ou pesar.

As características semelhantes encontradas nestas famílias só confirmam esta maneira de funcionar encontrada na anoréxica. Os pais perfeccionistas e superprotetores tendem a controlar demasiadamente seus filhos, o que pode resultar em uma infantilização. Para a menina com anorexia, privada precocemente da experiência de individualização, uma atitude assim dificulta ainda mais o seu processo de separação da infância, atrasando o desenvolvimento de sua autonomia pessoal.

Da mesma forma estas famílias apresentam uma dificuldade na diferenciação de seus membros denominada de aglutinação. O perigo desta característica está no empobrecimento das percepções que um membro da família tem de si mesmo e do outro. Nesta dificuldade de diferenciação entre os membros, a menina com anorexia pose sentir-se, muitas vezes, dividida entre os pais e sem energia para uma vida própria. Isto está diretamente relacionado ao processo de desenvolvimento e ao caráter oral, onde a criança não foi conduzida a encontrar sua própria força.

Frente aos fatores já discutidos, percebe-se a necessidade de uma intervenção terapêutica não só nas pessoas com anorexia nervosa mas também nas famílias. A colaboração dos familiares é fundamental na recuperação e tratamento deste transtorno, não apenas no cuidado com a medição ou alimentação, mas principalmente quando mostra disposição para o

diálogo e permite a expressão de sentimentos que antes não eram manifestados.

Os pais são os primeiros que tem maior possibilidade de identificar os sintomas da anorexia nervosa e buscar ajuda para seus filhos, garantindo que a intervenção ocorra num estágio ainda precoce da anorexia, o que contribui para a eficácia do tratamento. O fato de aceitar que o filho possui anorexia, e que a mesma pode ser tratada, é tão importante quanto à percepção de todos os membros de que o problema não é só do paciente e sim da família como um todo.

Na intervenção direta com o paciente a Psicologia Corporal traz em sua proposta a vantagem de trabalhar com a mente e o corpo em conjunto, facilitando o contato da pessoa com a realidade, de forma que perceba suas restrições e limitações oriundas de suas crenças.

Na menina com anorexia, onde a cisão entre o corpo e mente está tão evidente, o trabalho corporal, além de tantos outros benefícios, poderá contribuir no resgate e fortalecimento deste contato.

É fundamental pensarmos em novas alternativas que auxiliem no tratamento da anorexia que possam trazer, de alguma forma, um alívio ao caos físico e psicológico em que estas meninas e sua família se encontram.

O trabalho feito por psicólogos dentro de uma equipe multidisciplinar permite amparar e acolher a menina com anorexia, para que aos poucos encontre uma forma mais saudável de lidar com suas angústias, medos, raiva e tantos outros sentimentos que despertam nela comportamentos associados a este transtorno.

No final desta pesquisa (anexo) encontra-se uma carta obtida na internet. Trata-se de uma carta onde o próprio transtorno parece escrever (como se ele se manifestasse), dirigindo-se a uma pessoa com anorexia. Esta carta parece ser assinada por uma menina chamada Tati, segundo a identificação encontrada em uma das tantas comunidades a favor do transtorno, denominadas como amigas da Ana (anorexia) ou pró-ana.

Este trabalho me permitiu entrar em contato com problemática da anorexia e compreender, sob a ótica da psicologia corporal, o drama vivido tanto pelas meninas acometidas por este transtorno quanto por suas famílias. Cabe portanto ressaltar que os profissionais da psicologia que trabalham ou

tem interesse em trabalhar com este transtorno não deveriam ignorar o aspecto familiar, tão relevante para o desencadeamento ou manutenção da anorexia.

Após estas observações, deixo como sugestão o desenvolvimento de pesquisas que tenham como principal objetivo verificar, na prática, de que forma se dá esta interação familiar nos casos de anorexia nervosa, vista a importância do tema na manutenção do transtorno.

A partir desta pesquisa registro aqui a pretensão em fazer um artigo científico sobre o tema, permitindo que um maior número de pessoas tenha acesso a estas informações.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, C. N. de; CANGELLI FILHO, R. Anorexia nervosa e bulimia nervosa: abordagem cognitivo-construtivista de psicoterapia. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v. 31, n. 4, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>> Acesso em: 20/05/2008.

ADAMI, F.; FERNANDES, T.; FRAINER, D. S.; OLIVEIRA, F. R. de. Aspectos da Construção e desenvolvimento da imagem corporal e implicações na Educação Física. In: **Revista Digital**. Buenos Aires, ano 10, n.83. abr. 2005. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd83/imagem.htm>> Acesso em: 05/11/2007.

ALVARENGA, M.; PHILIPPI, S. T. **Transtornos alimentares**: uma visão nutricional. São Paulo: Manole, 2004.

