

Quero ser magra: análise de um documentário que retrata a experiência de uma clínica de tratamento de transtornos alimentares

Thais Chaves Molina
Ana Cecília Magtaz

Thin é um documentário de Lauren Greenfield, que acompanhou por um mês as pacientes internadas na clínica Renfrew, centro de tratamento para transtornos alimentares. A clínica é direcionada a pacientes em condições severas de adoecimento psicológico, atendidas por equipe multiprofissional. Elas participam de sessões de terapia individual, grupal e familiar, e são acompanhadas diariamente por atendimento da enfermagem e da nutrição. Através dos relatos de pacientes e da equipe, apreendemos as vivências de quatro mulheres, em sua lida com pensamentos, atitudes e relacionamentos balizados pela presença da anorexia e/ ou bulimia. O presente trabalho teve como objetivo proporcionar uma análise de questões abordadas pelo documentário, assim como das vivências dessas pacientes e do método utilizado em Renfrew. A constatação final do documentário - a falha na melhora dessas mulheres - aponta para a complexidade do adoecimento psíquico nos transtornos alimentares e para a necessidade de uma abordagem que não se foque na cura pelo ganho de peso, pois essa meta leva ao fracasso, sentimento este tão familiar a essas pacientes.

Palavras-chave: Transtornos alimentares, tratamento, método clínico

Introdução

Thin é um documentário de 2006 realizado pela fotógrafa Lauren Greenfield, na Flórida, Estados Unidos. Lauren acompanhou por um mês as pacientes internadas na clínica Renfrew, um centro de tratamento para transtornos alimentares. Segundo a própria autora, o documentário “explora os processos de tratamento, os ciclos de adicção, e os relacionamentos, regras e rituais únicos que definem a vida diária dentro do centro de tratamento”¹.

Através dos relatos de pacientes e da equipe profissional, entramos em contato com as vivências de quatro mulheres, em sua lida com pensamentos, atitudes e relacionamentos balizados pela presença da anorexia e/ou bulimia. Lauren esteve presente em diversas situações, desde a admissão na clínica, à checagem diária de peso e pressão, às sessões individuais e grupais de terapia, às buscas nos quartos por objetos proibidos (cortantes, comida, medicação), à saída da clínica.

O presente trabalho teve como objetivo proporcionar uma análise de algumas questões abordadas pelo documentário, assim como das próprias vivências dessas pacientes, e do método utilizado em Renfrew.²

A Clínica

Renfrew é a primeira clínica residencial dos Estados Unidos especializada em tratamento de transtornos alimentares. Oferecem programas para pacientes com anorexia, bulimia e compulsão alimentar (*binge eating disorder*); desde internação completa, a tratamento-dia, e acompanhamento externo. O Programa Residencial, documentado em *Thin*, é direciona-

1. Greenfield, Lauren. *Thin: Director's Statement*. Disponível em <www.laurengreenfield.com>. Acesso em: 30 nov. 2007. Tradução livre.
2. Informações sobre a clínica Renfrew obtidas em <www.renfrewcenter.com>.

do a pacientes em condições severas de adoecimento psicológico, através de atendimento multiprofissional por psicólogos, médicos, psiquiatras, enfermeiras, nutricionistas. As pacientes participam de sessões de terapia individual, grupal e familiar, e são acompanhadas diariamente por atendimento da enfermagem (pesagem, medição da pressão arterial, checagem corporal) e da nutrição.

É marcante observar as estritas regras presentes na clínica. Na admissão, a paciente recebe um guia que explica o tratamento, composto por quatro níveis, segundo os privilégios e as proibições concedidas a cada um (como por exemplo, poder sair da clínica para um passeio). Em todos os ambientes, há cartazes com dizeres das regras a serem seguidas: na sala de jantar, só é possível utilizar-se de um guardanapo, para evitar que a comida seja escondida. Na terapia em grupo, todas podem falar, mas apenas quando for sua vez. São encorajados confrontos entre as pacientes, de maneira que todas ouçam o que as outras têm a dizer de cada uma.

