

O papel da família sobre a anorexia nervosa: breve discussão teórica

Anorexia nervosa e família

The family role on anorexia nervosa: brief theoretical discussion

Anorexia nervosa and Family

Fábio Santos¹

Resumo: As relações familiares podem influenciar o desenvolvimento da anorexia nervosa, precipitando-a. Também é reconhecido o papel mantenedor e resiliente da família sobre o transtorno. Este artigo teórico tem o objetivo de discutir a influência do relacionamento familiar sobre o desenvolvimento da anorexia nervosa. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre o respectivo tema, utilizando as bases de dados Scielo Brasil e Periódicos Capes para compor a maior parte do corpus deste trabalho. A influência familiar negativa sofrida pelo membro, que pode favorecer o surgimento e manutenção da anorexia, alude às falhas na comunicação; a rigidez nos padrões interacionais; o pouco recebimento de afeto; a liberdade para expressar afetos, sentimentos e emoções; a cristalização e não resolução de conflitos; e as dificuldades para lidar com determinados sentimentos e emoções.

Palavras-chave: Anorexia nervosa, Família, Saúde mental.

Abstract: Family relationships can influence the development of anorexia nervosa, precipitating it.. This theoretical article aims to discuss the influence of the family relationships on the development of anorexia nervosa. A bibliographic research was done on the respective theme, using the Scielo Brasil and Periódicos Capes databases to compose most of the corpus of this work. The negative family influence suffered by the group member, which can favor onset and perpetuation of anorexia, alludes to communication failures; the rigidity in interactional patterns; the little receiving of affection; the freedom to expression affections, feelings and emotions; the crystallization and non-resolution of conflicts; as well as difficulties to deal with certain feelings and emotions.

Keywords: Anorexia nervosa, Family, Mental health.

¹ Bacharel em Psicologia pela Universidade Tiradentes. E-mail: fbi-psico@hotmail.com.

Introdução

A anorexia nervosa (AN) faz parte dos transtornos que perturbam o comportamento alimentar do ser humano. Os transtornos alimentares (TA) se caracterizam pela alteração da alimentação normal de um sujeito, o que compromete diretamente a sua saúde física, mental e no funcionamento psicossocial (American Psychiatric Association [APA], 2014).

De acordo com a APA (2014), em sua última edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, o DSM-5, o diagnóstico clínico para a anorexia nervosa depende de: redução significativa do peso decorrente da restrição na ingestão de calorias; medo intenso de engordar acompanhado de comportamentos que interfiram no ganho de peso (mesmo estando significativamente baixo); e perturbação na percepção corpórea e em relação ao ganho de peso, além de autoavaliação indevida do peso, do corpo e da gravidade do baixo peso.

Estima-se que entre 0,5% a 1% da população feminina no mundo desenvolva a AN (Narvaz & Oliveira, 2009), embora determinados grupos sejam mais propensos a desenvolvê-la devido às influências socioculturais relacionadas à valorização do biótipo magro (Buckroyd, 2000). A população de mulheres acometida pela anorexia demonstra ser jovem, por incidir geralmente em adolescentes a partir dos 14 anos de idade (Schmidt & Mata, 2008). Apesar disso, o transtorno também pode ser desencadeado durante a maturidade (Leonidas & Santos, 2015). A prevalência do transtorno entre mulheres é maior do que entre homens, cuja proporção é de cerca de 10:1 (APA, 2014).

As causas da anorexia nervosa ainda não foram descobertas. Sabe-se, porém, que o transtorno tem uma origem multifatorial, que integra elementos biológicos, genéticos, socioculturais, ambientais e psicológicos (APA, 2014; Morgan, Vecchiatti, & Negrão, 2002; Santos & Almeida, 2008; Valdanha, Scorsolini-Comin, Peres, & Santos, 2013). Morgan et al. (2002) e Moura, Santos e Ribeiro (2015) ressaltam que os vários fatores envolvidos no desencadeamento da anorexia também podem ser os mesmos a perpetuar o transtorno. Entretanto, a falta de definições conclusivas sobre a sua etiologia tem priorizado o papel das causas orgânicas, metabólicas ou genéticas como patógenos principais (Buckroyd, 2000).

O enfoque ambientalista que incluiu a família como um dos possíveis sistemas relacionados às causas da AN ganhou força a partir dos anos 80 (Araújo, Henriques, Brandão, & Torres, 2012). Os estudos nesse sistema permitiram compreender alguns dos precipitadores do transtorno: término de relacionamentos, adoecimento ou separação dos pais, morte de um familiar ou amigo (Buckroyd, 2000); violência doméstica conjugal (Oliveira & Jorge, 2007); abuso sexual (Narvaz & Oliveira, 2009; Schmidt & Mata, 2008); e ausência de apoio social (Leonidas & Santos, 2015).

Esses são exemplos de eventos cujo desfecho pode gerar uma crise psicológica, social, afetiva e emocional em toda a família, principalmente sobre um membro mais frágil e vulnerável, influenciando atitudes imprudentes e involuntárias como, por exemplo, reduzir a ingestão de alimentos ou mudar negativamente o padrão alimentar (Romano, 1999). Dentro da família, a qualidade da interação grupal pode ser um dos elementos de grande repercussão na origem da anorexia (Morgan et al., 2002).