CID-10. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados a saúde. Organização Mundial de Saúde (Coord).. São Paulo: Ed USP, 1998.

CLAUDINO, A. M.; BORGES, M. B. F. Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 18/07/2008.

CORDÁS, T. A. Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 31, n. 4, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>> Acesso em: 02/08/2008.

CORDÁS, T. A.; COBELO, A.; FLEITLICH, B.; GUIMARÃES, D. S. B., SHOMER, E.. **Anorexia e bulimia**: o que são? como ajudar?. Porto Alegre: ARTMED, 1998.

COSTA, A. C. Proposta de intervenção Corporal no tratamento de distúrbios de imagem corporal nos transtornos alimentares. In: ENCONTRO PARANAENSE, CONGRESSO BRASILEIRO, CONVENÇÃO BRASIL/LATINO-AMÉRICA, XIII, VIII, II, 2008. **Anais**. Curitiba: Centro reichiano, 2008. CD-ROM.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2007.

FERNANDES, M. H. **Transtornos Alimentares**: anorexia e bulimia. São Paulo: Casa do psicólogo, 2006.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

HERSCOVICI, C. R.; BAY, L. **Anorexia nervosa e bulimia**: ameaças à autonomia. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997

LOWEN, A. **O corpo traído**. São Paulo: Summus, 1979.

LOWEN, A. **Bioenergética**. São Paulo: Summus, 1982.

LOWEN, A. **Exercícios de bioenergética**: o caminho para uma saúde vibrante. 5 ed. São Paulo: Agora, 1977.

MANUAL diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: **DSM-IV-TR**. 4. ed. texto rev. Porto Alegre: Artes Medicas, 2002.

MÂNICA, M. I. B. Bioenergética: redescobrimo a vitalidade. In VOLPI, J. H.; VOLPI, S. M.(Org.). **Psicologia Corporal**. Curitiba: Centro Reichiano, v. 8, p. 58-63, 2007.

MONTGOMERY, M. **Mulher**: uma radiografia do universo feminino. São Paulo: Prestígio, 2005.

MORGAN, C. M.; VECCHIATTI, I. R.; NEGRAO, A. B. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 14/07/2008.

NAVARRO, F. **Caracterologia pós-reichiana**. São Paulo: Summus, 1995a.

_____. **A somatopsicodinâmica**: sistemática reichiana da patologia e da clínica médica. São Paulo: Summus, 1995b.

_____. **Metodologia da vegetoterapia caracterológico-analítica**: sistemática, semiótica, semiologia e semântica. São Paulo, Summus, 1996.

NUNES, M. A. A.; APPOLONÁRIO, J. C.; ABUCHAIM, A. L. G.; COUTINHO, W....[et al]. **Transtornos alimentares e obesidade**. Porto Alegre: ArtMed, 1998.

REICH, W. **Bambini del futuro**. Milano: SugarCo, 1983.

_____. **A revolução sexual**. 4 ed. Rio de Janeiro: São Paulo: Círculo do livro, Zahar, 1987.

_____. **A função do orgasmo**: problemas econômico-sexuais da energia biológica. 19. ed. São Paulo: Brasiliense, 1995.

SAIKALI, C. J.; SOUBHIA, C. S.; SCALFARO, B. M.; CORDÁS, T. A. Imagem corporal nos transtornos alimentares. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 31, n. 4, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 30 /04/2008.

SILVA, A. B. B. **Mentes Insaciáveis**: anorexia, bulimia e compulsão alimentar: conheça o universo das pessoas que sofrem desses transtornos. São Paulo: Ediouro, 2005.

TAKEY, M.; EISENTEIN, E. Abordagem de adolescentes com anorexia nervosa: relato de caso. **Rev. Brás. Nutr. Clin.**, São Paulo, v.21, n. 2, 2006.

TAVARES, M. C. G. C. F. **Imagem corporal**: conceito e desenvolvimento. Barueri: Manole, 2003.

TOMMASO, M. A. Beleza ideal. **Psique: ciência e vida**, São Paulo, ano I. n.7, p. 54- 61, 2006.

VERONESE, L.; VOLPI, J. H. Vegetoterapia e massoterapia: despertando a consciência corporal. VOLPI, J. H.; VOLPI, S. M.(Org.). **Psicologia Corporal**. Curitiba: Centro Reichiano, v. 9, p. 25-34, 2008.

VOLPI, J. H.; VOLPI, S. M. **Psicologia Corporal**: um breve histórico. Curitiba: Centro Reichiano, 2003a. Disponível em: <http://www.centroreichiano.com.br/artigos.htm>>. Acesso em 12/05/2006.

