



ANA PAULA DEL PRÁ NETTO.
MÔNICA NASCIMENTO SAVORITI.

**TRANSTORNOS ALIMENTARES: A IMPORTÂNCIA DO TRABALHO COM A
FAMÍLIA.**

Trabalho apresentado ao Familiare Instituto
Sistêmico para obtenção do grau de
Especialista em Terapia Familiar e de Casal

Orientadora: Denise Duque

Florianópolis, novembro de 2006.

TRANSTORNOS ALIMENTARES: A IMPORTÂNCIA DO TRABALHO COM A FAMÍLIA; Ana Paula Del Pra NETTO; Mônica Nascimento SAPORITI; Orientadora Denise Duque; Novembro de 2006.

RESUMO

Nos últimos anos, tem sido possível observarmos um número cada vez maior de pessoas que desenvolvem graves transtornos do comportamento alimentar. Conseqüentemente, o número de pesquisas envolvendo os transtornos alimentares também aumentou e a abordagem sistêmica assumiu papel de destaque no tratamento de pacientes acometidos por esses sintomas. Nosso principal objetivo neste trabalho está centrado no estudo das relações familiares como parte integrante e significativa do tratamento multidisciplinar dos transtornos alimentares, especialmente os de anorexia e bulimia nervosa. A característica essencial dos transtornos alimentares é a preocupação excessiva com o peso, associada a um temor patológico de engordar. Esse medo faz com que a “anoréxica” evite ingerir qualquer tipo de alimento e com que a “bulímica” ingira comida em grandes quantidades de maneira compulsiva e rápida, ao mesmo tempo em que tenta evitar o aumento do peso através da provocação do vômito, do uso de laxantes ou diuréticos e da prática excessiva de exercícios físicos. Os transtornos alimentares acometem principalmente jovens do sexo feminino e, geralmente, são desencadeados pelo estímulo ao padrão de beleza das “modelos de moda” imposto pela mídia, isto é, um corpo magro e com poucas curvas. No entanto, apenas o desejo de atingir um corpo “ideal” não causa a doença. Para que a anorexia e a bulimia nervosa se desenvolvam, é necessária a interação entre fatores desencadeantes como: sócio culturais, biológicos, familiares e psicológicos. Por esse motivo os pacientes necessitam de um tratamento multidisciplinar para obter melhores possibilidades de cura.

PALAVRAS-CHAVE: anorexia nervosa, bulimia nervosa, transtornos alimentares, terapia familiar

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	5
1 TRANSTORNOS ALIMENTARES	7
1.1 O QUE SÃO TRANSTORNOS ALIMENTARES.....	7
2 ANOREXIA NERVOSA.....	8
2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS.....	8
2.2 CARACTERÍSTICAS DA DOENÇA.....	9
2.3 CLASSIFICAÇÃO DIAGNÓSTICA E QUADRO CLÍNICO	10
2.3.1 <i>Critérios de Diagnóstico de Anorexia Nervosa segundo o DSM-IV (1995,</i>	
<i>pg.516).....</i>	<i>11</i>
2.3.2 <i>Quadro Clínico.....</i>	<i>11</i>
3 BULIMIA NERVOSA.....	12
3.1 ASPECTOS HISTÓRICOS.....	12
3.2 CARACTERÍSTICAS DA DOENÇA.....	13
3.3 CLASSIFICAÇÃO DIAGNÓSTICA E QUADRO CLÍNICO	14
3.3.1 <i>Critérios de Diagnóstico de Bulimia Nervosa Segundo o DSM-IV</i>	
<i>(1995.p.517-521).....</i>	<i>14</i>
3.3.2 <i>Quadro Clínico.....</i>	<i>15</i>
3.4 CICLO DA BULIMIA.....	16
4 DIFERENÇAS ENTRE ANOREXIA E BULIMIA NERVOSA	17
5 O SURGIMENTO DA TERAPIA FAMILIAR SISTÊMICA	18
6 DINÂMICA FAMILIAR E INCLUSÃO DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO DE	
TRANSTORNOS ALIMENTARES.....	21
7 TRATAMENTO FAMILIAR SISTÊMICO.....	26
8 OUTROS TIPOS DE TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS	
ALIMENTARES..	30