Ao abordar a anorexia e sua relação com alguma influência familiar passa-se a discutir o processo produto e produtor na saúde mental. O objetivo dessa pesquisa é discutir a influência do relacionamento familiar sobre o desenvolvimento da anorexia nervosa. As contribuições desse trabalho estarão direcionadas às seguintes perguntas: qual a relação da família sobre a anorexia nervosa? Haveria uma qualidade de relacionamento familiar mais propensa a desenvolver esse transtorno?

Método

Para satisfazer o objetivo traçado e buscar responder aos problemas supracitados, realizou-se um levantamento bibliográfico de trabalhos publicados em periódicos nacionais indexados nas bases de dados SciELO Brasil e Periódicos Capes. Esse levantamento foi a primeira etapa de produção deste artigo teórico e teve a finalidade de mapear fontes úteis e permitir organizá-las para que pudessem ser lidas, fichadas e analisadas posteriormente.

Apesar do grande número de trabalhos disponíveis para consulta, levou-se em consideração os seguintes critérios de inclusão em todas as pesquisas nas bases de dados: I) ter título e resumo disponível em português; II) expor no resumo

indicação de estudo sobre a temática desta revisão; III) ter sido publicado de janeiro de 2000 a dezembro de 2015. Os critérios de exclusão foram: I) não satisfazer algum dos critérios de inclusão; II) ter idioma estrangeiro como língua principal; III) não ter sido publicado em periódico brasileiro; IV) ser somente resumo, resumo expandido ou trabalho apresentado em evento científico.

Não obstante, outros trabalhos, relacionados à anorexia, aos transtornos alimentares, à família e à saúde mental foram integrados a esta primeira etapa, considerando que não apenas a relação família-anorexia seria explorada.

Na base de dados SciELO Brasil foram utilizados os descritores anorexia, anorexia e família, família e anorexia, anorexia família, família anorexia e anorexia familiar. A pesquisa de artigos seguiu o método integrado de fontes exclusivamente do Brasil, conforme seleção realizada pelo pesquisador no próprio site. O descritor anorexia identificou 829 trabalhos, entre artigos, relatos de caso, relatos breves, cartas, entre outros. Desse total, 394 tinham o idioma português como língua principal ou segunda língua, seguidos de trabalhos em espanhol (315), inglês (154), africano (1) e francês (1). Ao todo, os trabalhos datavam de 2002 a 2015. Foi realizada a filtragem em todas as buscas de descritores nessa base de dados através da seleção de trabalhos em português, sem preferência quanto ao ano de publicação, do tipo artigo, artigo de revisão e outros.

Os descritores anorexia e família, família anorexia, anorexia familiar e família e anorexia não permitiram a consulta de nenhuma fonte na SciELO Brasil. Todavia, o descritor anorexia família resultou em 34 trabalhos disponíveis, em diferentes idiomas. Com a filtragem para o idioma português pôde-se encontrar 16 trabalhos, todos do tipo artigo.

Na base de dados Periódicos Capes foram aplicados os mesmos termos utilizados anteriormente (campo “buscar assunto”). Com o descritor anorexia foram identificados 38.547 trabalhos de diferentes naturezas disponíveis para consulta. Exceto pelo descritor anorexia familiar, os demais descritores restantes não resultaram em quaisquer trabalhos consultáveis. Por esse motivo, decidiu-se dar preferência aos resultados encontrados com esse segundo descritor. Com ele, obteve-se 246 registros de trabalhos, de diferentes naturezas e idiomas, aptos para consulta.

Pôde-se reter alguns trabalhos, por sua adequação aos critérios de inclusão e/ou conteúdo em potencial para agregar à discussão teórica. Outros foram excluídos por inadequação aos critérios estabelecidos, por não abordar com grande relevância os objetos principais de estudo deste artigo ou por discuti-los sob uma perspectiva que não satisfazia o seu plano de pesquisa. O total de pesquisas pré-selecionadas não foi contabilizado.

Os artigos selecionados passaram pela leitura de reconhecimento e, em seguida, foram analisados através da leitura interpretativa, que permite avaliar e julgar o conteúdo que pode contribuir na localização de informações importantes para uma pesquisa (Rodrigues, Gonçalves, Menezes, & Nascimento, 2011). O material selecionado por meio dessa leitura foi fichado para posterior preparação do corpo do texto. Os trabalhos fichados a partir desse procedimento foram lidos na íntegra.

Para livros e capítulos de livros, consultados fisicamente, levou-se em consideração o critério referente ao idioma da fonte bibliográfica, que deveria estar em português, mesmo sendo uma obra traduzida. Esta última, então, se tornou passível de leitura, fichamento e análise.

