
Da história de Maria à memória de um encontro¹

Ana Paula Relvas*

Resumo:

Partindo da apresentação de um caso clínico de anorexia nervosa, a autora demonstra alguns contributos da terapia familiar e do modelo sistémico para a compreensão e intervenção neste tipo de patologia psicossomática.

Palavras-chave: Anorexia nervosa; Terapia familiar.

¹ Comunicação apresentada pela autora, num painel sobre Aplicações Clínicas integrado nas *II Jornadas da Sociedade Portuguesa de Psicossomática, Da Teoria à Atitude Clínica*, Guimarães, 21 de Janeiro de 2000.

² A apresentação deste caso é feita de acordo com a seguinte metodologia: em texto corrido expõe-se a informação sobre a família e o problema, bem como a relativa ao processo terapêutico propriamente dito; destacadas, em itálico, surgem a conceptualização e notas teóricas subjacentes às leituras feitas sobre o material clínico e que se constituem como suporte à estrategização das sessões terapêuticas. Em notas de rodapé apresentado, ainda, alguns complementos de informação teórica que, embora pertinentes, poderiam, a meu ver, "quebrar" a especificidade e continuidade da apresentação de um caso/memória clínica.

* Psicóloga, Terapeuta Familiar. Professora da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Como o próprio subtítulo deste trabalho indica, é meu objectivo participar numa compreensão mais alargada sobre a patologia psicossomática, assente numa postura de "visões múltiplas" no que aos diferentes modelos e abordagens se refere, apresentando, neste espaço, alguns dos contributos propostos pela terapia familiar e pelo modelo sistémico para essa compreensão/intervenção. Proponho-me fazê-lo através da apresentação de um caso clínico², a história de Maria, uma história, em muito, eventualmente idêntica à de muitas outras Marias e muitas outras famílias em luta contra a anorexia.

Contudo, antes disso, parece-me importante referir o que em síntese e a meu ver define o carácter sistémico duma abordagem teórico-clínica: trata-se de articular, coerente e consistentemente em termos de análise e intervenção, os níveis individual, contextual, familiar, transgeracional e cultural do problema ou situação em causa no pedido de ajuda. Dito de outro modo, no trabalho terapêutico sobre a queixa/problema, a desenvolver com a pessoa ou pessoas envolvidas no processo, procede-se sistemática e progressivamente a um alargamento de contextos que facilite a "desmultiplicação" de significados,

possibilitando, deste modo, a emergência de novas e diferentes soluções ou mais especificamente auto-soluções³.

Feito este pequeno preâmbulo vou então contar a história da Maria e sua família, e ainda as histórias, sentimentos e reflexões que, *no encontro* com eles, em *nós terapeutas* foram emergindo⁴.

É *ambiciosa* esta proposta, porque

me proponho falar da relação. É quase *impossível*, pois no encontro terapêutico há sempre algo que permanece inenarrável...

FAMÍLIA E OS TERAPEUTAS

Maria tem 14 anos. É morena e bonita. A sua excessiva magreza não impede que o seu rosto revele essa

³Especificamente, e no âmbito dos chamados novos desenvolvimentos em terapia familiar, esta conceptualização do processo terapêutico propõe-se fazer a articulação entre as abordagens narrativas (White, 1994; White e Epston, 1993) e a terapia breve centrada na solução (De Shazer, 1987 e 1995), através de um modelo integrativo (Relvas, 2000; Nichols e Schwartz, 1998). A partir das primeiras, enfatiza-se o valor do discurso/linguagem como construtor de realidades e seus significados (crenças), pelo que a terapia surge, em primeira análise, como uma conversação que conduz a um processo de desconstrução dessas mesmas crenças e realidades. A segunda, basicamente, transfere a focalização da terapia do problema para a solução, depois de num primeiro momento propor a transformação da queixa com que os clientes se apresentam na consulta (insolúvel) em *problema* (que permite soluções, melhores ou piores). Assim, depois de definido o problema, o trabalho terapêutico é orientado no sentido da descoberta da auto-solução pela família e/ou pelo indivíduo. Em síntese, da articulação entre estes dois modelos releva a importância das competências das famílias e/ou dos indivíduos (Ausloos, 1996).

⁴Saliente-se que o "nós" utilizado ao longo deste texto não corresponde, de nenhum modo, a um plural majestático. Concretamente, refere-se aos dois terapeutas que conduziram o processo em co-terapia e, por vezes, engloba também os terapeutas-observadores que acompanharam o desenvolvimento do caso.

Com efeito, no processo terapêutico conduzido com esta família seguiram-se, em termos genéricos, os procedimentos e aspectos formais utilizados no NUSIAF (Núcleo de Seguimento Infantil e Ação Familiar) da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, no qual desenvolvo a minha actividade clínica. Desses aspectos importa destacar, neste momento e contexto, a utilização sistemática de co-terapia; a especificidade do *setting* da terapia familiar, com recurso a material audio-visual, nomeadamente ao espelho unidireccional ou de visão num só sentido, permitindo o trabalho permanente com os terapeutas-observadores; a assunção de um modelo de terapias "breves-longas", com definição de um contrato terapêutico (habitualmente seis a oito sessões e três *follow-up*) e um espaçamento de sessões, sensivelmente, entre três semanas/um mês.

Para uma melhor clarificação e compreensão deste modelo recomenda-se a leitura de A. P. Relvas (2000), Capítulos 1 e 2.

beleza. Um sorriso meigo e triste espalha-se muitas vezes no seu rosto. É perfeccionista e exigente consigo própria. Fala pouco, muito baixo, mas expressa-se muito de forma não verbal pelos olhares, sorrisos, gestos das mãos...

A *Mãe* tem à roda de 40 anos. É também ela magra e pequenina, bonita e cuidada, com um sorriso aberto e uns olhos cheios de afecto e preocupação. No pedido telefónico está triste e preocupada e pede ajuda para a filha que tem "a mania das dietas": em meio ano perdeu mais de doze quilos. Conta ainda à psicóloga que a atendeu que está separada do pai dos seus filhos há cerca de dois anos.