Uma enfermeira explica às pacientes o motivo do regulamento estrito: “você vieram aqui porque a vida de vocês estava muito desorganizada, e com nossas regras e procedimentos, tornamos as vidas de vocês mais organizadas”. Apesar disso, as pacientes em geral encontram uma maneira de desobedecer ao regulamento (deixam de comer, fumam, etc.).

Em reuniões entre os profissionais, são discutidos os casos individuais, e em seguida são chamadas as pacientes, uma por uma, para ouvirem o que a equipe avaliou quanto ao progresso de cada uma. Em geral, é possível observar um clima, mais uma vez, de confrontos: as pacientes mostram-se acudadas e atuam na defensiva frente aos comentários dos profissionais. Estes sempre falam diretamente o que pensam delas, como “não confio em você”, ou “você é uma influência negativa para as pessoas do grupo”. Em uma ocasião, foi encontrado um sanduíche escondido, segundo a equipe, no quarto de uma das pacientes, Shelly. Esta foi acusada e confrontada, e, apesar de se defender, afirmando que não era seu, foi duvidada pela nutricionista. Mais tarde, descobriu-se que o sanduíche estava no banheiro, e pertencia a outra paciente.

O ambiente é sempre de enfrentamento e, ao mesmo tempo, as funcionárias estão sempre “consolando” as pacientes e reforçando quaisquer comportamentos que pareçam indicar melhora, mesmo que não o seja. O discurso parece ser constantemente de “auto-ajuda”: “você é uma garota bonita, deve aproveitar a vida, divertir-se, não se preocupar com isso”, ou “eu sei que você quer melhorar, eu vejo isso”. Há o que parece ser uma tentativa de convencimento para a melhora. Por exemplo, uma das pacientes, Brittany, ao sair da clínica, ouviu da diretora que ela ainda tinha trabalho a fazer, mas que a preocupação era em manter-se estável, e conseguir dizer adeus... Brittany estava em péssimas condições,

não desejava a melhora e anunciava que assim que sáísse voltaria a emagrecer. O documentário mostra um certo descompasso entre os desejos das pacientes e os objetivos da equipe.

O mesmo ocorre com o objetivo fundamental de cura: o restabelecimento do peso “saudável”. O foco do tratamento está em se atingir uma meta de peso considerada ideal para cada paciente pela equipe médica. Esse é o ideal da clínica; muito diferente, claro, do ideal das pacientes. Esse desentendimento se reflete nos resultados obtidos com as pacientes: das quatro mulheres documentadas, nenhuma teve alta com significativa melhora. É provável que a intervenção fracasse por perseguir o ideal errado; pelo documentário vemos as intrincadas e complexas dinâmicas psicológicas de cada paciente, e como a anorexia e a bulimia se encaixam nesses funcionamentos patológicos.

A sessão de terapia individual, pelo contrário, apresenta a possibilidade da paciente entrar em contato com uma tristeza que está guardada intocável, e não é reconhecida pela anoréxica. O não reconhecimento dessa tristeza, e de uma angústia difusa, impossibilita uma reflexão sobre a própria condição. Desse modo, as pacientes ficam presas a um pensamento fixo que revolve apenas em relação à comida, às calorias, à magreza; o que as impede de pensar em outras coisas – em si próprias. O agir – as dietas, o controle, a purgação – substitui o pensar.

Em paralelo, é pouco retratada no documentário (por não ser esse seu objetivo) a vivência desses profissionais em seus esforços para prover o melhor cuidado possível nessa difícil e angustiante situação. Em uma cena, alguns funcionários – todos com sobrepeso – estão reunidos conversando sobre como podem emagrecer; fazem graça dos transtornos alimentares das pacientes, de uma maneira que parece aliviar um pouco o peso do ambiente. A clínica se alimenta de ditos e não-ditos sobre a comida. Sempre o mesmo assunto.

36

As Mulheres

Shelly, 25 anos. É uma enfermeira psiquiátrica que acaba de ser internada em Renfrew, tendo passado por dez hospitalizações anteriores. Há cinco anos é alimentada por um tubo diretamente no estômago, o que antes era uma sonda pelo nariz (mostra diversas fotos em distintos momentos de sua vida, todas mostrando-na com o tubo nasal). Esteve próxima de uma tentativa de suicídio, mas arrendeu-se ao pensar na família e pesar-lhe o sentimento de culpa.