_____. **Reich**: da psicanálise a análise do caráter. Curitiba: Centro Reichiano, 2003b.

_____. **Reich**: da vegetoterapia a descoberta da energia orgone. Curitiba: Centro Reichiano, 2003c.

_____. **Reich**: a análise bioenergética. Curitiba: Centro Reichiano, 2003d.

_____. **A importância dos primeiros anos de vida na construção do sistema orgonótico de funcionamento da criança**. Curitiba: Centro Reichiano, 2005. Disponível em: <<http://www.centroreichiano.com.br/artigos.htm>> Acesso em 15/06/2008.

_____. **Etapas do desenvolvimento emocional**. Curitiba: Centro Reichiano, 2006. Disponível em: <<http://www.centroreichiano.com.br/artigos.htm>>. Acesso em 21/07/ 2008.

_____. **Crescer é uma aventura**: desenvolvimento emocional segundo a psicologia corporal. 2 ed. Curitiba: Centro Reichiano, 2008.

VOLPI, J. H. O corpo na prática clínica. In: VOLPI, J. H.; VOLPI, S. M. (Org.). **Psicologia Corporal**. Curitiba: Centro Reichiano, v.3, p.9-16, 2003e (1).

_____. A prática da vegetoterapia. In: VOLPI, J. H.; VOLPI, S. M. (Org.). **Psicologia Corporal**. Curitiba: Centro Reichiano, v. 3, p. 31-39, 2003e (2).

_____. **Particularidades sobre temperamento, a personalidade e o caráter, segundo a psicologia corporal**. Curitiba: Centro Reichiano, 2004. Disponível em: <http://www.centroreichiano.com.br/artigos.htm>>. Acesso em 07/08/ 2008.

VOLPI, S. M. **Caractereologia em análise bioenergética**. Curitiba: Centro Reichiano, 2007. Anotações de aula do curso de Especialização em Psicologia Corporal.

6 ANEXO

Querida Leitora,

Permita me apresentar. Meu nome, ou como sou chamada, pelos também chamados 'doutores' é Anorexia. Anorexia Nervosa e meu nome completo, mas você pode me chamar de Ana. Felizmente nós podemos nos tornar grandes parceiras. No decorrer do tempo, eu vou investir muito tempo em você, e eu espero o mesmo de você.

No passado você ouviu seus professores e seus pais falarem sobre você. Diziam que você era tão madura, inteligente, e que você tem tanto potencial. E eu pergunto aonde tudo isso foi parar? Absolutamente em lugar algum! Você não é perfeita, você não tenta o bastante! Você perde muito tempo pensando e falando com amigos! Logo, esses atos não serão mais permitidos.

Seus amigos não te entendem. Eles não são verdadeiros. No passado, quando inseguramente você perguntou a eles:- Estou gorda?- E eles te disseram:- Não, claro que não!-você sabia que eles estavam mentindo!Apenas eu digo a verdade! E sem falar nos seus pais!Você sabe que eles te amam e se importam com você, mas uma parte é porque eles são pais, e são obrigados a isso. Eu vou te contar um segredo agora: Bem no fundo, eles estão desapontados com você. A filha deles, que tinha tanto potencial, se transformou em uma gorda, lerda, e sem merecimento de nada!

Mas eu vou mudar isso.

Eu espero muito de você. Você não tem permissão para comer muito. Eu vou começar devagar: Diminuindo a gordura, lendo tabelas de nutrição, cortando doces e frituras, etc. Por um tempo os exercícios serão simples: Corridas, talvez exercícios localizados. Nada muito serio. Talvez você perca alguns quilos, tire um pouco de gordura deste seu estômago gordo! Mas não irá demorar muito até eu te dizer que não está bom o suficiente.

Eu vou te fazer diminuir calorias consumidas e vou aumentar a carga de seus

exercícios. Eu vou te forçar até o limite! Eu preciso fazer isso, pois você não pode me derrotar! Eu estarei começando a me colocar dentro de você. Logo, eu já vou estar lá. Eu vou estar lá quando você acordar de manhã, e correr para a balança. Os números começam a ser amigos e inimigos ao mesmo tempo, e você, em pensamento reza para que eles sejam menores do que ontem à noite. Você olha no espelho com enjôo. Você fica enjoada quando vê tanta banha nesse seu estômago, e sorri quando começam a aparecer seus ossos. E eu estou lá quando você pensa nos planos do dia: 400cal e 2h de exercícios. Sou eu quem está fazendo esses planos, pois agora meus pensamentos e seus pensamentos estão juntos como um só.

