

Modelo de Atendimento a Grupos Familiares de Pacientes com Transtornos

Alimentares

Model of Assistance to Eating Disorders Patient's Families

Izabel Emília Sanchez Abrahão¹

Claudia Regina Ribeiro²

Edna Maria Ferreira³

Isabelle Tortorella Carneiro Grassi⁴

Margarete Carvalho Cavalcante⁵

Marlene Oliveira⁶

Raphael Cangelli Filho⁷

Thais de Castro Gazotti⁸

Resumo

Este artigo visa abordar a experiência clínica com famílias nos grupos de apoio multifamiliar e terapia familiar de pacientes com Transtorno Alimentar em tratamento no Programa de Transtornos Alimentares (AMBULIM), do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Fundação Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP).

Palavras-chave: grupo multifamiliar, transtorno alimentar, terapia familiar, família

¹ Psicóloga, terapeuta de casal e família, membro titular da APTF, coordenadora da psicologia da Enfermaria de Comportamento Alimentar do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP.

² Psicóloga, terapeuta de casal e família, membro do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP.

³ Psicóloga, terapeuta de casal e família, membro do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP.

⁴ Psicóloga, terapeuta de casal e família, coordenadora do atendimento familiar da Enfermaria de Comportamento Alimentar do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP.

⁵ Psicóloga, terapeuta de casal e família, membro do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP.

⁶ Psicóloga, terapeuta de casal e família, membro do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP.

⁷ Psicólogo, terapeuta cognitivo, coordenador geral da Psicologia do Programa de Transtornos Alimentares do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP.

⁸ Psicóloga, terapeuta de casal e família, membro do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP.

Abstract

This article aims to address the clinical experience with families in multifamily support groups and family therapy, of patients with Eating Disorders being treated in the Programa de Transtornos Alimentares – AMBULIM, from Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP.

Keywords: multifamily group, eating disorder, family therapy, family.

A família é um sistema ativo em constante transformação, ou seja, um organismo complexo que se altera com o passar do tempo para assegurar a continuidade e o crescimento psicossocial de seus membros componentes. Esse processo dual de continuidade e crescimento permite o desenvolvimento da família como unidade e, ao mesmo tempo, assegura a diferenciação de seus membros. A necessidade de diferenciação entendida como a autoexpressão de cada indivíduo funde-se com a necessidade de coesão e manutenção da unidade do grupo com o passar do tempo. Teoricamente, o indivíduo é membro garantido em um grupo familiar que seja suficientemente coeso e do qual ele possa se diferenciar progressivamente e individualmente, tornando-se cada vez menos dependente em seu funcionamento do sistema familiar original, até poder se separar e instituir, por si mesmo, com funções diferentes, um novo sistema (Andolfi, 1984, p.18).

Algumas famílias podem ser facilitadoras ou não para que o processo de tratamento tenha êxito, sendo assim é fundamental a sua participação para aprenderem a se comunicar e na utilização de estratégias/manejos, de como proceder nos momentos de crise e possíveis gatilhos para os Transtornos Alimentares (TA). O objetivo é fazer com que a família/o cuidador aprenda a separar e identificar o seu filho(a) da doença e culpar a doença, e não a si mesmos.

Pesquisadores e profissionais do Maudsley Hospital, em Londres, vêm, ao longo dos últimos anos, buscando encontrar novas formas de compreensão da inclusão da família no tratamento. Os resultados de seu primeiro estudo, realizado em 1985 com pacientes internados, evidenciaram a inter-relação do uso da terapia familiar com a idade do aparecimento e duração do transtorno, ou seja, os melhores resultados foram encontrados

entre as pessoas com transtorno iniciando antes dos 19 anos e com pouco tempo desde o seu aparecimento.

Em 1999, no Conselho Europeu dos Transtornos Alimentares, em Estocolmo, ocorreram reflexões importantes sobre o tratamento desses transtornos e, pela primeira vez, mencionou-se o uso da abordagem multifamiliar. Afirma que a abordagem multifamiliar tem bons resultados por promover a troca de experiência entre famílias, mais do que no trabalho só com uma família. Essa troca favoreceria uma coesão grupal junto a uma atmosfera de apoio. Novos sentidos poderiam surgir, saindo da paralisação do medo da mudança ante tantas dificuldades encontradas. Além disso, no grupo multifamiliar, seria possível observar as diferentes fases em que se encontram as outras famílias e ouvir como elas superaram os problemas, ajudando a pensar em novas maneiras para si (Fleminger, 2005)

Nesse formato, o profissional sai da posição de especialista do “problema” dessas famílias, passando para a posição de escuta dos sentidos do que é problemático para elas.