A relação da família no contexto da saúde mental

A família é um conceito de instituição social presente na sociedade há séculos, que não se desfaz em função das mudanças culturais, políticas ou nas relações sociais, pois se adapta a essas e outras transformações (Romano, 1999). Estruturalmente, ela não engloba apenas o grupo de sujeitos de diferentes gerações que partilham da consanguinidade, ampliando-se para outras pessoas ou grupos que, por possuírem certa intimidade, exercem influência significativa (Monteiro & Barroso, 2000). É definida, ainda, como o conjunto de relações que possibilita o enfrentamento e a solução de problemas (Borba, Paes, Guimarães, Labronici, & Maftum, 2011), e se constituir como núcleo social em que os membros se cuidam mutuamente (Silva & Monteiro, 2011).

Borba et al. (2011) acrescentam que cuidar, incentivar, estar presente, demonstrar segurança e confiabilidade são papéis percebidos na família. Também é papel natural dela proteger seus membros, facilitar sua adaptação ao mundo ao fornecer capital cultural e assegurar o bem-estar de todo o grupo (Salvador, Mestres, Goni, &

Gallart, 2007). Outra função significativa é a socialização primária, responsável por levar à criação de uma identidade sociocultural aos mais jovens (Pisani, Bisi, Rizzon, & Nicoletto, 1990).

Cada grupo familiar vivenciará maneiras únicas de convivência (Cobelo, Saikali, & Schomer, 2004), contudo, concorda-se que os pais geralmente busquem garantir para os seus filhos a autonomia, valores positivos, capacidade de manejo dos conflitos interpessoais e controle sob si mesmo, sendo sensíveis às suas necessidades (Salvador et al., 2007).

Mesmo diante de situações em que o equilíbrio familiar sofra alterações os papéis internos exigem reajustes que permitam a sustentabilidade do grupo, uma vez que “sua existência, sua organização e capacidade de adaptação dependem da busca incessante de manter seu equilíbrio, que é dinâmico, interativo e que sempre terá um novo resultado” (Romano, 1999, p. 72). No entanto, alguns acontecimentos requerem mais atenção da família do que outros. Nesse sentido, afirmam Borba et al. (2011), o surgimento de algum transtorno mental no seio familiar pode acarretar tamanha desestruturação interna que mesmo famílias harmoniosas podem submergir em sentimentos de impotência e culpa, tornarem-se frágeis ou mesmo negar a existência do transtorno por completo (risco, mudanças, responsabilidades, etc.).

Comparadas a outras famílias que não convivem com essa problemática, uma família marcada pela presença de um transtorno mental amplia algumas das suas funções elementares na reorganização interna dos seus membros, a exemplo do cuidado e a adaptação ao fato (Silva & Monteiro, 2011). Isso pode, contudo, prejudicar a atenção destinada a outros membros da mesma família (Oliveira & Hutz, 2008). Romano (1999) afirma que um membro incapacitado gera uma família incapacitada, mesmo que ela tenha os recursos internos para converter essa condição. Em muitos casos isso ocorre porque ela “percebe-se como vítima de todo esse processo de doença . . . suportando toda essa situação com renúncia, como se fosse uma forma de sacrifício, castigo ou punição” (Monteiro & Barroso, 2000, p. 25).

Historicamente, a relação da família com o portador de transtorno mental é marcada pelo estigma da má influência exercida pelo grupo ao membro em sofrimento psicológico (Borba et al., 2011). Durante longos anos a família foi afastada dos seus familiares acometidos por um mal psi-

quico enquanto esses eram tratados nos antigos manicômios. Pelo pouco conhecimento que dispunha, a Psiquiatria normatizou esse paradigma para todas as famílias que possuíam um familiar em tratamento contra as chamadas “doenças mentais” (Silva & Monteiro, 2011), e provavelmente o que vivenciava a AN. Schmidt e Mata (2008) afirmam que a intromissão dos pais parecia fortalecer ainda mais as resistências da anoréxica, sendo uma fonte de manutenção dos sintomas, dificultando a eficácia do tratamento.

Como um dos primeiros estudiosos a investigar a anorexia nervosa, Gull (1874 como citado em Araújo et al., 2012) sustentava a opinião de que o sucesso do tratamento exigiria o afastamento da família e de amigos, além da adoção de uma postura moral mais autoritária por parte dos responsáveis pela paciente. Essa última recomendação fazia jus a um entendimento ignorante sobre os transtornos mentais terem a indisciplina e a desordem moral como causa (Silva & Monteiro, 2011). Influenciado por perspectiva semelhante, Gull determinava que a alimentação à paciente anoréxica não necessitasse do seu consentimento, “mas que fosse forçada a isso, para que não se compactuasse com essa ‘perversão da vontade’” (Weinberg, 2010, p. 230).

O francês Charles Lasègue (1873 como citado em Araújo et al., 2012) descreveu duas razões que impossibilitavam (e que possivelmente ainda impossibilitam) a família de cuidar de um membro anoréxico. Pela inabilidade em lidar com o TA recorria-se, com frequência, aos métodos – ineficazes – de súplica e ameaça. Esperando estimular o apetite do membro, a família tentaria barganhar a mudança no comportamento alimentar multiplicando a refeição servida. Com uma reação contrária às solicitações e expectativas passava-se a exigir e a coagir o familiar para que se alimentasse.