8.1	TERAPIA COMPORTAMENTAL	30
8.2	TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL	31
8.3	TERAPIA DE GRUPO	32
8.4	TRATAMENTO FARMACOLÓGICO	32
8.5	TRATAMENTO AMBULATORIAL E HOSPITALAR	33
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	35
10	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
	ANEXO.....	40

INTRODUÇÃO

O presente estudo aborda os transtornos alimentares pela visão sistêmica e mostra a inclusão da família no tratamento de pacientes acometidos por anorexia e bulimia nervosa.

A Anorexia e a Bulimia Nervosa tiveram sua incidência aumentada nos últimos vinte e cinco anos devido, em grande parte, a pressão social que associa o corpo magro à saúde, sucesso e poder.

A mídia, principalmente a televisiva e a impressa, é um dos importantes agentes divulgadores destes modelos comportamentais e estéticos. Seu raio de alcance é bastante amplo, podendo-se supor que atinja, talvez mais fortemente que as outras, a classe média.

É principalmente na adolescência que os transtornos alimentares têm seu início, pois as adolescentes são capturadas pelo ideal de magreza, o que as faz acreditar que, se alcançarem o corpo “perfeito”, serão bem sucedidas em todas as áreas da vida.

Esse desejo pelo corpo tipo “manequim” pode levar o sujeito a utilizar técnicas e métodos purgativos inadequados para atingir o padrão de beleza idealizada, chegando inclusive a comprometer seu estado de saúde. É o caso dos transtornos alimentares, onde o paciente se recusa a comer mesmo estando com fome (anorexia nervosa) ou come exageradamente e depois vomita, faz uso de laxante ou diurético para evitar o ganho de peso (bulimia nervosa).

No entanto o desenvolvimento e manutenção dos transtornos alimentares não se devem exclusivamente ao meio social; fatores biológicos, psicológicos e familiares também determinam a incidência da doença. Desta forma, o sucesso do tratamento de pacientes com anorexia ou bulimia nervosa tem maior probabilidade de acontecer quando uma equipe multidisciplinar de médicos, nutricionistas, psicólogos e terapeutas familiares atuar em conjunto.

Essa pesquisa tem como objetivo geral:

- Caracterizar os transtornos alimentares de bulimia e anorexia nervosa, e seus diversos tratamentos, enfatizando a Abordagem Familiar Sistêmica.

Tem ainda como objetivos específicos:

- Discorrer sobre a influência do meio sócio-cultural na manifestação dos transtornos alimentares;
- Especificar as semelhanças e diferenças entre os transtornos alimentares de bulimia e anorexia nervosa.
- Contextualizar o surgimento da abordagem sistêmica;
- Relatar a influência da dinâmica familiar em pacientes com transtornos alimentares;
- Averiguar a importância da família no tratamento de pacientes com bulimia e/ou anorexia nervosa;
- Discorrer sobre tratamentos mais comuns para transtornos alimentares.

1 TRANSTORNOS ALIMENTARES

1.1 O que são Transtornos Alimentares

Os transtornos alimentares, segundo Ballone (2000), constituem uma verdadeira epidemia que assola as sociedades industrializadas e desenvolvidas, atingindo, sobretudo os adolescentes e adultos jovens, tendo, de modo geral, como sintoma, uma obsessão pela perfeição do corpo. Essa “epidemia” multiplica-se numa população patologicamente preocupada com a perfeição do corpo e que está sendo afetada por alterações psíquicas caracterizadas por distúrbios na representação pessoal do esquema corporal.

Conforme Farias (2001) os transtornos alimentares tornaram-se alvo de intensa pesquisa nos últimos 15 anos dado ao grande aumento da sua incidência, atingindo principalmente a população jovem. Estudos da década de 80 nos EUA revelaram que a anorexia nervosa é a terceira doença crônica mais comum entre adolescentes do sexo feminino, só perdendo para asma e obesidade, e que a bulimia nervosa afeta 1 a 5% da população dos Estados Unidos, sendo mais frequente em mulheres.