Um dos primeiros relatos encontrados na literatura médica, com uma abordagem familiar, aconteceu no século XVII, na Inglaterra.

Isso aconteceu com um médico que prescreveu para o paciente o afastamento temporário da sua própria família (Guillemot & Laxenaire, 1995). Sendo assim, só depois da Segunda Guerra Mundial, a valorização da terapia familiar é reconhecida e suas diversas abordagens mostram evidências.

A terapia familiar sistêmica tem uma grande contribuição na abordagem com os transtornos alimentares. Só no início dos anos 70, Minuchin, nos EUA, e Mara Palazolli, na Itália, desenvolvem trabalhos e pesquisas com pacientes com anorexia nervosa e bulimia nervosa e a inclusão da equipe multidisciplinar (Minuchin, 1982).

A abordagem sistêmica preconiza que a família pode ser definida como um sistema, que caracteriza uma teia complexa de elementos que se encontram dinamicamente relacionados em mútua interação.

O tratamento de pacientes no AMBULIM inclui as famílias como parte fundamental do tratamento.

O terapeuta educa os pais com uma visão sistêmica por meio de um “psicoeducativo” em que explica sobre o funcionamento do transtorno, colocando os efeitos físicos e psicológicos. Aborda aspectos que favorecem ou prejudicam o tratamento, destaca os padrões disfuncionais, expectativas e exigências de membros da família. Encoraja-os a assumirem responsabilidade pela mudança.

Oferece ferramentas e suporte para que se sintam apoiados e acolhidos, minimiza o sofrimento que o transtorno causa nos relacionamentos entre os membros da família. Sendo assim, constrói uma aliança com eles, incentivando-os a assumir o comando da alimentação do seu filho (Loockn & Le Grande 2010).

Há familiares que relatam que, por meio da terapia familiar, conseguiram se expressar abertamente com o filho e desenvolveram repertórios de comunicação e diálogos.

Um dos agravos à saúde que mais tem adquirido visibilidade nos últimos anos são os TA. Os TA são quadros psiquiátricos que apresentam etiologia multifatorial, que afetam prioritariamente mulheres entre 12 e 28 anos. Vários fatores entre si, de forma complexa, precipitam e perpetuam o quadro psicopatológico. Dentre os principais fatores envolvidos na gênese dos sintomas, encontra-se a dinâmica familiar.

Situações de adoecimento grave e persistente, como os TA, são potencialmente disruptivas e repercutem na família como um todo, podendo abalar sua dinâmica de funcionamento.

Os transtornos alimentares são caracterizados por uma perturbação persistente na alimentação ou no comportamento relacionado à alimentação e compromete significativamente a saúde física ou o funcionamento psicossocial.

Os sintomas de transtornos alimentares podem se assemelhar com os de transtornos por uso de substância, como fissuras e padrões de uso compulsivo. Alguns estudos apontam que em ambos os transtornos há envolvimento dos mesmos sistemas neurais, como os de autocontrole regulatório e de recompensa, porém ainda é necessário que haja mais estudos que comprovem essa relação.

A seguir, as definições dos principais transtornos alimentares de acordo com o DSM-5 (APA, 2014):

1. Anorexia Nervosa (AN)

- Restrição da ingestão calórica levando a um peso corporal significativamente baixo (inferior ao peso mínimo normal).

- Medo intenso de ganhar peso ou engordar, comportamento persistente que interfere no ganho de peso mesmo estando com peso significativamente baixo.

- Perturbação no modo como o próprio peso ou a forma corporal são vivenciados, não reconhece a gravidade do baixo peso corporal atual.

O indivíduo mantém um peso corporal abaixo daquele minimamente normal para idade, gênero, trajetória do desenvolvimento e saúde física e muitas vezes não reconhece ou percebe o medo de ganhar peso e a gravidade da desnutrição.