Sofre de anorexia nervosa, tendo chegado à clínica pesando cerca de 40 quilos. Ao observarmos a dinâmica de Shelly, percebemos como seu transtorno alimentar se encaixa, mais do que nas outras pacientes, em um quadro de depres-

são. Filha de pais divorciados, seu pai responsabiliza a ex-mulher pela situação de Shelly. Segundo ele, a mãe a levou para o estado americano de Utah após o divórcio, onde as pessoas “só comem vegetais e não comida de verdade”, e onde a filha sentiu pressão das colegas para ser magra. Essa relação familiar não é explorada a fundo no documentário, mas desponta nessa fala um certo tipo de relação possivelmente conflitiva. Questionado pelo terapeuta sobre seus sentimentos, o pai afirma-se impotente frente à impossibilidade de ajudar a filha ao vê-la sofrer.

A mãe de Shelly considera que a filha tem uma ideia errada de seu corpo, “achando bonito” pesar 40 quilos. Shelly tem uma irmã gêmea, Kelly, que parece ter a mesma atitude que a mãe. Não entende a doença, e acha que é uma questão da irmã “acordar”, e resolver seu problema. “Não é engraçado”, “Se liga, parece que você não quer melhorar”, são os pensamentos de Kelly em relação à irmã. Shelly mostra-se oprimida com os comentários, tanto da mãe quanto da irmã, e diz sentir-se fraca e estúpida em comparação à irmã. São sentimentos de rivalidade e competitividade que a assolam, quando afirma que todos gostam de Kelly, ela sempre foi mais querida... “Eu grito com ela e ela se parece comigo, e parece que estou brigando comigo mesma”, diz Shelly, em um conflito de identidade com a irmã.

Seu terapeuta aponta que seria bom se ela não tivesse que montar um ato na frente de todos, o tempo todo. E que essa doença está relacionada a um peso do passado, a coisas terríveis e difíceis de falar. Ela carrega consigo coisas impronunciáveis. Parece-me que mantém o mesmo controle rígido sobre aquilo que entra (a comida) e aquilo que sai (seus sentimentos). De fato, é possível perceber que Shelly tem dificuldade em abrir-se às pessoas. Parece dependente das relações com a mãe e a irmã, e quando chega na clínica, logo se aproxima de Polly, com quem mantém um relacionamento semeado por uma submissão de sua parte. Parece ser dominada pelas relações com os outros; invadida pela presença do outro em sua vida. Ela mesma comenta sua dificuldade em se tornar independente e responsável por si própria, sem depender de mais ninguém; é uma situação que lhe suscita grande medo.

Shelly passa por uma dificuldade grande no início, para se envolver e confiar na equipe médica. Aos poucos, demonstra um esforço em se abrir e ser honesta com os outros, assim como consigo mesma. Enfrenta diversas “provações” durante o tratamento, que a testam em sua capacidade de confiar no outro. Consegue desvencilhar-se da sombra de Polly, ao confessar à equipe que a medicação (estabilizador de humor) encontrada em seu quarto foi fornecida pela colega, quando ela estava muito ansiosa. Apesar do sofrimento que lhe causou estar na situação de separar-se de Polly, o fez por comprometer-se em ser sincera durante o tratamento.

Deixou a clínica após um mês, devido ao término de cobertura do convênio, com pouca segurança sobre se responsabilizar por si mesma. Segundo informações do documentário, Shelly volta para a casa da mãe; perde cerca de oito quilos e é submetida a tratamento por eletroconvulsoterapia para sua depressão. Casa-se e volta a trabalhar como enfermeira, ainda lutando com seu transtorno alimentar.

Polly, 29 anos. Em tratamento há seis semanas, internou-se após uma tentativa de suicídio por ter comido dois pedaços de pizza. Como ela afirma, não foi só isso, mas foi a gota d'água. Sempre fez dieta, ensinada pela própria família (cortava a comida em pedaços pequenos, mastigava bastante, tomava água nas refeições para encher o estômago rapidamente). Aos 11 anos já contava calorias e gordura.