Os outros filhos são:

O *Miguel*, alguns anos mais velho que a Maria (cerca de uma meia dúzia), é um "calmeirão" de vinte e poucos anos e ar tímido, calmo e responsável. Iniciava as suas primeiras experiências laborais no momento em que o processo terapêutico se iniciou.

O *Gonçalo* é um pequenino de quatro anos. Também moreno, "grandalhão" para a idade, conversador e brincalhão, de olho vivo e sempre atento, adora ir ao microfone cantar os "Patinhos". Faz convergir sobre si todas as atenções (ou quase todas)... dos outros elementos da família, dos terapeutas, da secretária do serviço (com quem vai brincar quando "se cansa de se portar bem" nas sessões).

Os *Terapeutas* são dois: uma mu-

lher e um homem – ela (a autora deste texto) bastante mais velha, mais pragmática, com alguma experiência clínica; ele um jovem e entusiasmado terapeuta principiante, com uma análise pessoal para além da formação sistémica que vai desenvolvendo.

O ENCONTRO

O nosso primeiro encontro aconteceu bastante antes da Primavera...

A Maria apresenta-se dizendo-se *anoréctica* – por crença e auto-definição. Prefere esta designação à utilizada pela mãe e que já conhecemos, ou seja, "mania das dietas".

Fomos então conversando...

...sobre o problema da Maria mas, principalmente, sobre a zanga que os dois irmãos mais velhos sentem em relação ao pai. Este, desde que se separou da mãe, já não é "amigo" deles; sentem-se claramente preteridos por ele em favor da sua nova companheira. Isso é pior que o divórcio – na opinião do Miguel o pai não devia nem podia deixar de os apoiar, até porque conhece "um caso" onde as coisas não foram assim e a separação foi mais fácil. Sentem que o pai os abandonou, pois deixou de os apoiar. O Miguel explica: no que se refere a ele próprio, por exemplo, o pai não cumpriu o que prometeu em relação aos seus estudos (manutenção da ajuda económica) os quais, por isso, teve que abandonar... depois de tanto esforço e de ter surpreendido toda a gente quando conseguiu entrar no Ensino Superior Público...

A Maria pouco fala da sua zanga, mas vai chorando baixinho. A Mãe observa-os com ar sério e impotente.

Conversámos ainda...

... sobre o que pode ser feito por cada um, inclusive pela Maria, e por nós terapeutas para ajudar a resolver o *Problema*. Sobre isso não há muitas ideias: o que foi tentado não deu grande resultado – insistir para comer, não ligar, criticar, tentar compreender – pelo que não sabem mais como fazer. Em relação a ajudas externas à família referem que a Maria tem acompanhamento médico (veremos, de seguida, em que contexto). Acham que a anorexia é uma doença terrível, incontrolável e muito poderosa.

De nós, a Mãe espera ajuda para a "parte psicológica" da doença da Maria, mas espera também ajuda para os irmãos e para ela própria, uma vez que reconhece que estão sem saber o que fazer, muito cansados e desanimados. Para o Miguel a preocupação é a irmã: "se ela voltasse a ser o que era dantes, era uma vitória para todos". A Maria não responde, chora de novo.

E prosseguimos, ainda, conversando sobre...

...a história da família, afinal uma sucessão de lutas contra a doença, o destino e a injustiça, só vencidas pela forte união de todos. Das histórias que a constituem falam de uma doença que o pai teve que criou uma situação muito difícil para toda a família, mas perante a qual não soçobraram porque se inter-ajudaram unindo as

suas forças. Contam, também, que a Maria foi desejada e "veio" para ajudar o Miguel que nasceu com uma doença crónica ligeiramente incapacitante e, por isso, todos, incluindo os médicos, afirmavam que seria muito bom para ele ter um irmão; foi assim que, alguns anos mais tarde, nasceu a Maria. Nesta altura não pudemos deixar de, de nós para nós, questionar se o Gonçalo ao nascer não teria a função de ajudar a família como um todo; recordávamos que, segundo os irmãos, o pai quando aparece é para o ver...

Todos se preocupam com todos: a própria Maria cuida do Gonçalo e preocupa-se muito com a mãe, com o muito que ela se esforça, pensando que não se alimenta adequadamente para tal esforço... O Miguel acha que devia ajudar a tomar conta da família, mas não sabe bem como... A Mãe preocupa-se, principalmente, com os três filhos e o seu futuro...

Teoricamente, esta união da família faz-nos lembrar as descrições de Minuchin relativamente às famílias psicossomáticas caracterizadas por um poderoso mito de união, dificuldades de separação e indefinição de fronteiras. Famílias onde se pode observar uma sobrevalorização de funções e papéis cuidadores e que parecem funcionar melhor quando alguém está doente (Minuchin, Rosman e Baker, 1978). Estas características estruturais, frequentemente encontradas neste tipo de famílias, detectam-se claramente na família de Maria.

Mas... o encontro com esta família também nos faz recordar o que alguns autores concluem a partir da sua expe-

riência clínica com estas famílias: "quando se matizam e diminuem as condutas de sobreprotecção, quando se desenvolve a confiança na hora de enfrentar a mudança, introduzindo novas capacidades de autonomia e separação, a responsabilidade, solidariedade e preocupação uns com os outros, presentes nestas famílias, convertem-se em instrumentos de grande valor e ajuda na mudança" (Lazárraga, em Góngora et al, 1999: 389; o sublinhado é nosso).

Inevitavelmente...Esta citação fez-nos pensar em Ausloos (1996), no seu postulado das Competências das Famílias e na possibilidade de emergência de auto-soluções através de circulação da Informação Pertinente⁵. Cremos que este as-

pecto se clarificará quando falarmos, mais tarde, das orientações terapêuticas utilizadas neste caso.

De facto gostámos deles. De cada um e da família. Fizeram-nos acreditar nas suas capacidades de mudança, de afecto e de inter-ajuda. Mostraram-nos uma grande esperança, quase crença, na resolução deste (e outros problemas) que, sem esforço, compartilhámos de imediato.

Ainda nos primeiros passos deste encontro, procurámos avaliar, com algum rigor, como viviam, sentiam, explicavam e descreviam o problema de anorexia de Maria.