O medo intenso de ganhar peso pode aumentar até mesmo se o peso diminuir. Pesam-se com muita frequência, medem obsessivamente partes específicas do corpo (pernas, quadril, cintura), geralmente têm baixa autoestima e está relacionada diretamente a percepção da forma e peso corporal. A perda de peso é vista com satisfação é sinônimo de autocontrole, autodisciplina.

2. Bulimia Nervosa (BN)

- Comportamentos compensatórios – inapropriados para evitar o ganho de peso.

- Uso indevido de laxantes, diuréticos, vômitos autoinduzidos, excesso de atividade física; jejum, uso de hormônios para controlar peso.

- Sentimentos de vergonha pela relação alimentar e tentam esconder os sintomas de amigos e familiares. Prejuízo funcional principalmente no desempenho de papéis sociais. Comem até se sentir desconfortavelmente cheios.

O antecedente mais comum da compulsão alimentar é o afeto negativo e outros gatilhos como fatores de estresse interpessoal, restrições dietéticas, sentimentos negativos relacionados ao peso corporal e a forma do corpo.

A compulsão pode até minimizar os fatores que precipitam um episódio a curto prazo, mas a autoavaliação negativa e a disforia são consequências tardias.

Características associadas que apoiam o diagnóstico:

- geralmente indivíduos estão dentro da faixa de peso normal ou com sobrepeso;
- normalmente optam por alimentos dietéticos nos episódios de compulsão alimentar;
- irregularidade menstrual;
- distúrbios eletrolíticos decorrentes do comportamento purgativo;
- ulcerações esofágicas, ruptura gástrica e arritmia cardíaca são complicações raras, mas fatais.

3. Transtorno de Compulsão Alimentar (TCA)

Caracterizados por episódios recorrentes de compulsão alimentar que devem ocorrer pelo menos uma vez por semana durante um período de três meses (Critério D) e deve ser acompanhada de uma sensação de falta de controle (Critério A2). A falta de controle é evidenciada quando há incapacidade de evitar ou parar de comer. Episódio de compulsão alimentar é definido como a ingestão em período determinado de tempo (a cada duas horas) de uma quantidade de alimento muito maior do que a maioria das pessoas consumiria em um mesmo período sobre circunstâncias semelhantes (Critério A1).

O TCA é marcado por muito sofrimento (Critério C) e pelo menos três dos seguintes aspectos: comer muito mais rápido do que o normal, comer até se sentir desconfortavelmente cheio, ingerir grandes quantidades de alimentos sem estar com a sensação física de fome, comer sozinho por vergonha do quanto se come, sentir-se desgostoso desse mesmo, deprimido e/ou muito culpado em seguida (Critério B).

Os pacientes com diagnóstico de TCA sentem vergonha de seus problemas alimentares e tentam ocultar os sintomas. O antecedente mais comum é o afeto negativo e outros gatilhos como estressores interpessoais, restrições dietéticas, sentimentos negativos relacionados ao peso corporal e a forma do corpo e ao alimento, tédio.

Características associadas que apoiam o diagnóstico:

Ocorre em indivíduos com peso normal, sobrepeso e obesos. Frequentemente associado ao sobrepeso e à obesidade em indivíduos que buscam tratamento. A maioria dos indivíduos obesos não se envolve em compulsão alimentar recorrente. Indivíduos obesos com TCA têm mais prejuízo funcional, qualidade de vida inferior, mais sofrimento subjetivo e maior comorbidade psiquiátrica.

É muito importante que a família reconheça essas características dos TA, reconheçam também seu estado emocional e como os seus sentimentos influenciam na forma como lidam com seu filho.

Inicialmente os pais costumam se sentir culpados pelo surgimento do TA e por não terem identificado precocemente os sintomas. É importante ter sempre em mente que a recuperação é um processo gradual. Demanda bastante esforço e envolvimento da família, especialmente no início do tratamento. Manter o filho motivado e engajado no tratamento e atividades sociais previne recaídas.

A terapia familiar é a única modalidade comprovadamente eficaz em crianças e adolescentes com TA. Tem por objetivo auxiliar os pais a realimentar seus filhos, bem como coibir comportamentos compulsivos, compensatórios e purgativos. Progressivamente, o paciente jovem vai retomando sua autonomia e auxiliado a retomar a independência.