É bastante sedutora com os demais. Conquista facilmente as pessoas e consegue ser o centro das atenções onde está. É fácil ser conquistada por ela no início do documentário, mas aos poucos se passa a perceber seu comportamento um tanto manipulador. Está sempre agitada e, quando chora, desperta menos simpatia do que as outras pacientes. Não parece um choro pesado, de sentimentos sofridos, como o de Shelly. Mostra seus muitos truques: como consegue fumar escondido dentro da clínica; como enganou a terapeuta ao dizer que ia à livraria com a colega (ambas com passe de saída livre da clínica), tendo na verdade ido fazer uma tatuagem; como burla as regras constantemente, envolvendo as colegas nesse jogo.

Em uma reunião em grupo, confessa o hábito de fumar no banheiro e pede desculpas, levando outras colegas a fazer o mesmo, apensar de ter dito que ninguém mais o fazia (“é o que amigos fazem uns pelos outros, levam a culpa”). No final, é expulsa da clínica por ter fornecido medicamento sem permissão a Shelly. Mesmo pedindo desculpas e prometendo melhorar, não convence a manterem-na lá. A mãe de Polly tem a mesma postura que a filha: ao saber da expulsão, suplica que deixem a filha ficar, e, ao ser negado, acusa-as, ameaça, regurgita toda a sua raiva e frustração na equipe. Polly age do mesmo modo; é muito impulsiva e culpa as colegas por terem-na delatado, depois pede desculpas, chora e as comove em sua despedida. Sai triunfante.

Após a saída da clínica, volta a estudar e trabalhar, e continua batalhando com seu transtorno alimentar.

Brittany, 15 anos. Apresenta transtorno alimentar desde os oito anos de idade. Na época da internação em Renfrew, apresentava baixa pressão arterial (sentindo-se constantemente zozna), perda de cabelo e comprometimento no fígado.

Sempre foi uma criança com sobrepeso, e isso a incomodava por comparar-se com as outras colegas de escola. Começou a vomitar com 15 anos, o que manteve escondido por um mês, e depois contou à sua mãe. Segundo ela, a mãe sabia o que acontecia, apenas não sabia o que fazer, por ela própria também ter um transtorno alimentar. Brittany conta que fazia um jogo com sua mãe: ambas mastigavam muitos doces e balas e as cuspiam. Não consideravam um problema.

A relação com a mãe é de muita proximidade. Apesar de não ser possível realizar uma análise mais profunda dessa ligação devido à falta de maiores conhecimentos, vê-se o quão semelhantes são as duas, característica que se estende ao comportamento com a comida. Na hora do almoço, ambas têm os mesmos rituais com os alimentos, separando no prato o que irão comer, cortando a comida em pequenos pedaços, etc. É possível hipotetizar uma relação simbiótica e de muita dependência entre mãe e filha. É difícil pensar como uma mãe não percebe o comportamento alimentar de sua filha de oito anos; ou seja, talvez houvesse um mecanismo de alucinação negativa, de não querer ver a doença da filha, principalmente por ela própria ter anorexia.

Das pacientes retratadas em *Thin*, Brittany apresenta uma dinâmica bastante conflitiva em relação à presença do outro. Conta que sempre foi muito preocupada com o que as pessoas pensavam dela, tendo sido essa a razão pela qual começou a perder peso. É uma adolescente em conflito com sua imagem corporal, em constante comparação de si com os outros. É facilmente influenciada pelas imagens e conversas à sua volta. Segue dietas bizarras que ouve em comentários das outras pacientes. A palavra do outro a invade e a consome.

Ao mesmo tempo, nunca é capaz de escutar o outro. Sempre que confrontada, foge da situação. Em uma reunião de grupo, Polly a critica, pois considera que ela “quer ser a mais doente daqui”. A nutricionista desaprova o fato de Brittany ter guardado segredo sobre seus vômitos. Em nenhuma dessas situações, Brittany consegue ouvir aquilo que é dito sobre ela.

Mostra-se em profundo sofrimento psíquico: das quatro pacientes documentadas, se encontra em pior estado. Não reconhece seu problema; não *se reconhece* doente e precisando de ajuda. Simplesmente acha-se gorda e isso é tudo em que consegue pensar. Não quer continuar tratamento na clínica, e comenta que voltará a perder peso ao sair de lá. Pede à mãe para ir embora, por ser investido muito dinheiro em uma reabilitação que não está ocorrendo e a qual ela não deseja. A presença da culpa parece constante para Brittany, em especial quando, em relação ao dinheiro gasto, comenta, “vou ficar para sempre com o peso da culpa”.