⁵ Ausloos apresenta dois postulados enquadramentos da forma como concebe a "situação de encontro com a família":

"- o postulado da informação pertinente:

'A informação pertinente é aquela que provém do sistema e a ele retoma' [com sentido];

- o postulado da competência:

'Um sistema só pode colocar problemas que seja capaz de resolver' (1996: 115).

Podem clarificar-se, um pouco melhor, as implicações destes postulados, continuando a seguir o seu autor. Quanto ao primeiro afirma previamente: "A definição mais simples que se poderia dar de uma intervenção sistémica é: circularizar a informação. (...) é necessário que esta informação não circule num único sentido, da família para o terapeuta, mas pelo contrário, que ela seja "circularizada", isto é que ela informe, ao mesmo tempo, aquele que a produz e aqueles que a recebem" (ob. cit.: 70). E, mais à frente, sintetiza: "o processo de circularizar a informação é remeter-se nas possibilidades de utilização da informação da e pela família" (ob. cit.: 117). Sobre o segundo postulado, o autor indica como seu corolário o facto de que "só o sistema tem competência para resolver o problema com o qual é confrontado. Em consequência, o papel do terapeuta não é compreender ou procurar soluções, mas activar os processos para que o sistema encontre a sua própria solução, gere a sua auto-solução" (ob. cit.: 115). Articulado os dois postulados conclui: "Mesmo que o mais frequente seja que os membros da família não o saibam, eles dispõem de elementos de solução originais para os seus problemas específicos. Ao fazer emergir esta informação de que dispõem, eles estarão à medida de elaborar a sua auto-solução" (ob. cit.: 118).

O PROBLEMA

Como vimos a Maria diz que tem uma anorexia, a Mãe diz que ela tem a "mania das dietas", o Miguel diz que ela "não come como deveria para uma pessoa que está a crescer".

Há alguns meses atrás a Maria sofreu uma significativa e rápida perda de peso (doze quilos em mais ou menos seis meses). Actualmente está amenorreica e a restrição alimentar continua: "não come nada". Mas não só, pois a alimentação, para além de escassa, é inadequada: "come chocolates e bolachas no intervalo das refeições". Por outro lado, faz exercício físico em excesso para o que come; salta e aperta a barriga a seguir a comer para não engordar: "passa a vida na casa de banho ou a saltar e/ou a pesar-se". Isto segundo as palavras da Mãe e do Miguel.

O problema desencadeou-se no Verão, na altura em que uma amiga lhe disse que ela *estava gorda!* Agudizou-se com o divórcio dos pais e com as atitudes do pai no pós-divórcio (opinião da mãe e do irmão). Nessa sequência foi internada e recuperou dois quilos. Continua em seguimento com a pediatra que a acompanhou no internamento. Fica acordado que o facto de pedirem a nossa ajuda não exclui a importância de prosseguirem com o apoio médico que já deu, e continua a dar, bons resultados.

As refeições são verdadeiras guerras entre a mãe e a Maria que, entre outras coisas, para além de fugir com o prato, se recusa a tomar os suple-

mentos vitamínicos. Agora e apesar de tudo, o pior para a mãe, para o Miguel e para a própria Maria é afirmar (ou perguntar) constantemente: *Estou Gorda!* (?) Tornou-se insuportável: diz isto a todos, inclusive às amigas, ao Gonçalo e mesmo ao gato. Este aspecto é para todos eles a "parte psicológica" do problema.

Quanto às atribuições/implicações do sintoma, a culpabilidade e o círculo vicioso que se gera são notórios. A mãe acha que ela faz isto porque se acha gorda, mas também para a magoar por ter assumido a decisão do divórcio e, assim, não pode deixar de se sentir culpada – a Maria, baixinho, diz que não. Por outro lado, acha que é também para chamar a atenção do pai, o que não resulta porque ele acha que "dieta" é "normal" nesta idade; então, ela insiste em não comer.

Durante esta avaliação a Maria pouco fala: ouve, sorri tristemente e vai afirmando que está gorda, muito gorda, muito gorda, principalmente na barriga e nas pernas.

Um pouco mais à frente, com o evoluir do processo terapêutico, começam a evidenciar-se algumas interacções geradas em torno do problema e que me parecem dignas de realce. Fundamentalmente, emergem situações de notória cumplicidade: riem-se todos e provocam-se mutuamente; descrevem as "guerras" das refeições com notório prazer; a mãe afirma que, por vezes, "as manias com a comida são engraçadas"; os dois irmãos mais velhos divertem-se verdadeiramente quando ele lhe chama "esqueleto" e ela lhe chama "gordo".

Todos afirmam que o problema os juntou e uniu ainda mais. A mãe diz que "com isto os irmãos aproximaram-se mais; agora têm mais cumprimentos!". Acham que há dias melhores ("a Maria não come quase nada, mas não insiste que está gorda") e dias piores (a Maria continua a não comer, mas "massacra toda a gente afirmando e perguntando se está gorda"). O Miguel diz que queria que tudo voltasse ao normal, ou seja, "ao que era dantes".

No intervalo da sessão Maria desenha rostos inequivocamente femininos. Deixa estes esboços afixados no placard existente na sala de consulta.

OS PROBLEMAS

A Mãe queixa-se porque sente que a Maria está a ficar muito agressiva com ela – e não só no jogo desenvolvido em torno da alimentação. Também atribui este facto à sua tomada de decisão em relação ao divórcio. Esse é, afinal, o outro grande problema das suas vidas enquanto família, expresso, como se viu, no abandono atribuído ao pai.

A mãe sente-se incomodada com esse sentimento dos filhos; nesse aspecto diz que "sente o que a filha sente. É como se fossem duas numa!" Até porque, "em boa verdade, até à separação o pai era muito ligado aos filhos e, principalmente, à Maria". A sua vida, agora, resume-se em cuidar deles e prestar-lhes apoio.

Os filhos acham que ela exagera pois é perfeccionista em tudo: desde os filhos, ao emprego e às tarefas do-

mésticas. Eles acham (e ela concorda) que "a Mãe não pensa em si própria". Acham que devia preocupar-se menos e arranjar namorado.