Grupo de Apoio Multifamiliar nos Ambulatórios de AN, BN e TCA

O grupo multifamiliar é caracterizado por reunir pessoas significativamente afetivas dos pacientes inseridos no Programa de Transtornos Alimentares (AMBULIM) do IPq-HCFMUSP. Participam do grupo tanto familiares como outras pessoas da rede de suporte que apoiam o tratamento dos pacientes, previamente inscritos e admitidos no programa. Por se tratar de um hospital-escola, ocasionalmente temos a presença, enquanto ouvintes e observadores, de alunos dos cursos de aprimoramento em Transtorno Alimentar.

Os grupos multifamiliares oferecidos aos pacientes em tratamento ambulatorial de AN, BN e TCA são coordenados por duas psicólogas que integram a equipe de psicologia do

AMBULIM, sendo realizado semanalmente com uma hora de duração. A dinâmica do grupo multifamiliar envolve três propostas básicas:

- a. Psicoeducação: o que é o TA e seu impacto em cada membro, compreender a estrutura familiar e a sua dinâmica.
- b. Identificação: dos comportamentos que mantém o TA e como ocorre a interação familiar e sua relação com o TA.
- c. Promover: espaço para a reflexão, acolhimento, escuta e mudanças construtivas (alternativas de ação).

Dessa forma, os objetivos desse grupo são: prover informações psicoeducativas relacionadas aos TA, enfocando diferentes aspectos da doença e do tratamento, em vista de esclarecer e sanar dúvidas; oferecer um espaço de reflexão sobre as relações familiares, desenvolvendo a troca de experiências; e ofertar um momento de acolhimento e escuta empática aos participantes, pois sentimentos como medo do desconhecido e angústia são os mais comumente relatados.

Os TA's são doenças de difícil tratamento, em que a intervenção mais efetiva é realizada por uma equipe multidisciplinar composta por profissionais especializados nesta temática e incluindo a família no processo terapêutico. Apesar de ser um membro da família que está doente, ele não é o único que sofre as consequências do TA: a família aflige-se e preocupa-se com a saúde e a gravidade da situação. Percebemos sentimentos que vão desde a culpa até raiva e impotência.

Participam do grupo: pais, mães, irmãos, cônjuges, além de outros parentes e amigos dos pacientes. Os participantes trazem espontaneamente os temas que serão abordados, sendo estimulados a compartilharem suas experiências com os demais integrantes do grupo. Por meio dessa troca, o grupo propicia um movimento de corresponsabilidade e parceria na busca de posturas mais saudáveis. A participação no grupo não é obrigatória, mas observamos uma boa adesão dos familiares, os quais descrevem o grupo como uma oportunidade tanto para entender a doença, quanto para diminuir o isolamento e o sofrimento que vivem em função do quadro de TA.

O pressuposto teórico do grupo multifamiliar é a Terapia Sistêmica, acrescida de intervenções baseadas na Terapia Cognitiva Comportamental e no Psicodrama. É importante ressaltar que o Psicodrama é entendido não como uma técnica, mas como um instrumento de intervenção e tratamento, principalmente na sua proposta socioeconômica, onde o foco é o grupo e sua identidade em comum, possibilitando a todos os membros serem agentes terapêuticos, não se restringindo aos indivíduos, mas ao grupo todo e às pessoas que estão em relação com seus membros (Moreno, 1974).

Realizamos, também, encontros psicoeducativos com profissionais especialistas em TA. Os temas destes encontros são levantados de acordo com o interesse ou necessidade do grupo e são abertos à população em geral.

Com o advento da pandemia da covid-19, no ano de 2020, o grupo foi suspenso durante um mês e retornou de forma on-line, a partir de abril do mesmo ano, devido às mensagens recebidas de alguns familiares, que já participavam do grupo, relatando sentirem falta e necessidade de retomarem o espaço de interação, acolhimento e orientação profissional em um momento mundialmente desconhecido e angustiante. Devido à dificuldade de manejo e conexão da internet, observamos que alguns familiares não conseguiram prosseguir com a participação remota. Por outro lado, a participação dos familiares que se encontram fora da cidade de São Paulo, até mesmo fora do Brasil, e que não conseguiam ter uma frequência presencial regular, foi facilitada e promoveu maior assiduidade.