O tratamento de Brittany tem fim quando o convênio não mais o cobre. Ela refere sentir-se nervosa por não estar preparada para deixar a clínica. Não houve melhora durante sua estada em Renfrew. Seus planos para o primeiro dia de

volta “não envolvem comida”. Brittany chora pelo ganho de peso durante o tratamento, e por ter voltado a ter papada – “só quero tirar isso”, ela desespera-se, mostrando o desejo irreal da anoréxica de simplesmente “cortar” de si partes de seu corpo.

Durante terapia em grupo, há um apelo por parte de uma das pacientes – e depois reafirmado pelas demais – de que ela se cuide, e queira melhorar. Na tentativa de convencê-la disso, as pacientes contam suas próprias experiências e como elas estão lutando para melhorar. Brittany simplesmente não está conectada com as súplicas das colegas. Chora por não querer que as pessoas fiquem bravas com ela – novamente o peso do comentário do outro –, e quer ser deixada em paz para morrer. Enquanto todas as outras, impacientemente e sem compreendê-la, unem-se em um coro que procura passar-lhe uma lição, é como se Brittany não estivesse mais na presença das demais. Todas estão falando com ela, mas ela não olha para ninguém, e fala, para si mesma, que “só quero ser magra”.

Volta para casa e continua com seu comportamento restritivo, perdendo peso rapidamente (sua meta para peso ideal era a perda de cerca de 20 quilos).

Alisa, 30 anos. Possui transtorno alimentar desde os catorze anos de idade. Divorciada, mãe de duas crianças, foi hospitalizada cinco vezes nos três meses anteriores à internação. Comportamentos de compulsão alimentar seguidos de vômitos, por até três dias seguidos. É bastante rígida com a dieta restritiva que se impõe: menos de 200 calorias por dia; anotando em um caderno todos os alimentos consumidos e seu respectivo valor calórico.

Das quatro pacientes, seu transtorno alimentar é envolvido por um comportamento rígido e obsessivo. Quer ser magra mais do que tudo; essa é sua meta, e consegue seguir à risca todas as restrições a que se impõe. Relata, “tentei encontrar satisfação em outras coisas, mas nada é como isso”, e “se precisar morrer para alcançar a magreza, que seja”. Apresenta-se como um pensamento obsessivo de emagrecer; obsessão que também está presente em outras situações: na escolha da roupa antes de sair de casa, no ritual para dar banho no filho. A questão do controle é central em seu distúrbio. Controle que é perdido durante suas compulsões alimentares, e “recuperado” ao livrar-se de toda a comida através da purgação. Sempre acompanhada da vergonha quando não consegue manter-se sob esse controle. Apresenta uma ansiedade difusa que tenta preencher com comida; um vazio que quer ser preenchido para atenuar a angústia.

Ao entrar na clínica, está deprimida e, desanimada, afirma não querer se recuperar. Seu discurso tem um tom melancólico e só se sente culpada em relação à sua doença ao pensar nos filhos. “São a melhor parte de mim” e, tal como Shelly, o remorso e a família fazem parte da dinâmica do adoecimento através da

culpa. Não há desejo de melhora por si mesmas, mas pela figura do outro importante.

Sua tristeza é mais calada, parecendo haver uma melhora no decorrer do tratamento. É Alisa quem inicia o apelo a Brittany por sua melhora, ao pensar em seus filhos, e em como fez um pacto consigo mesma e com outras pacientes na tentativa de lutar pela sua vida. Entretanto, parece-me que sua fala é descompensada com seus sentimentos; Alisa não entra em contato com sua tristeza. Parece haver uma abertura para o mundo, mas sem real consciência do contato: tudo entra e tudo sai, sem discernimento.

Na noite em que vai embora, janta em um restaurante com Shelly e seus filhos; ao retornar à sua casa, provoca vômitos. Perde cerca de dez quilos e tenta suicidar-se com overdose de diuréticos. Retorna a *Renfrew*, conseguindo manter um “peso saudável”.