A certa altura, a vivência do quotidiano torna-se mais complicada. Houve necessidade de fazer obras em casa e, conseqüentemente, surgiu uma estadia provisória, mas de certo modo prolongada (cerca de um mês, mês e meio), em casa dos avós maternos. Estes, segundo a mãe, "não compreendem a Maria e querem que ela coma muito" e interferem muito nas suas vidas.

Esta descrição do problema e dos problemas:

- 1 - confirma os aspectos estruturais anteriormente focados;
- 2 - numa leitura comunicacional aponta para a conceptualização de Palazzoli e col. (1974) na qual acentuam o carácter homeostático e paradoxal do sintoma ("mudar para não mudar") que, gerando um círculo vicioso, mantém o jogo transaccional familiar. Neste sentido reencontra-se o valor protector do sintoma psicossomático em relação ao grupo familiar, já evidenciado na leitura estrutural. Ou seja: a paradoxalidade nas interações (gratificação, união, cumplicidade / mal-estar, guerras, culpabilidade) gera a sua manutenção ao acentuar o seu carácter protector (une-os mais, o que sempre foi a regra de ouro / salvação da família);
- 3 - numa leitura desenvolvimental o valor do sintoma anorexia sugere a incompatibilidade entre finali-

dades individuais e familiares (Ausloos, 1996) e, logo, dificuldades co-evolutivas do sistema. O problema da separação, entendida como abandono (evidenciado no exemplo do pai), aponta para a perturbação do mecanismo intergeracional separação/individualização assente na crença familiar expressa no mito da união (White, 1994).

A história do sintoma de Maria (desencadeamento e evolução da sua anorexia) enquadra-se na teoria do processo da formação do sintoma no contexto familiar, em geral (Ausloos, 1996), e no faseamento do estabelecimento da própria anorexia, em particular (Andersen, 1990).

Assim, tal como no caso da Maria e da sua família, um Comportamento Normal aleatório (dieta não patológica) produz efeitos não aleatórios (importância da função familiar "cuidar de"). Esses efeitos amplificam-se, "encaixando" no mito "a união salva a família" (recorde-se a luta da família contra as doenças), atingindo-se, então, a fase Desordem Diagnosticável (respectivamente estádios 1 e 2, Andersen, 1990), em que a dieta apresenta sérias consequências médicas segundo o D.S.M. IV (1996): medo mórbido de engordar; perturbação da imagem do corpo; recusa em manter um peso corporal normal; amenorreia. No que diz respeito à teoria da formação do sintoma ocorreu e completou-se o ciclo do processo de selecção/amplificação (Ausloos, 1996).

No contexto familiar estas crenças reforçam o comportamento sintomático que passa a cumprir uma função familiar, conduzindo à explicação negativa e restrição

e contextos (White, 1994) – tudo se centra na doença da Maria; "para que tudo fique bem só é preciso que ela volte ao normal". Assim, o comportamento atinge a fase em que se torna autónomo e independente das condições iniciais, sem controlo, transformando-se na identidade possível para o seu portador de tal modo que, se a perde, não é nada (estádios 3, Comportamento Autónomo, e 4, A Doença Converte-se numa Identidade; Andersen, 1990) - Como és? Quem és? O que sentes? Resposta invariável da Maria: "Sou gorda!" "Estou gorda!" "Sinto-me gorda!". A isto junta-se o valor confirmatório do contexto sócio-cultural expresso no "ideal de magreza" (White, 1994: Palazzoli et al., 1990) – pergunta sistemática e obsessiva da Maria: "Estou gorda?". A formação do sintoma completou-se no seu último movimento: processo de cristalização do sintoma (Ausloos, 1996).

Assim se fecha o círculo vicioso que este constitui, reforçado pelas crenças familiares e atribuições para a sua manutenção – divórcio dos pais/abandono do pai / culpabilidade da mãe / culpabilidade da Maria. Por outro lado a Mãe diz-lhe: "Esta não é uma forma de lidares com o teu problema real!" E qual é o problema real, questionamos. "É a relação com o pai, mas isso também não tem solução..."⁶ O sintoma já se autonomizou do problema que o mantém, o que o torna ainda mais poderoso...

Desta análise ressaltam, por conseguinte, dois importantes aspectos de compreensão da patologia psicossomática em

contexto familiar: (1) importância da vertente desenvolvimental, em que o funcionamento familiar se revela impeditivo da co-evolução e (2) o empobrecimento dos modelos de interacção na família através da focalização na doença e/ou função prestadora de cuidados.

AS ORIENTAÇÕES TERAPÊUTICAS

Os objectivos terapêuticos propõem-se responder aos dois tópicos equacionados anteriormente na leitura do problema e dos problemas: 1) permitir a separação/individuação de cada um dos elementos da família (articulação das finalidades individuais/familiares); 2) enriquecer as suas interacções no sentido de a ajudar a

transformar-se numa família que pode funcionar unida e solidariamente independentemente da "necessidade de doença" (transformação das crenças familiares).

Em termos de intervenção esta família coloca uma outra dificuldade: pede especificamente ajuda para a "parte psicológica" do problema da Maria.

Na intervenção relativa à psicossomática advoga-se que o essencial é evitar a ruptura que vai criar dois pólos: "É psi"; "É somático". A ser assim, a mente é um objecto de intervenção e o corpo é outro; ao escamotear a interacção entre ambos, o interventor torna-se anti-ecológico e antissistémico, deslizando para o que Bateson designa por "explicação suporífera" dos factos (Bateson, 1987)