O grupo multifamiliar oferece suporte e encorajamento, com a oportunidade de aprender uns com os outros, fomentando o insight e aliviando o isolamento, assim como provoca um sentimento de solidariedade e suporte para os participantes que dividem e compartilham suas dúvidas, medos e esperança. Esta última aparece de forma significativa quando um participante divide com o grupo o processo de alta do tratamento em internação hospitalar oferecido na Enfermaria de Comportamento Alimentar (ECAL) do tratamento ambulatorial do paciente no AMBULIM. O processo de alta ocorre de forma cuidadosa, com tempo suficiente para que tanto o paciente quanto a família se sintam seguros e com encaminhamento para profissionais particulares ou assistências públicas à saúde mental. Ao dividir o que acontece

nesse processo com os outros participantes que se encontram em outro estágio de tratamento, observamos o renascimento da esperança diante do tratamento e percurso de um transtorno mental que causa muita angústia e sofrimento a todos que convivem com o paciente.

Atendimento Familiar da Enfermaria de Comportamento Alimentar (ECAL)

A Enfermaria de Comportamento Alimentar (ECAL), criada em 2004, é a única enfermaria psiquiátrica especializada e unicamente direcionada para o tratamento de pacientes portadores de Transtornos Alimentares, no Brasil e referência na América Latina. Conta com 10 leitos somente para pacientes com TA e uma equipe multidisciplinar composta por: médicos psiquiatras, nutricionistas, equipe de enfermagem, neuropsicólogos, psicoterapeutas individuais e familiares, fisioterapeutas, educadores físicos, assistente social, terapeuta ocupacional, eutonista, instrutor de mindfulness e cãoterapia.

Quando em regime de internação completa, o paciente recebe os cuidados especializados da equipe de enfermagem e acompanhamentos semanais: psiquiátrico, nutricional, psicoterapêutico (individual e familiar). Também são oferecidas atividades terapêuticas, como: Grupo Terapêutico de Imagem Corporal, Eutonia, Mindfulness, Grupo de Habilidades DBT (Terapia Comportamental Dialética).

A avaliação neuropsicológica é realizada mediante solicitação da equipe multidisciplinar; e são oferecidas outras atividades optativas: Cãoterapia, Mindfulness para Familiares, Grupo de Leitura, Yoga e Family Connection (DBT – Terapia Comportamental Dialética para familiares), em vista de ampliar a proposta terapêutica.

Os objetivos da terapia familiar na ECAL são: oferecer orientações básicas a respeito do TA, seus riscos e como lidar com eles; avaliar a dinâmica familiar e o impacto do TA em cada membro; refletir sobre as relações familiares e os vínculos afetivos. Paralelamente, o terapeuta busca proporcionar um acolhimento para a família, favorecendo a adesão ao tratamento e promovendo a corresponsabilização da família na evolução do quadro clínico do paciente.

Ao ter em vista que as transformações que ocorrem nos sistemas familiares são impulsionadas por eventos característicos do ciclo de vida da família (nascimentos, casamentos etc.) e por eventos inesperados, como o surgimento de uma doença, a assistência à família é imprescindível. Dessa forma, o conhecimento de que um dos membros da família não está saudável, vindo a receber um diagnóstico de TA, interfere no funcionamento do sistema familiar, atingindo todos os seus membros.

A internação surge como um recurso urgente e necessário para a recuperação de um quadro grave de TA, proporcionando o tratamento necessário para o paciente e afetando a família, os quais, em nossa experiência clínica, costumam relatar viver sentimentos conflitantes de segurança, insegurança e medo.

O atendimento da família do paciente internado ocorre na forma de terapia do núcleo familiar. É designado um membro da equipe de psicologia da ECAL, especializado em terapia familiar, para realizar o acompanhamento durante todo o período de internação. A frequência é de uma sessão semanal, com duração de uma hora a uma hora e meia, com a participação do paciente internado e dos membros da família. Devido à presença de pacientes de todo o Brasil, o atendimento remoto dessas famílias já era algo presente que foi intensificado com o advento da pandemia da covid-19.

Na primeira semana de internação do paciente, o psicólogo designado para atender a família faz o levantamento dos membros que participarão da terapia, através de um contato inicial com o paciente. Para participar deste acompanhamento psicoterapêutico, também podem ser chamados membros da família extensa e pessoas significativas em convívio próximo ao paciente. Na primeira sessão são coletadas as informações sobre a história do paciente e da família, estabelecendo-se o contrato e a participação dos familiares com a continuidade do acompanhamento durante todo o período de internação.