Algumas considerações

A partir da análise dos relatos e da observação das pacientes documentadas em *Thin*, percebemos algumas dinâmicas presentes nos chamados transtornos alimentares. A questão fundamental, longe de estar centrada no alimento, mostra-se no funcionamento psíquico dessas mulheres e traduz-se no relacionamento com o outro. No âmbito familiar, temos as vivências de Polly, que controla sua alimentação seguindo modelo de sua família, desde pequena; Shelly, com um sentimento de inferioridade e competitividade em relação à irmã gêmea; Brittany, simbioticamente ligada à sua mãe anoréxica.

A presença do outro é sempre ofuscante, penetrante, devorante. Há o desejo da relação, mas não há relação; há a dependência do outro que consome, e o impedimento de livrar-se (libertação através da própria carne). Uma dificuldade de escuta, do outro e de si mesma. Uma ausência de contato com os próprios sentimentos. A presença constante de uma ideia fixa e de uma angústia difusa, que busca apaziguamento no controle (não comer) ou no descontrole (comer e vomitar). Controle vitorioso sobre si própria, mantido pelo ideal de não precisar da comida nem de ninguém.

A constatação final do documentário, da falha na melhora dessas quatro mulheres, aponta para a complexidade do adoecimento psíquico envolvido nos transtornos alimentares, e a necessidade de uma abordagem que não se foque na cura pelo ganho de peso, pois essa meta leva ao fracasso – sentimento tão familiar a essas pacientes.

A literatura sobre o tratamento de pacientes com transtornos alimentares mostra como os baseados unicamente na suspensão dos sintomas fracassam, levando a um questionamento sobre a cura. A posição que procura eliminar os sintomas e transformá-los num comportamento normal e ideal é perigosa, porque o ideal de cura é tão capturante quanto o corpo ideal obsessivamente almejado pelos pacientes com sintomas anoréxicos e bulímicos.

É preciso reconhecer: a busca por resultados ideais não acontece somente nos tratamentos centrados sobre o sintoma. Muitas vezes o psicoterapeuta também exige dos pacientes elaborações e transformações psíquicas que freqüentemente eles não conseguem realizar. Uma transformação como as que vislumbram as pacientes com sintomas anoréxicos e bulímicos, esperando com suas dietas transformarem-se em *top models*, perfeitas ao olhar do outro. Outras vezes, o psicoterapeuta nega o encaminhamento para o médico, imaginando que o vínculo de seu tratamento possa ser maculado, deixando de ser ideal. Sendo assim, o tratamento ideal pode transformar-se num obstáculo à escuta em favor de uma obsessão pela cura sintomática do paciente, ou, também, pela sua fala. Por trás dos sintomas estereotipados da anorexia e da bulimia encontra-se uma diversidade e uma complexidade.

42

Referências

CAMPBELL, Robert J. *Dicionário de psiquiatria*. São Paulo: Martins Fontes, 1986.

GREENFIELD, Lauren. Thin: Director's Statement. Disponível em <www.laurengreenfield.com>. Acesso em: 30 nov. 2007.

Informações sobre a clínica Renfrew obtidas em <www.renfrewcenter.com>.

MAGTAZ, Ana Cecilia. Distúrbios da oralidade na melancolia. 2008. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Resumos

Thin es un documental de Lauren Greenfield, quien acompañó durante un mes las pacientes internadas en la clínica Renfrew, un centro de tratamiento para las enfermedades alimentarias. La clínica es dirigida a pacientes en condiciones severas de enfermedad psicológica, atendidas por un equipo multiprofesional. Ellas participan en sesiones de terapia individual, en grupo y familiar, y son acompañadas diariamente por el atendimento de la enfermería y nutrición. A través del relato de las pacientes y

del equipo, es posible aprender las vivencias de cuatro mujeres, en su vida con pensamientos, actitudes y relacionamientos marcados por la presencia de anorexia y o bulimia. El presente artículo tuvo como objetivo proporcionar un análisis de las cuestiones indicadas por el documental, así como de las vivencias de las pacientes y del método utilizado en Renfrew. La constatación final del documental – la falla en la mejora de esas mujeres – apunta para la complejidad de la enfermedad psíquica, y la necesidad de un abordaje que no se enfoque en la cura a través del aumento de peso, porque ese objetivo lleva al fracaso, un sentimiento tan familiar a esas pacientes.