A inoperância emocional leva muitos familiares a responder negativamente em relação à pessoa com anorexia, principalmente por não a tolerar como se apresenta ou culpá-la por monopolizar a rotina familiar em virtude do seu problema (Cobelo et al., 2004; Schmidt & Mata, 2008). A transformação da aparência física, os comportamentos estranhos e irreconhecíveis de obsessão e isolamento adotados pela anoréxica são sentidos por familiares e amigos, que “muitas vezes ficam frenéticos com o estresse de lidar com suas maneiras estranhas e frustrantes” (Buckroyd,

2000, p. 53). Apesar disso, observa-se certa controvérsia nessa avaliação, quando se nota que pais de anoréxicas frequentemente as rotulem, no passado e no presente, como dóceis, meigas e “boazinhas” (Moura et al., 2015; Oliveira & Hutz, 2008).

Como ocorreu com outras psicopatologias até a Reforma Psiquiátrica (Silva & Monteiro, 2011), o papel da família em relação à pessoa com AN se dividiu da seguinte forma: a princípio, um grupo favorecedor do adoecimento dos seus membros; num segundo momento, vítimas do impacto que o transtorno gerava; por último, numa perspectiva mais atual, a representação de um grupo saudável e também provedor de recursos de resiliência (Araújo et al., 2012).

Esses papéis provavelmente ainda são desempenhados pelas famílias em que se encontra a anorexia nervosa (Oliveira & Hutz, 2008). Ao longo dos mais de 300 anos de estudo sobre o transtorno (Buckroyd, 2000), outras discussões fomentaram o entendimento de possíveis causas para ele, reforçando, inclusive, a ideia de que há no sistema familiar certo protagonismo no seu desenvolvimento.

O papel negativo da família sobre a anorexia nervosa

De acordo com revisão bibliográfica da etiologia dos transtornos alimentares realizada por Morgan et al. (2002), alguns fatores ligados à família aumentam a chance de desenvolvimento da AN, a exemplo do histórico de transtorno do humor ou alimentar na família, traços de personalidade do sujeito e a hereditariedade. Em relação à hereditariedade, avalia-se que ela torna o TA mais comum quando há casos ocorridos na família com parentes de primeiro grau, inclusive para gêmeos monozigóticos (APA, 2014). Entre familiares de primeiro grau, a estimativa é que o transtorno tenha 11 vezes mais chances de surgir (Strober, Freeman, Lampert, Diamond, & Kaye, 2000 como citado em Morgan et al., 2002).

Do ponto de vista quantitativo, quanto maior o grau de consanguinidade, maiores as chances de risco para a anorexia. Proporcionalmente, o maior número de familiares em primeiro grau acometidos por um TA também pode aumentar as chances do seu desenvolvimento, como o estudo de caso conduzido por Oliveira e Hutz (2008) poderia ilustrar: uma das participantes adolescente do duplo estudo de caso, diagnosticada

com anorexia restritiva – caracterizada pela perda de peso em função de dietas, jejum e exercícios físicos em excesso, sem recorrência a métodos purgativos (APA, 2014) –, teve em sua família duas irmãs com histórico de transtornos alimentares, entre eles a AN.

A tendência à obesidade poderia ser incluída como um fator herdado que pode levar ao risco de desenvolvimento de transtornos alimentares, uma vez que sobre esse fator interaja também a pressão social, cultural, familiar e da mídia a respeito da forma física de alguém obeso ou com ganhos de peso evidentes (Dunker, Fernandes, & Carreira Filho, 2009; Nunes, Olinto, Barros, & Carney, 2001; Oliveira et al., 2011).

Por outro lado, há uma influência ambiental do sistema familiar também precipitadora da anorexia identificada na estrutura familiar, nas práticas interacionais de conversação, nos legados (valores) transgeracionais e na cultura alimentar (Cobelo et al., 2004). Considera-se que o entendimento dos comportamentos de um sujeito seja facilitado pelo conhecimento do sistema social de onde ele provém e das relações tidas, por exemplo, na infância (Pisani et al., 1999). O estado psicopatológico de alguém acometido por um TA também pode ser influenciado pela qualidade do seu relacionamento familiar (Leonidas & Santos, 2015; Moura et al., 2015), especialmente quando a família não o reconhece ou o negligencia (Espíndola & Blay, 2009). Com base nisso, seria possível estabelecer uma relação entre o sujeito, o seu meio familiar e as causas da anorexia nervosa (Buckroyd, 2000).

Patterson e Eisenberg (2013) alegam que a vida de uma criança é significativamente influenciada pelos pais. Não por acaso, já se discute o quanto a cultura alimentar de uma família reforça a adoção das preferências alimentares ofertadas pelos pais, que podem levar a comportamentos alimentares desajustados.

A revisão sistemática sobre as evidências científicas da influência familiar sobre a AN realizada por Valdanha et al. (2013) reafirma o papel das mães sobre o comportamento alimentar e sua relação com o TA: pesquisas investigadas apontam que a excessiva preocupação com o peso e comportamento alimentar podem ser decisivos para que haja uma indução de padrões de alimentação restritivos por parte dos filhos; outros estudos indicam que a alteração no comportamento alimentar, aliada à insatisfação corporal materna,

pode perpetuar nas filhas o mesmo sentimento de insatisfação com a autoimagem física; uma das pesquisas destacou o papel das gestantes com sintomas de transtorno alimentar, e algum histórico psicopatológico, sobre o aumento das chances de prejuízo no comportamento alimentar infantil.