A terapia familiar procura construir novas narrativas que proporcionem novas ações, principalmente para lidar com os sintomas do TA. Os pacientes portadores de TA, desenvolvem, com muita frequência, um mecanismo de controle sobre o próprio corpo e sobre a alimentação, de modo que a vida passa a girar em torno da conduta alimentar. Isso ocorre

de forma intensa e constante, fazendo com que esse controle passe a ser exercido sobre os membros da família: alimentos passam a ser permitidos/proibidos, assim como surgem novas regras sobre o que pode ou não ser falado e deixam de se alimentarem à mesa junto aos demais membros da família.

A família passa a ser controlada por estes comportamentos, sentindo-se sobrecarregada e sem apoio. Com a internação, ocorre uma mudança na rotina, fazendo com que a família se reorganize para lidar com os cuidados que o tratamento requer. A terapia familiar é, portanto, o espaço para esta reestruturação familiar, construindo, de forma colaborativa, alternativas transformadoras do sistema funcional. É durante a internação que buscamos desenvolver e otimizar os recursos necessários para a família desempenhar sua função de colaboradora no cuidado com o paciente.

Uma questão muito importante e que ocasiona diferentes sentimentos nos membros da família, refere-se ao processo de alta da internação e ao entendimento de que a alta não significa o término do tratamento. A família precisa ser orientada no sentido de compreender que a alta indica que o paciente não está mais em um quadro clínico e psíquico com risco de vida que necessite de cuidados intensivos. Por isso, o paciente pós-alta deve continuar em tratamento ambulatorial com profissionais especializados em transtornos alimentares, inclusive com a participação dos familiares.

Grupo de Apoio Familiar no Grupo Especializado de Apoio a Homens com Transtornos Alimentares (GEAHTA)

No GEAHTA, uma das áreas do AMBULIM, o trabalho com os pacientes consiste em:

- Os pacientes passarem por uma triagem individual por psiquiatras, nutricionistas e psicólogos cujo objetivo é diagnosticar os TA (AN, BN, TCA e TARE – Transtorno Alimentar Restritivo Evitativo).

Uma vez selecionados, as famílias desses pacientes são convocadas pela equipe de terapia familiar, com o intuito de oferecer um espaço de acolhimento e esclarecimento dos TA, como suporte a angústia e a sensação de impotência presentes na maioria das famílias,

bem como facilitar a troca de experiências entre os familiares e aqueles que convivem com os pacientes.

Esses encontros têm uma hora de duração, são semanais e presenciais, entretanto, com advento da pandemia (covid-19), tivemos que nos readaptarmos e passaram a ser on-line, tendo adesão pela maioria dos familiares.

Os encontros são divididos em 10 sessões, onde em cada sessão abordamos um tema que será discutido por todos, cada um traz sua experiência vivida com seu familiar portador do TA e as dificuldades que têm em lidar com ele e a doença, bem como identificar e nomear suas emoções e sentimentos como medo, culpa, raiva, angústia, impotência, entre muitos outros.

Oferecer esse espaço em que os familiares e cuidadores possam falar é de extrema importância, pois muitas vezes eles não têm com quem dividir suas angústias e não sabem como lidar com tamanha sobrecarga, é nesse momento que os terapeutas familiares fazem sessões psicoeducativas, esclarecendo as dúvidas sobre a doença, seus riscos, o tratamento e a necessidade e importância da equipe multidisciplinar.

Ouvir as histórias de outras famílias também corrobora para que percebam que não estão sozinhos nas suas angústias, não são os únicos a vivenciarem dificuldades com o paciente e, ao falarem de suas emoções e sentimentos nomeando-os e sendo validados, é muito benéfico para eles.

Pois,

Sentir-se compreendido é o que precipita de maneira mais poderosa a mudança nos seres humanos e compreender nossos semelhantes é a expertise potencial de todos: compreender a raiva ou tristeza de outra pessoa ou frustração ou senso de injustiça. (Nick Luxmore in Langley, 2018, p.11).

Outro aspecto que o grupo multifamiliar do GEAHTA visa abordar e intervir de forma terapêutica, é na repetição de padrões interacionais transmitidos de uma geração a outra dentro dos sistemas familiares. A repetição pode surgir de diversas formas, toda família repete e há repetições que mantêm uma família como sistema, porém em algumas situações impede

o sistema familiar de mudar e crescer ou mantém uma família num nível tão disfuncional que a intervenção terapêutica se faz necessário.