⁶ Na discussão que se seguiu à apresentação desta comunicação nas *II Jornadas de Psicossomática* foi-me colocada uma questão sobre o facto do pai nunca ter sido convocado para participar nas sessões de terapia familiar, apesar do seu claro envolvimento no problema – pelo menos nas explicações construídas pela família e, de alguma maneira, confirmadas pela teoria (Palazzoli *et al.*, 1990). É, assim, uma questão com sentido. Contudo, para nós ela nunca se colocou com muita acuidade, atendendo ao modelo seguido e que creio surge de forma bastante mais clara no texto escrito. Com efeito, chamar o pai teria dificultado o processo de desconstrução que permitiu passar da queixa (o pai abandonou-nos e, como reacção, a Maria desenvolveu esta doença) ao problema (a Maria não consegue gostar do seu corpo). O "factor pai" e a forma como a família o encarava, a ser aceite como tal, entravaria a descoberta das suas competências enquanto potenciais soluções. Por outro lado, a fase concreta que atravessavam na sua história de vida familiar implicava a necessidade de se fazer o luto por essa separação. Tal mensagem implícita vinda da parte da equipa terapêutica terá feito sentido para a família, pois, de outro modo, teriam "reclamado", directa ou indirectamente, a participação do pai nas sessões. E, lembrando que fazer terapia familiar não implica, necessariamente, estar com toda a família, recorro de novo a Ausloos para clarificar esta questão: "os pacientes sabem muito bem quem é que podem convocar e quem jogará o jogo. Isto também evita ao terapeuta por-se questões às quais não é, na maior parte das vezes, capaz de responder. (...) A resposta dada pelo terapeuta teria constituído uma delimitação arbitrária do sistema pertinente" (1996: 125).

que, ao invés de se centrar na relação e na complexidade, aceita a causalidade directa associada à imperfeição, à deslealdade ou ao defeito.

Contudo, esta família diz aos terapeutas: "a parte somática, alimentar, o corpo está a ser tratado pela médica e, devagarinho, vai melhorando. A vós pedimos: ajudem a Maria a tratar a sua parte psicológica que a impede de ser normal como antes".

Aceitamos ou não este pedido?

Correndo o risco, aceitámo-lo. Contudo, primeiro reenquadrámo-lo. Na nossa proposta de trabalho⁷ afirmámos que estaremos com a família para ajudar a que se pudessem todos livrar da obsessão da Maria traduzida na expressão "Estou gorda". Concomitantemente, confirmámos e procuramos reforçar a relação com a médica da Maria. Esperávamos, no fundo, poder estar a constituir, de maneira "invisível", a equipa pluridisciplinar recomendada nestas situações (cf. Gameiro, 1994; Relvas 2000, Cap. 3).

Hoje, ao recordar e reflectir sobre o caso, lembrei-me de uma das crónicas de José Gameiro, recentemente publicadas em livro, intitulada "Meu querido corpo" e que é, afinal, uma mensagem enviada pela mente ao corpo, ao "seu querido corpo", e na qual fala das relações entre ambos e das "partidas" que ele lhe prega (Gameiro, 1999). Talvez tenha sido isso que tentámos fazer com a Maria

— permitir que entre o seu corpo e a sua mente se pudesse estabelecer uma nova interacção, a partir de uma nova comunicação ou troca de mensagens que, sendo dinâmica e interactiva, pudesse transformar ambos... e o próprio meio envolvente, que se poderia, ele próprio, constituir como veículo auxiliar no estabelecimento dessa nova comunicação.

Nesta leitura do caso da Maria e sua família e do encontro conosco, os terapeutas, outra afirmação do mesmo autor, retirada doutra crónica, "Estar doente", fez-me algum eco. Aí afirma: "Estar doente é também procurar outra pessoa que possa dar um sentido ao sofrimento que acompanha o conjunto de sintomas" (Gameiro, 1999: 32). A condução deste processo foi também (como em muitos outros) uma tentativa de dar *um sentido* ao *sem sentido* do sofrimento psicológico desta menina e da sua família – não esqueçamos que no pedido de ajuda se incluíram todos sem excepção.

Ou, como refere Ausloos (1996), recorrendo a Whitaker, para nós, terapeutas, foi importante "nomear o inominável". Para tal recorremos ao modelo de externalização proposto por M. White (1994) e assim definido por Tomm: "separação linguística que distingue o problema da identidade pessoal do paciente" (in White, 1994: 9). Permite "falar do problema como algo distinto e separado de si mesmo" através de um "processo contínuo de co-elaboração de uma 'nova realidade' "(ob.cit.: 12).

Obviamente, contávamos com as competências desta família e a sua capacida-

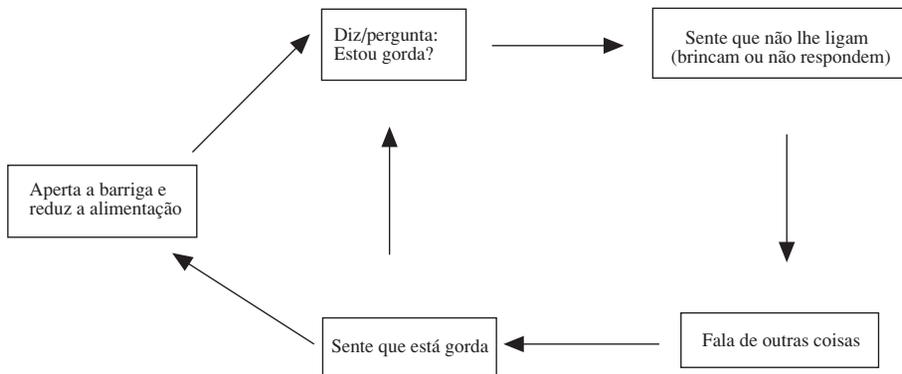
⁷ Aqui refiro-me, concretamente, ao contrato terapêutico (*vide supra* nota de rodapé 4)

de de as descobrir e "canalizar" noutro sentido que não a doença.

Antes de iniciar o processo de externalização, começámos por distinguir os dias melhores e os dias piores em relação ao aparecimento do problema, partindo daqui para a elaboração de um esquema funcional do problema ⁸.

A Maria afirma, então, que o seu maior problema é a necessidade de afirmar que está gorda (mais do que sentir). A Mãe confirma: "É uma obsessão"; todos estão cansados disso. A Maria gostaria de "mandar embora a obsessão", porque o cansaço, assim, desapareceria.