O papel materno sobre o desenvolvimento do TA foi o foco da pesquisa de Moura et al. (2015). Os autores investigaram o processo de cuidado de 6 mães de adolescentes diagnosticadas com anorexia, da gravidez à amamentação (2 anos de idade), visando compreender se tais períodos teriam alguma relação com o surgimento do transtorno. Os resultados do estudo apontaram que todos os períodos investigados com as participantes, conforme seus relatos, foram vivenciados com algum sofrimento físico ou mental. Durante a gestação foram experienciados pensamentos de não aceitação da gravidez e sentimentos negativos, como o medo, o desamparo e a solidão, além de ansiedade, problemas clínicos e conjugais. O parto foi classificado como de extrema ansiedade, em virtude de complicações clínicas para o nascimento do bebê. O pós-parto e o puerpério, também caracterizados por problemas clínicos, foram vividos como exaustivos física e mentalmente, gerando medo da morte, nervosismo, ansiedade e depressão. Nessas etapas, o papel de mãe foi sentido como insuficiente, uma avaliação também correspondente à amamentação.

Baseados nos dados coletados, Moura et al. (2015) ponderaram que as perturbações precoces na relação mãe-filha poderiam acentuar um futuro TA, apesar de descartarem que as partícipes tiveram culpa sobre a AN das suas filhas, considerando a sua etiologia multifatorial. A observação dos relatos das participantes destaca o abandono sofrido, além de falta de apoio, supostamente geradora de uma baixa autoeficácia no trato materno, um possível preditor da depressão. Como revisto por Morgan et al. (2002), o histórico de transtornos psiquiátricos na família favorece o desenvolvimento da anorexia, provavelmente por ter alguma implicação na relação mãe-filha.

A teoria sistêmica justifica a importância das relações familiares para o desenvolvimento mútuo, bem como para a afetação global dos seus membros (Salvador et al., 2007). Baseando-se nessa teoria, supõe-se que o surgimento da anorexia revelaria as problemáticas vividas em família, possuindo uma dupla conotação: por um lado, o transtorno seria um perturbador ao equilíbrio in-

terno, potencializando os conflitos já existentes, desgastando vínculos, causando sofrimento a todos e obrigando-os a se reorganizar (Leonidas & Santos, 2015); por outro, o mesmo teria uma função importante para a própria família, sinalizadora de que “o corpo do familiar adoecido centraliza essas limitações, necessidades e dificuldades, em que o sistema tem um valor de expressão e denúncia importante” (Espíndola & Blay, 2009, p. 715).

Além de refletir necessidades incomunicáveis, o corpo anoréxico demonstra ser um recipiente para que se depositem desejos, proibições e condenações relacionadas, de alguma maneira, à família (Cobelo et al., 2004). A obsessão com medidas de peso, tamanho e silhueta parecem camuflar uma ansiedade e angústia reprimidas ligadas a pensamentos, sentimentos e lembranças problemáticas (Buckroyd, 2000). O transtorno favoreceria, para quem o vive, a possibilidade de evitação a situações difíceis de lidar e que o anoréxico é incapaz de enfrentar (Morgan et al., 2002).

Araújo et al. (2012) relatam que alguns estudos que investigam o papel protagônico da família sobre o desenvolvimento da anorexia compararam grupos familiares com a presença desse distúrbio a outros grupos com diferentes patologias ou nenhuma na tentativa de tornar mais precisa a evidência dessa associação. Os estudos mencionados demonstram expressiva disparidade quanto aos seus resultados, tornando controversa a hipótese traçada pelos autores em dar luz ao papel significativo das relações familiares como causa da AN.

A união dos desfechos encontrados nessas pesquisas concluiu que as famílias de anoréxicas, comparadas a grupos controle, apresentam grande proximidade e nível de interação; costumam evitar conflitos; potencializam os conflitos vividos; e não têm limitações parentais explícitas, pois adotam demasiado controle. Esses modelos familiares não conseguiram se alinhar à perspectiva do modelo de família psicossomática, caracterizada por outros aspectos ou com mais elementos do que os encontrados por tais pesquisadores.

Há família anoréxica?

Há discussões sobre a existência de modelos familiares mais propensos a gerar a anorexia nervosa. Eles ressaltam a dinâmica familiar e a restrição à expressão de sentimentos e emoções como fatores que aparentam aumentar o risco de

ocorrência da anorexia na família. Alguns modelos pressupõem estruturas familiares marcadas pelo perfeccionismo e a competitividade, com traços obsessivos e depressivos (Morris & Twaddle, 2007 como citado em Schmidt & Mata, 2008), ou pela alta coesão dos seus integrantes, o envolvimento dos membros entre si e identidades deficitárias (Minuchin, Rosman, & Baker, 1978 como citado em Araújo et al., 2012).