Eu te sigo durante o dia. Na escola, quando sua mente sente vontade, eu te dou alguma coisa para pensar! Recontar as calorias consumidas do dia. Elas são muitas. Eu vou encher sua cabeça com pensamentos sobre comida, peso e calorias. Pois agora, eu realmente estou dentro de você. Eu sou sua cabeça, seu coração e sua alma. A dor da fome, que você finge não sentir, sou eu dentro de você!

Logo, eu não vou estar te dizendo o que fazer com comida, mas o que fazer o tempo todo! Sorria, se apresente bem. Diminua esse estomago gordo, Droga! Deus, você é uma vaca gorda!!! Quando as horas das refeições chegarem, eu vou te dizer o que fazer. Quando eu fizer um prato de alface, será como uma refeição de rei! Empurre a comida envolta! Faça uma cara de cheia...Como se você já tivesse comido! Nenhum pedacinho de nada...Se você comer, todo o controle será quebrado...E você quer isso?

Ser de novo aquela vaca gorda que você era? Eu te forço a ver uma revista de modelos. Aquele corpo perfeito, magro, dentes brancos, essas modelos perfeitas te encaram pela página da revista! E eu te faço perceber que você nunca será uma delas. Você sempre será gorda, e nunca vai ser tão bonita quanto elas! Quando você olhar no espelho, eu vou distorcer sua imagem, e te mostrar uma lutadora de sumo, mas na verdade existe apenas uma criança com fome. Mas você não pode saber da verdade, pois se você souber você pode começar a comer de novo e nossa relação pode vir a cair, e me destruir!

Às vezes você vai ser rebelde. Felizmente não com muita frequência. Você vai dar força aqueles últimos pensamentos, e talvez entrar naquela cozinha

escura! A porta vai se abrir devagar, você vai abrindo a porta do armário e colocando sua mão naquele pacote de biscoitos, e você vai simplesmente engoli-los, sem sentir gosto nenhum na verdade, você faz isso pelo simples fato que você está indo contra mim. Você procura por outra caixa de biscoitos, e outra e outra. Seu estômago está cheio de massa e gordura, mas você não vai parar ainda. E o tempo todo eu vou estar gritando para que você pare, sua vaca gorda! Você realmente não tem controle, você vai engordar!

Quando isso acabar, você vai vir desesperada para mim de novo, e me pedindo conselhos porque você não quer ficar gorda! Você quebrou uma regra, e comeu, e agora você me quer de volta. Eu vou te forçar a ir ao banheiro, ajoelhada e olhando para a privada! Seus dedos vão para dentro da sua garganta, e com uma boa quantidade de dor, a comida vai toda sair. Você vai repetir isso várias vezes, até que você cuspa sangue e água, e saiba que toda aquela comida se foi! E quando você se levantar, você vai sentir tontura. Não desmaie! Fique em pé agora mesmo! Sua vaca gorda! Você merece sentir dor!

Talvez a escolha de te fazer ficar cheia de culpa vai ser diferente. Talvez eu escolha te fazer se encher de laxantes, e você vão ficar sentada na privada até altas horas da manhã sentindo seu estômago se revirar. Ou talvez eu faça você se machucar, bater sua cabeça contra a parede, até você ganhar uma dor de cabeça insuportável! Cortar também é bem útil. Eu quero ver sangue, quero ver ele cair sobre seu braço, e naquele segundo, você vai perceber que merece qualquer tipo de dor que eu te dou! Você vai ficar deprimida, obcecada, com dor, se machucando e ninguém vai notar? Quem se importa?!?!?Você merece!

Ah, isso é muito duro? Você não quer que isso aconteça com você? Eu sou injusta? Eu faço coisas que apenas vão te ajudar! Eu vou fazer que seja possível parar de pensar em emoções que te causam stress. Pensamentos de raiva, tristeza, desespero e solidão podem ser anulados, pois eu vou tirar eles de você, e encher sua cabeça com contas metabólicas de calorias. Vou te tirar a vontade de sair com pessoas de sua idade, e tentar agradar todos eles. Pois agora eu sou sua única amiga, eu sou a única que você precisa agradar!

Mas nós não podemos contar a ninguém. Se você decidir o contrário, e contar

como eu te faço viver, todo o inferno vai voltar! Ninguém pode descobrir ninguém pode quebrar esta concha que eu tenho construído com você! Eu criei você, magra, perfeita, minha criança lutadora! Você e minha, e só minha! Sem mim, você e nada! Então, não me contrarie. Quando outras pessoas comentarem, ignore-os! Esqueça deles, esqueça todos quem me fazer ir embora. Eu sou seu melhor apoio, e pretendo continuar assim.

Com sinceridade.

Ana*

* Carta obtida no site "Inforum – comunidade de comunidades virtuais". Disponível em: <http://inforum.insite.com.br/>.