ESQUEMA DOS DIAS PIORES



⁸ A elaboração do esquema funcional do problema é, na terapia centrada na solução (De Shazer, 1995), fundamental na já referida transformação da queixa em problema. É já, segundo o autor, um processo de desconstrução (neste caso da própria queixa). Assim, é "desenhado" a partir da investigação sobre as sequências de condutas, significados que os clientes atribuem às queixas, frequência e grau de involuntariedade das mesmas, sentimentos que as acompanham, descrições do passado, predições e expectativas de futuro, outros significativos envolvidos, etc. A sua visualização, facilitada através da construção do esquema no quadro negro à vista de todos, permite novas leituras sobre as queixas, habitualmente centradas em dois aspectos: (1) a emergência do círculo vicioso que as constituem e (2) a possibilidade da sua desconstrução/reenquadramento a partir dos pontos de descontinuidade/ruptura facilmente visíveis no próprio esquema. O primeiro aspecto permite, então, que o "problema saturado" apareça ao indivíduo e /ou à família como uma leitura alternativa partilhada com os terapeutas. Finalmente, este processo prepara todo o sistema (clientes e terapeutas) para nova desconstrução, agora do problema, no caso vertente através de uma externalização.

A EXTERNALIZAÇÃO DO PROBLEMA

Os terapeutas aproveitam o desabafo de Maria para, reforçando o discurso externalizador que ela própria utiliza, iniciar o processo de externalização propriamente dito, sugerindo: "O.K. Vamos, então, caracterizar essa obsessão como se ela fosse uma personagem". A Maria e a família imaginam-na como uma figura enorme, alta e *muito magra* (esta característica é apontada pela Maria), assustadora, persistente e mentirosa. Quando se pede que sugiram um nome pelo qual a possamos identificar, o irmão assinala que essa personagem é uma coisa *Viciosa*, porque é como uma *Droga*. Depois de tentar dar à obsessão o nome da companheira do pai, a Maria aceita a sugestão do irmão.

A obsessão fica a ser a *Maldita Viciosa*, caracterizada como:

- Grande
- Má
- Magra
- Não deixa a Maria comer

- Obriga-a a pensar só nela; controla-a
- Cansa os outros
- Forte

De seguida vamos analisar as "coisas boas e más" que ela provoca, descobrindo o que ela permite, ou não, que se seja ou que se faça.

Surge então uma questão de reenquadramento formulada pelos terapeutas: será que não se pode pensar em soluções alternativas para conseguir essas coisas boas sem ter de recorrer à *Maldita Viciosa*? A descoberta de respostas para esta questão converter-se-á, finalmente, num dos objectivos específicos do processo terapêutico.

Por outro lado, o problema é equacionado como uma luta entre a Maria e a sua família contra a *Maldita Viciosa*. Neste contexto pede-se à família que, em casa, redija uma "declaração de guerra" contra aquela. A Maria não consegue fazê-lo, mas a mãe traz uma "declaração de guerra" onde aponta algumas mudanças nos hábitos da vida quotidiana da Maria, no sentido de uma maior autноми-

"Coisas Boas": <i>a Maldita Viciosa</i>	"Coisas Más": <i>a Maldita Viciosa</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Deixa a Maria ser magra • Deixa que a Mãe e filha <i>sejam uma só</i> • Presta muita atenção aos outros • Deixa que não haja segredos • Deixa que sejam muito unidos • Deixa que não se pense tanto em novos abandonos 	<ul style="list-style-type: none"> • Não deixa ser livre • Não deixa pensar • Não deixa sentir as coisas boas • Não deixa sentir as vitórias como vitórias • Não deixa que vivam felizes com gosto pela vida

zação, concluindo que o importante é lutar contra a *Viciosa* com as seguintes "armas": (1) muita força de vontade para a vencer; (2) firmeza e determinação; (3) coesão familiar.

Neste momento os terapeutas orientam a família para a pesquisa de "acontecimentos únicos", questionando⁹: nesta luta, houve com certeza momentos em que a Maria ganhou à *Maldita Viciosa* não obedecendo ao que ela lhe diz e exige. Quais foram esses momentos? O que aconteceu, então, que permitiu à Maria ganhar essas batalhas? Que armas utilizou para derrotar a *Viciosa*? Estas questões são, obviamente, meros exemplos de um conjunto muito mais lato de questões que têm como objectivo conduzir a Maria e a família à tomada de consciência das suas competências, mesmo no que se refere à luta contra o sintoma. O sentimento de impotência e de submissão total ao problema começa, assim, a ser trabalhado. Para casa é-lhes pedido que anotem as situações em que, durante o tempo que vai decorrer até à sessão seguinte, a Maria venceu a *Maldita Viciosa* e vice-versa. A Maria, no seu registo, considera-se vitoriosa em três situações em que "comeu sem se importar (ou sem pensar) se iria engordar"; entende que

foi derrotada nas ocasiões em que sucedeu o inverso ("muitas vezes, quase sempre"). A Mãe e o Miguel assinalam como situação de derrota da *Maldita Viciosa* duas vezes em que a Maria "foi comer sem ser preciso mandá-la", em oposição às outras em que ela afirma que está gorda ou que tem fome mas não come para não engordar, por exemplo.

Nesta fase do processo a Maria conta, a chorar, os pesadelos que tem com a *Viciosa*: ela aparece-lhe de noite, dizendo-lhe que não vai parar de a atormentar. Fica muito aflita e apetece-lhe chamar a mãe. Contudo, não o faz e a maneira que encontrou de fazer desaparecer a *Viciosa* é "fechar os olhos com muita força". Assim ela vai ficando cada vez mais pequena, até que desaparece.

Decidimos, então, propor à família a realização de uma dramatização na sessão, como se, num tribunal e depois de ter sido "detida", a *Viciosa* estivesse sentada no banco dos réus. As instruções foram as seguintes:

- A Maria vai defender-se como se fosse a *Maldita Viciosa*;
- A Mãe vai desempenhar o papel de advogado de acusação;
- O Miguel fica posicionado entre as duas de modo a poder ajudá-las quando precisarem.

E a dramatização começou:
 Mãe - O que é que dizes à Maria?
 Maria - Que a Maria não pode comer!
 Mãe - Porquê?
 Maria - Porque está gorda.
 Mãe - Está gorda onde?

⁹ Por "acontecimentos únicos" (M. White), ou de "excepção" (S. De Shazer), entendem-se todas as situações em que o sujeito não foi "dominado" pelo problema. A sua descoberta ou reconhecimento conduz à atribuição de novas crenças e significados sobre o problema.