Buckroyd (2000) aponta que uma cultura familiar que reprime a manifestação de sentimentos e emoções influencia o surgimento da anorexia. A autora afirma que a habilidade de comunicação afetiva nem sempre é possuída ou repassada aos membros jovens da família: “muitas desestimulam os filhos . . . a expressar seus sentimentos abertamente, em especial os que são negativos ou difíceis, como raiva, frustração, desafio, irritação ou crítica” (p. 61). Haveria, portanto, uma dinâmica familiar que atuaria como modelo sobre a maneira como os membros do grupo irão tratar suas experiências emocionais. Com bastante precisão, a autora distingue três diferentes tipos de famílias cujos modos de convivência afetam a saúde mental dos filhos, tornando-os mais propensos a desenvolver a AN:

-Família controlada: submetida às leis e vontades de uma figura de autoridade que define como os outros membros devem e podem agir entre si, sobretudo no que diz respeito às manifestações de sentimentos e emoções, sejam elas positivas ou negativas (com risco de punições);

-Família “legal”: caracterizada pela regra de inibição de sentimentos perturbadores para o “clima” familiar e para a imagem social, esse sistema busca a harmonia através da aceitação incondicional de obrigações e das expectativas de figuras de autoridade, e a plena tolerância, com recompensa àqueles que mantêm a estrutura social e punição e negligência a quem contraria isso;

-Família multiatarefada: seu modelo de cuidado às emoções dos filhos é ao estilo “laissez-faire”, isto é, sem apoio e atenção parental, com uma liberdade que inversamente os desampara, além de ser destacado pela indisponibilidade dos pais, em geral, sobrecarregados com outras atividades ou funções.

De maneira mais simples, Araújo et al. (2012) ponderam:

O comportamento anorético é ‘alimentado’ por uma família que, mesmo sem saber, passa a aparecer como vilã da história, sendo descrita pela

forma como pode contribuir para o adoecer da anorética, vítima de cuidados extremos, de rigidez e de não resolução de conflitos. (p. 474).

Oliveira e Hutz (2008) realizaram um duplo estudo de caso envolvendo adolescentes diagnosticadas com anorexia restritiva e purgativa. As autoras buscaram descrever e comparar os padrões de interação presentes nas famílias das duas participantes, considerando como aspecto diferencial o subtipo diagnóstico do TA. No entanto, conseguiram organizar diversos aspectos estruturais das famílias manifestados, por exemplo, na comunicação, na integração grupal, nos papéis, na liderança, nos conflitos, entre outros. Elementos que podem ser vislumbrados como importantes do ponto de vista estrutural e dinâmico no sistema familiar em relação ao desenvolvimento e manutenção da AN.

Com base nesse estudo é possível traçar como modelos influenciadores da anorexia nervosa nesses sistemas os seguintes aspectos estruturais, pertinentes a ambos os casos: emaranhamento e controle materno forte; pouco envolvimento emocional paterno; regras familiares rígidas e crônicas; e sistema familiar negligente às necessidades individuais.

O estudo de Leonidas e Santos (2015) com 12 pacientes diagnosticadas com bulimia nervosa e anorexia purgativa – caracterizada pelo recorrente consumo compulsivo de alimentos posteriormente purgados através da autoindução do vômito, do uso de laxantes, diuréticos ou enemas (APA, 2014) – objetivou investigar com as participantes, 8 delas anoréticas, a respeito da sua rede de suporte social, enfocando nas relações afetivo-familiares. Os resultados da pesquisa permitiram compreender a influência da família no desencadeamento e na manutenção do transtorno, apesar dela ter sido mencionada por muitas participantes como fonte de apoio.

Os autores conseguiram acessar aspectos substanciais da relação entre as participantes e suas respectivas famílias, a exemplo da dinâmica familiar, refletora das diferentes estruturas onde elas cresceram, antes mesmo do diagnóstico: ambientes conturbados, marcados por brigas rotineiras, violência física, problemas conjugais dos pais, negligência, excesso de cobranças, rivalidades, individualismo, autoritarismo, ausência de diálogo e abandono. Aspectos que foram tratados como estressores capazes de precipitar o transtorno alimentar: problemas conjugais, separação de pesso-

as próximas, apelidos recebidos na juventude, depreciação sofrida em virtude do peso e o excesso de cobranças.

Esses modelos salientam que os padrões de interação, a dinâmica da relação e o papel dos sentimentos e emoções na família constituem elementos significativos para a predisposição da anorexia nervosa. Segundo Salvador et al. (2007), os estudos sobre influência familiar enfatizam as formas de interação entre os membros do grupo, tendo a comunicação como uma das variáveis que regulam e afetam essas relações. De acordo com os autores, pessoas criadas em ambientes em que frequentemente há pouca comunicação e expressão de afeto, além de constante controle sobre comportamentos associado a exigências de maturidade, estão mais vulneráveis a ter baixa autoestima, dependência excessiva e a vivenciar tristeza e infelicidade.