Palabras clave: Enfermedades alimentarias, tratamiento, método clínico

Thin est un documentaire de Lauren Greenfield. Elle a accompagné pendant un mois les patientes internées dans la clinique Renfrew, un centre de traitement de troubles d'alimentation. La clinique, composée d'une équipe multiprofessionnel, est dirigée aux patientes en conditions sévères de maladie psychologique. Elles suivent des sessions de thérapie individuelle, en groupe et en famille et sont accompagnées tous les jours par les professionnels de l'infirmière et de la nutrition. Par les paroles des patientes et de l'équipe, on apprend l'expérience de quatre femmes, leurs façons de penser, leurs habitudes et leurs rapports marqués par la présence de l'anorexie et de la boulimie. Ce travail a comme but l'analyse de questions soulevées par le documentaire ainsi que réfléchir sur l'expérience de ces patientes et la méthode utilisé à Renfrew. La constatation finale du documentaire – l'échec du traitement – nous montre la complexité de la souffrance psychique dans le champ des troubles d'alimentation et la nécessité d'un approche qui ne soit pas centré à l'augmentation du poids, car ce but constamment amène à l'échec, un sentiment si commun à ces patientes.

Mots clés: Troubles d'alimentation, traitement, méthode clinique

Thin is a documentary by Lauren Greenfield, who during a month followed the intern patients of the Renfrew clinic, a treatment center for eating disorders. The clinic is oriented to patients in severe psychological suffering conditions, treated by a multiprofessional team. They participate in sessions of individual, group and family's therapy, and are followed up by daily care of nursing and nutrition. Through the patients and staff's reports, we can get the experiences of four women, in their dealing with thoughts, attitudes and relationships marked out by the presence of anorexia and or bulimia. The present essay aimed at an analysis of the topics brought up in the documentary, as well as the patients' experiences and the method used in Renfrew. The final conclusion of the documentary – the lack of improvement for these women – points out the complexity of the psychological suffering involved in eating disorders, and the need of an approach that doesn't focus on the cure through the gain of weight, for this target leads to failure, which is a well known feeling for these patients.

Key words: Eating disorders, treatment, clinical method

Citação/Citation: Molina, T. C.; Magtaz, A. C. Quero ser magra: análise de um documentário que retrata a experiência de uma clínica de tratamento de transtornos alimentares. *Latin American Journal of Fundamental Psychopathology Online*, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 33-44, nov. de 2009.

Editor do artigo/Editors: Prof. Dr. Henrique Figueiredo Carneiro e Profa. Dra. Junia de Vilhena

Recebido/Received: 10.3.2009/3.10.2009 **Aceito/Accepted:** 16.6.2009/6.16.2009

Copyright: © 2009 Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental/University Association for Research in Fundamental Psychopathology. Este é um artigo de livre acesso, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte sejam citados/ this is an open-access article, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited

Financiamento: Os autores declaram não ter sido financiados ou apoiados/The authors have no support of funding to report.

Conflito de interesses: Os autores declaram que não há conflito de interesse/The authors declare that they have no conflict of interest.

THAIS CHAVES MOLINA

Psicóloga graduada pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP/Br.), Especialista em Psicopatologia e Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública de São Paulo (FSP-USP/Br.).

Rua Joaquim Antunes, 996/74

05415-001 São Paulo, SP, Brasil

Fone: (11) 9128.2188

e-mail: thaismolina84@yahoo.com.br

ANA CECÍLIA MAGTAZ

Psicóloga, psicanalista, Doutora pelo Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP/Br.), Professora do Curso de Especialização em Psicopatologia e Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP/Br.), Diretora Administrativa da Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental – AUPPF, Secretária Executiva do *Latin American Journal of Fundamental Psychopathology Online*, autora de diversos artigos.

Rua Prof. Pedro da Cunha, 65/cj.31

05010-020 São Paulo, SP, Brasil

Fone: (11) 3675.0584

e-mail: acmscaz@uol.com.br