No sistema familiar em que um dos membros sofre de TA por exemplo, não é raro ouvirmos dos outros parentes comentários do tipo: “você vai comer de novo?”, “você comeu muito pouco, desse jeito vai adoecer”, “você está tão magro, até parece que está doente” ou “você come demais vai ficar enorme”, “desse jeito, não casará nunca”, “se continuar engordando, não conseguirá emprego”, frases que, quando questionadas, podem soar como muito inofensivas para quem fala uma vez que até aquele momento, dentro daquela dinâmica familiar, nunca houve um impacto tão significativo, porém sabemos que esse tipo de repetição pode ser um fator desencadeante ou agravamento de um TA.

A nossa maior tarefa terapêutica é interromper as formas de lidar com um problema que não funcionam, ou seja, padrões que são disfuncionais como os já citados anteriormente.

Froma Walsh e alguns autores (2016, p.35), enfatizam

[...] a importância da observação e investigação para aprender a linguagem e as crenças de cada família, para ver o problema e os padrões relacionais pelos olhos dos vários membros e entender os valores e expectativas que influenciam a sua abordagem para lidar com um problema e a sua incapacidade de mudança.

Essa observação dos terapeutas na condução dos grupos é de extrema importância, auxiliando a terem um olhar reflexivo com suas atitudes em relação ao paciente identificado, no caso do GEAHTA, o paciente com o TA.

Os familiares tendem trazer posturas rígidas, estabelecidas por crenças limitantes através de várias gerações, culminando em processos destrutivos. Froma Walsh acrescenta ainda que, uma forma utilizada no processo terapêutico com as famílias é a “conotação positiva, a curiosidade respeitosa e o questionamento circular”.

É importante que as famílias sejam encorajadas a se engajarem no tratamento por meio de recursos a serem explorados na terapia e assim se sintam responsabilizados e não mais culpadas, promovendo saídas mais saudáveis para todos.

Referências

- American Psychiatric Association – APA. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. Artmed, 2014.
- Andolfi, M., Angelo, C., Menghi, P., & Nicolo-Corigliano, A. M. (1984). *Por trás da máscara familiar*. Artes Médicas.
- Fleminger, S. A. (2005). Model for the treatment of eating disorders of adolescents in a specialized centre in the Netherlands. *Journal of Family Therapy*, 27: 147-157.
- Guillemot A., & Laxenaire, M. (1995). *Anorexia mentale et boulimie: Les poids de la culture*. Masson Paris.
- Langley, J., Todd, G., & Treasure, J. (2018). *Caring for a loved one with an eating disorder: The new Maudsley skills – Based training manual*. Routledge.
- Loock, J., Le Grange, D., Agras, W. S., Moye, A., Bryson, S. W., & Jo, B. (2010). Randomized clinical trial comparing family-based treatment to adolescent focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 67, 1025-1032.
- Minuchin, S.; Nichols, M. P. (1982). *A cura da família*. Artes Médicas.
- Moreno, J. L. (1959/1974). *Psicoterapia de grupo e psicodrama*. Mestre Jou.
- Programa De Transtornos Alimentares – AMBULIM (2021). Recuperado em 03/06/2021, de <http://AMBULIM.org.br/historia/>
- Walsh, F. (2016). *Processos Normativos da Família – Diversidade e Complexidade*. Artmed.

Endereços para correspondências:

Izabel Emília Sanchez Abrahão – izabel.abrahao@hc.fm.usp.br – regional de associação da ABRATEF: APTF

Claudia Regina Ribeiro – claudia.rribeiro@hc.fm.usp.br

Edna Maria Ferreira – edna.mferreira@hc.fm.usp.br

Isabelle Tortorella Carneiro Grassi – isabelle.tortorella@hc.fm.usp.br

Margarete Carvalho Cavalcante – margarete.cavalcante@hc.fm.usp.br

Marlene Oliveira – marlene.oliveira@hc.fm.usp.br

Raphael Cangelli Filho – raphael.cangelli@hc.fm.usp.br

Thais de Castro Gazotti – thais.gazotti@hc.fm.usp.br