Além de existirem diferentes concepções sobre o modo como as relações familiares oportunizam o desenvolvimento da AN, há quem desconsidere a ideia de “famílias-tipo” próprias à gênese do transtorno. Integrando esse grupo, Cobelo et al. (2004) questionam e criticam a validade dessas estruturas familiares peculiares afirmando que cada família é uma instituição ímpar, não havendo, portanto, uma “estrutura familiar específica para as perturbações de comportamento alimentar, mas de um tipo específico de família clínica que precipita, ou se reorganiza em torno de uma perturbação emocional” (Araújo et al., 2012, p. 476).

Em contrapartida à ideia dos modelos típicos de famílias pró-anorexia, há os estudos centrados nos aspectos transgeracionais desencadeadores da AN. Esses estudos focalizam as heranças psíquicas repassadas de geração a geração. No Brasil, é possível citar o estudo de caso realizado por Valdanha, Scorsolini-Comin e Santos (2013), que reuniu a biografia de mãe, filha e neta, esta última diagnosticada com anorexia restritiva. Apesar de não haver uma sentença sobre o que causou o transtorno, a história familiar delas resulta em repetições de situações de sofrimento, especialmente acerca das relações afetivas: avó e mãe foram abandonadas por seus maridos, que as traíram com amantes; avó e mãe aceitaram os maridos de volta quando eles desejaram a reconciliação; as famílias de mãe, filha e neta viveram em ambientes com baixa atenção emocional; filha e neta de-

envolveram ressentimentos relacionados ao pai por sua traição conjugal.

Como a revisão sistemática de Valdanha et al. (2013), esse estudo não conseguiu apresentar uma definição quanto à associação entre transmissão psíquica entre gerações e o desenvolvimento da anorexia. Contudo, o estudo de caso apresentado expôs elementos negativos vinculados ao papel dos pais na cultura familiar, a exemplo do embotamento afetivo e emocional, a negligência parental, a convivência com brigas e a violência, e a evitação de conflitos e sentimentos perturbadores. A perspectiva transgeracional se distancia dos padrões e se alicerça nos conflitos e nas particularidades da família, e no conjunto de precipitadores ambientais multifatoriais que puderam influenciar o TA.

Essas tipificações familiares não são as únicas, tampouco se pode julgar que elas levem ao adoecimento, contudo, “quando uma jovem se encontra em um sistema que, por alguma razão, não permite que suas necessidades emocionais sejam atendidas, não é possível para ela processar os sentimentos comuns que se originam nos eventos do dia-a-dia” (Buckroyd, 2000, p. 66). O DSM-5 caracteriza como padrões comportamentais comuns aos anoréxicos o forte desejo pelo controle ambiente, a espontaneidade social limitada e a expressão emocional excessivamente contida (APA, 2014). Um perfil que pode estar relacionado à personalidade desenvolvida historicamente.

A pessoa que vivencia a anorexia comumente se percebe alheia às mudanças corporais e psicológicas danosas a sua saúde e qualidade de vida (APA, 2014). Os amigos e familiares se tornam os principais personagens que podem recuperá-la para sua antiga vida. Por isso, compreende-se que o apoio não deve limitar as pessoas ao redor da anoréxica a simplesmente lhe dar suporte orientando-a, mas vivenciar esse processo junto a ele.

Considerações Finais

Historicamente, a família é situada como grupo que pode influenciar o desenvolvimento da anorexia nervosa. Aspectos da relação interpessoal como os padrões de interação, a comunicação entre os membros e a facilitação da autonomia afetivo-emocional se constituem como alguns dos fato-

res significativos para o surgimento do transtorno no seio familiar.

Todavia, é também valorizado o papel salutar que a família tem sobre a recuperação dos membros acometidos pela AN. Logo, além de favorecer a precipitação e manutenção do transtorno alimentar, à família também é atribuído o papel de facilitador do processo de resiliência ao ente anoréxico. Portanto, é presumível que um mesmo grupo familiar seja corresponsável pelo desencadeamento e manutenção do transtorno, e também tenha um importante papel na recuperação do familiar.

As contribuições dos estudos que discutem a posição etiológica da família em relação à anorexia nervosa permitem desconstruir a ideia de que o transtorno se configure, somente, como uma falta de apetite, não volição alimentar ou mera consequência das influências dos padrões de beleza. Os resultados das investigações discutidas demonstram que a anorexia integra aspectos psicológicos profundos, enraizados historicamente na

vida afetivo-emocional dos anoréxicos, em sentido intra e interpessoal.

Nesses casos, são os conflitos familiares que alcançam relevo sobre a harmonia do grupo e tornam alguns membros mais vulneráveis psicologicamente. Por esse motivo, a recuperação deve partir do reestabelecimento social e psicológico-afetivo da família consigo mesma, aprendendo a partilhar suas dores, aflições, virtudes e fortalecendo a confiança mútua.

Como revisto por Valdanha et al. (2013), a rede social da anoréxica pode ser determinante para a instalação, evolução e perpetuação do transtorno. Se confirmado clinicamente, seria possível entender os elementos que atuam em cada caso, o que permitiria o uso estratégico de ferramentas que facilitassem o manejo dos fatores de risco para a sua manutenção, pois, como mencionado por Santos e Almeida (2008), tal psicopatologia carece cada vez mais de intervenções singulares, revistas caso-a-caso.