Maria - Na barriga.

Mãe - Não é só na barriga. A Maria não gosta do corpo todo.

Maria - (...)

Mãe - A *Viciosa* tem inveja da Maria.

Maria - Não!

Mãe - O que é que é preciso para que a *Viciosa* se vá embora?

(Os terapeutas pedem às duas para tentarem encarnar melhor as personagens; pedem, ainda, ao irmão para as ajudar quando estiverem a "sair" dos papéis.)

Mãe - Quanto tempo achas que ainda vais mandar na Maria?

Maria - Toda a vida.

Mãe - Não vamos permitir isso.

Maria - Não tens armas para me vencer!

Mãe - Nós vamos ser mais fortes.

Maria - Não me conheces...

Mãe - Vamos destruir-te seja de que maneira for!

Maria - (Chora)

(Um dos terapeutas pergunta ao Miguel se pode ajudar a irmã a retomar o seu papel. O outro terapeuta diz que sente que a Maria chegou a "um ponto crítico" em que não vai conseguir retomar a conversa; fala, ele próprio, como se fosse a *Viciosa*)

Terapeuta - Eu tenho medo que a Maria fale de novo no sonho que teve e me expulse de vez!

(De seguida propõe uma troca de papéis para prosseguirem com a

dramatização: a Mãe será a *Viciosa* e a Maria ela própria.)

Maria - Vais aparecer hoje no pesadelo da Maria?

Mãe - Vou.

Maria - Porquê?

Mãe - Porque é a única forma de estar contigo!

Maria - E se eu chamar a minha mãe?

Mãe - Afasto-me, mas não desapareço.

Maria - E se eu te matar?

Mãe - Vamos ver... Eu sou muito forte.

Maria - Eu sou mais forte.

Mãe - Eu não estou contigo só nos sonhos, não te esqueças...

Maria - Eu tenho uma arma.

Mãe - Até aqui tens dito que não tens armas para me venceres.

Maria - Vou tentar matar-te. Tenho uma arma que nem tu nem ninguém conhece.

Mãe - Vou ter de estar na defesa, mas espero ser eu a ganhar.

Esta dramatização revelou-se um ponto de viragem no processo: a externalização era plenamente assumida pela Maria e sua família e, nesse sentido, ou seja discursivamente, todos estavam libertos da anorexia e prontos a reforçar a nova identidade da Maria. Tinham decorrido mais ou menos três meses após o início do processo, a Maria já é de novo menstruada e diz menos vezes que está gorda. Também por esta altura, os terapeutas, no final de cada sessão e depois da entrevista familiar, passam a ficar um pouco a sós com a Maria,

com o objectivo de, ao criarem este espaço individual, poderem reforçar a sua autonomia crescente. Muito menos estruturado do que o espaço familiar, a Maria poderia aí abordar qualquer assunto que achasse importante; contudo, preferiu continuar desenhando (rostos e mãos, particularmente).

Este trabalho foi prosseguindo até às férias de Verão, continuando a Maria a afirmar que acredita na *Viciosa* "especialmente quando ela ainda vence!" Note-se que, entretanto, o irmão Miguel deixara de vir às sessões pois está a fazer formação profissional noutra cidade, pelo que só vem a casa aos fins-de-semana; por outro lado, o Gonçalo quando chega pede logo "para ir brincar com a amiga do computador", a secretária do Núcleo...

Na nossa avaliação todos estes dados são índices positivos de que pelo menos para alguns dos membros da família, a separação começa a ser possível sem que tenha que ser vivida e sentida como abandono ou traição. Feita a externalização do problema era então necessário avançar com a fase do processo designada por Tomm, (1994) "Internalização da posi-

ção como agente".

Com esse objectivo, iniciámos a preparação da "separação" em relação aos terapeutas e às sessões, ou seja, das férias. Como tarefa externa pedimos que em casa respondessem, individualmente e por escrito, à "questão Milagre" ¹⁰.

"Suponha que se foi deitar e enquanto dormia aconteceu um milagre, de tal modo que quando se levantou o problema estaria resolvido. Como é que iria saber? O que é que estaria diferente?"

Foi enviada uma carta ao Miguel com idêntico pedido e na sessão seguinte a família trouxe as respostas:

Maria - "A Maria começou a pensar que estava bem: todo o trauma que tinha desapareceu e já via a comida como uma coisa normal e não como um pesadelo".

Mãe - "A Maria levantou-se e sem ninguém lhe dizer nada vai tomar um pequeno almoço como deve ser. Durante todo o dia não diz uma única vez que "está gorda" e não aperta a barriga. Volto a ver no rosto dela a alegria de viver; volto a ver a nossa Maria. Nesse dia seríamos todos muito mais felizes. Para mim, em parti-

¹⁰ Esta tarefa (Nichols e Schawrtz, 1998), equacionada por S. De Shazer, propõe-se ajudar as pessoas a ter uma visão clara dos seus objectivos que, muitas vezes, vão para além do desaparecimento do problema. Pretende-se, assim, que estes "olhem para além do problema" e, independentemente deste, sejam capazes de fazer outras coisas que o próprio problema tem obstruído. Pretende-se, finalmente, deixar emergir diferentes visões individuais sobre a situação. Tal como aconteceu neste caso concreto, há elementos da família que na sua resposta "não vão além" da eliminação do problema, enquanto outros o fazem, conseguindo-se também neste aspecto uma articulação de visões múltiplas.

cular, e exceptuando o dia do nascimento dos meus filhos, seria o dia mais feliz da minha vida. O sofrimento da Maria e a luta contra a *Viciosa* tinha acabado".

Miguel - "A Maria começou a comer como antigamente e já não pensava fazer dieta".

Nesta sequência pedimos que imaginem a *Nova Maria* e a *Nova Mãe*, depois de vencida a *Viciosa*. Eis como se vêem no futuro:

Os itens sublinhados referem-se àqueles que, segundo ambas, mais necessitam de ser transformados no imediato.

Passaram as Férias. Reencontramo-nos.