Referências

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5* (M. I. C. Nascimento, Trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Araújo, M., Henriques, M., Brandão, I., & Torres, A. R. (2012). Os heróis, vítimas e vilões: discursos sobre a anorexia nervosa. *Psicologia Social, 24*(2), 472-483.
- Borba, L. O., Paes, M. R., Guimarães, A. N., Labronici, L. M., & Maftum, M. A. (2011). A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. *Rev. Escola Enfermagem USP, 45*(2), 442-449.
- Buckroyd, J. (2000). *Anorexia e bulimia: esclarecendo suas dúvidas* (ZLF Assessoria Editorial, Trad.). São Paulo: Ágora.
- Cobelo, A. W., Saikali, M. O., & Schomer, E. Z. (2004). A abordagem familiar no tratamento da anorexia e bulimia nervosa. *Rev. Psiquiatria Clínica, 31*(4), 184-187.
- Dunker, K. L. L., Fernandes, C. P. B., & Carreira Filho, D. (2009). Influência do nível socioeconômico sobre comportamentos de risco para transtornos alimentares em adolescentes. *Jornal Brasileiro Psiquiatria, 58*(3), 156-161.
- Espíndola, C. R., & Blay, S. L. (2009). Percepção de familiares sobre a anorexia e bulimia: revisão sistemática. *Revista de Saúde Pública, 43*(4), 707-716.
- Leonidas, C. & Santos, M. A. (2015). Relacionamentos afetivo-familiares em mulheres com anorexia e bulimia. *Psicologia: Teorias e Pesquisa, 31*(2), 181-191.
- Monteiro, A. R. M., & Barroso, M. G. T. (2000). A família e o doente mental usuário do Hospital-DIA – Estudo de caso. *Revista Latino-americana de Enfermagem, 8*(6), 20-26.
- Morgan, C. M., Vecchiati, I. R., & Negrão, A. B. (2002). Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 24*(3), 18-23.
- Moura, F. E. G. A., Santos, M. A., & Ribeiro, R. P. P. (2015). A constituição da relação mãe-filha e o desenvolvimento dos transtornos alimentares. *Estudos de Psicologia, 32*(2), 233-247.
- Narvaz, M., & Oliveira, L. L. (2009). A relação entre abuso sexual e transtornos alimentares: uma revisão. *Revista Interamericana de Psicologia, 43*(1), 22-29.

- Nunes, M. A., Olinto, M. T. A., Barros, F. C., & Carney, S. (2001). Influência da percepção do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(1), 21-27.
- Oliveira, E. N., & Jorge, M. S. B. (2007). Violência contra a mulher: sofrimento psíquico e adoecimento mental. *Revista Rene*, 8(2), 93-100.
- Oliveira, L. L., & Hutz, C. S. (2008). Padrões de interação em famílias de adolescentes com anorexia nervosa restritiva e bulímica: semelhanças e diferenças. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 8(3), 712-743.
- Oliveira, T. P., Oliveira, A. G. P., Bicalho, R. B., Antunes, S. E., Lima, J. R. P., & Ferreira, M. E. C. (2011). Influência do estado nutricional no nível de satisfação corporal de escolares do sexo feminino. *HU Revista*, 37(2), 169-173.
- Patterson, L. E., & Eisenberg, S. (2013). *O processo de aconselhamento* (4a ed.). [S.l.]: Martins Fontes.
- Pisani, E. M., Bisi, G. P., Rizzon, L. A., & Nicoletto, U. (1990). *Psicologia geral* (9ª ed., rev. e atual.). Porto Alegre: Vozes.
- Rodrigues, A. J., Gonçalves, H. A., Menezes, M. B. C., & Nascimento, M. F. (2011). *Metodologia científica*. Aracaju: Unit.
- Romano, B. W. (1999). *Princípios para a prática da Psicologia clínica em hospitais*. São Paulo: Casa do psicólogo.
- Salvador, C. C., Mestres, M. M., Goni, J. O., & Gallart, I. S. (2007). *Psicologia da educação*. Porto Alegre: Artmed.
- Santos, C. M. T., & Almeida, G. O. (2008). Anorexia nervosa: uma revisão bibliográfica. *Psicologia em Foco*, 1(1), 1-9.
- Schmidt, E., & Mata, G. F. (2008). Anorexia nervosa: uma revisão. *Revista de Psicologia*, 20(2), 387-400.
- Silva, K. V. L. G., & Monteiro, A. R. M. (2011). A família em saúde mental: subsídios para o cuidado clínico de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(5), 1237-1242.
- Valdanha, E. D., Scorsolini-Comum, F., & Santos, M. A. (2013). Anorexia nervosa e transmissão psíquica transgeracional. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 16(1), 71-88.
- Valdanha, E. D., Scorsolini-Comin, F., Peres, R. S., & Santos, M. A. (2013). Influência familiar na anorexia nervosa: em busca das melhores evidências científicas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 62(3), 225-233.
- Weinberg, C. (2010). Do ideal ascético ao ideal estético: a evolução histórica da anorexia nervosa. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 13(2), 224-237.

Submetido em: 28 de agosto de 2016

Aceito em: 20 de fevereiro de 2017