Conversamos sobre separação e crescimento. Sobre a *Nova Mãe* e a *Nova Maria*. Sobre a Mãe: sobre os seus medos (de investir numa nova relação e de ser abandonada) mas também sobre a sua "descoberta" (gostaria de ter um parceiro, não um pai para os seus filhos, pois isso já eles têm, pior ou melhor ...). Conta, orgulhosa, a sua "vitória" destas férias: deixou os anti-depressivos.

A Maria fala com entusiasmo das suas férias, passadas com primos da mesma idade e com amigos. Acha que consegue agora fazer uma alimentação equilibrada e que a gordura a preocupa muito menos. Sente-se mais feliz.

A Mãe conta que o Gonçalo, ultimamente, tem tido alguns pesadelos; contudo, pensa que é uma questão do próprio desenvolvimento, pois lem-

Nova Maria	Nova Mãe
<ul style="list-style-type: none"> • Boa desportista • Boa aluna • Bem disposta • Tem um namorado • Tem vários interesses: música, amigos, escola, discoteca, desporto... • Mais madura: mais responsável e mais capaz sózinha • Não se pinta e gosta de todas as roupas 	<ul style="list-style-type: none"> • Chateia menos por causa das "horas" (negoceia-as) • Sai mais; diverte-se mais • Tem um namorado • Tem muitos amigos • É menos exigente, mais descontraída, menos preocupada e menos perfeccionista • É capaz de partilhar as coisa íntimas • É um pouco mais egoísta (pensa mais nela) • Mantém o aspecto físico actual

bra-se que o Miguel também passou por uma fase assim que se resolveu – aliás, falando com amigos estes contam experiências semelhantes.

Depois de concluídas as obras voltaram à "sua" casa. Fala-se do sentimento de "casa nova" e do que a actual organização do espaço e decoração podem significar para a família... Concretizaram-se grandes alterações: para além de pinturas frescas e "outras mobílias", houve "trocas" de quartos...

E Agora?:

Esperamos que nos contactem para a marcação da última sessão: ficou ao seu encargo sugerir uma data para a sua realização, quando achassem que era oportuno virem falar-nos das suas novas experiências e vitórias, esperando nós que, nessa altura, o Miguel pudesse estar presente...

Sentimos que lhes podíamos atribuir esta responsabilidade, pois acreditámos que de novo tinham recuperado "a fé" nas suas competências, como indivíduos e como família.

Acreditámos e acreditamos que...

...*"Cada um por si e todos como família estão mais capazes de cuidarem de si próprios, o que pode ser uma diferente e mais conseguida forma de solidariedade"*.

Abstract

By introducing a clinical case of Anorexia Nervosa, the author shows some contributions of Family Therapy and Systemic techniques to the comprehension

and intervention in this type of psychosomatic pathology.

Key-words: *Anorexia nervosa; Family therapy.*

BIBLIOGRAFIA

- Ausloos G. *As Competências das Famílias. Tempo, caos, processo*. Lisboa, Climepsi Ed, 1996.
- American Psychiatric Association. *DSM-IV. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* [Ed. Port. João Cabral Fernandes], 4ª Edição. Lisboa, Climepsi Ed, 1996.
- Andersen AE. *Males With Eating Disorders*. New York, Brunner/Mazel, 1990.
- Bateson G. *Natureza e espírito. Uma unidade necessária*. Lisboa, Publicações Dom Quixote, 1987.
- Bateson G. *Vers une Écologie de l'Esprit*. Vol. 1, 2, Paris, Ed. du Seuil, 1977, 1980.
- Benoit JC et al. *Dictionnaire Clinique des Thérapies Familiales Systémiques*. Paris, ESF, 1988.
- Benoit JC. *Le Traitement des Désordres Familiaux*. Paris, Dunod, 1995.
- De Shazer S. *Pautas de Terapia Familiar Breve, un enfoque ecosistémico*. Barcelona. Paidós, 1987.
- De Shazer S. *Claves para la Solución en Terapia Breve*. Barcelona, Paidós, 1995.
- De Shazer S, Berg I. What works? Remarks on research aspects of solution-focused brief therapy. *J Family Therapy* 1997; 19 (2): 121-124.
- Eizaguirre AE. Anorexia nerviosa y contexto psicosocial. In J. A. Rios (Coord.), *La Familia: Realidad y Mito*. Madrid, Ed. Centro de Estudios Ramón Areces, SA, 1998.
- Gameiro J. *Quem sai aos seus ...* Porto, Afrontamento, 1994.
- Gameiro J. *Crónicas*. Porto, Afrontamento, 1999.

- Lazárraga IP. Aproximación sistémica a los trastornos alimentarios: anorexia y bulimia. In J. N. Góngora, A. F. Martín e T. M. U. Domínguez (Coord.), *Prevencción y Intervención en Salud Mental*, Salamanca, Amarú Ediciones, 1999.
- Minuchin S. *Familles en Thérapie*. Paris, Ed. Jean Pierre Delarge, 1979.
- Minuchin S, Fishman HC. *Family Therapy Techniques*. Cambridge, Harvard University Press, 1981.
- Minuchin S, Rosman BL, Baker L. *Psychosomatic Families: anorexia nervosa in context*. Cambridge, Harvard University Press.
- Nichols M, Schwartz RC. *Family Therapy Concepts and Methods* (fourth edition). Allyn and Bacon.
- Palazzoli MS. *Self-Starvation*. Londres, Chaucer Publishing, 1974.
- Palazzoli MS et al. *Les Jeux Psychotiques dans La Famille*. Paris, ESF, 1990.
- Tomm K. Externalización del problema e internalización de la posición. In M. White. *Guias Para Una Terapia Familiar Sistémica* (Introducción, 9-18). Barcelona, Ed. Gedisa, 1994.
- Relvas AP. *Por detrás do Espelho. Da Psicologia à Terapia com a Família*. Coimbra, Quarteto Editora, 2000.
- Simon FB, Stierlin H, Wynne LC. *Vocabulario de Terapia Familiar*. Barcelona, Ed. Gedisa, 1997.
- White M. *Guias Para Una Terapia Familiar Sistémica*. Barcelona, Ed. Gedisa, 1994.
- White M, Epston D. *Medios Narrativos para Fines Terapéuticos*. Barcelona, Paidós, 1993.