Estudos realizados por Morgan e Azevedo (2001), confirmam os dados levantados por Farias e revelam ainda que a anorexia e bulimia nervosa parecem ser mais prevalentes em países ocidentais e mais frequentes em mulheres jovens, especialmente nas classes sociais mais elevadas.

Estas informações levaram esses pesquisadores a conceber os transtornos alimentares como uma síndrome ligada à cultura. De acordo com os autores, a pressão cultural para emagrecer é considerada um elemento fundamental dos transtornos alimentares que interage com fatores biológicos, psicológicos e familiares, gerando a preocupação excessiva com o corpo e o pavor doentio de engordar, característicos da anorexia e bulimia nervosa. Os transtornos alimentares compartilham alguns sintomas comuns, como: desejar uma imagem corporal perfeita e favorecer uma distorção da realidade corporal diante do espelho. Isto ocorre porque nas últimas décadas ser fisicamente perfeito tem sido um dos principais objetivos das sociedades desenvolvidas.

Pesquisadores americanos como Sugar (1992), têm investigado a prevalência do desejo de emagrecer, o nível de insatisfação com o corpo, a história da dieta e outros comportamentos que visam a perda de peso em diversas populações norte-americanas e européias.

Hill, Olivier & Rogers (1992, apud Morgan e Azevedo, 2001), confirmam a impressão de que atualmente muitas mulheres fazem dieta e sentem-se insatisfeitas com o seu corpo, mesmo quando não estão acima do peso normal.

Os transtornos alimentares, segundo Ballone (2000), constituem uma verdadeira epidemia que assola as sociedades industrializadas e desenvolvidas, atingindo sobretudo os adolescentes e adultos jovens, tendo, de modo geral, como sintoma, uma obsessão pela perfeição do corpo. Essa “epidemia” multiplica-se numa população patologicamente preocupada com a perfeição do corpo e que está sendo afetada por alterações psíquicas caracterizadas por distúrbios na representação pessoal do esquema corporal.

2 ANOREXIA NERVOSA

2.1 Aspectos Históricos

A anorexia nervosa, de acordo com Nunes (1998), é uma doença que começou a ser descrita quase simultaneamente por Laségue, na França e por Gull, na Inglaterra, na segunda metade do século. Já a bulimia nervosa tem uma história bem mais recente, iniciada na década de 70, mas ainda era relacionada com a anorexia nervosa. O termo anorexia deriva do grego *orexis* (apetite) acrescido do prefixo *an* (ausência, privação), porém esse termo não é o mais adequado, pois a pessoa que manifesta a anorexia, pelo menos no estágio inicial, ainda luta contra a fome.

Entre os séculos V e XIII, o jejum voluntário ou inanição auto-imposta era interpretado como milagre divino. Era também a forma que algumas mulheres encontravam para se libertar de casamentos arranjados, já que ficavam tão magras que perdiam suas características femininas, e os noivos desistiam do matrimônio. Ainda no século XVIII o jejum de beatas era visto como prova de devoção a Deus e mostrava que elas haviam encontrado outras formas de alimento: a oração e a eucaristia.

A partir da Reforma Protestante a prática da anorexia passou a ser considerada obra do demônio e deixou de ser estimulada pela Igreja.

Por volta de 1895, Freud (apud Nunes, 1998, pg. 16) referiu-se a anorexia “como uma forma de melancolia pré-puberal causada por conflitos sexuais reprimidos”. Freud acreditava que a anoréxica sentia aversão aos alimentos porque a comida representava simbolicamente impulsos sexuais. Essa foi a primeira vez que a doença foi vinculada à sexualidade.

Pierre Janet (apud Nunes, 1998), no início do século acreditava que pacientes anoréxicas se recusavam a comer, pois tinham medo de crescer e se tornar adultas. Elas tinham vergonha e aversão ao corpo. Para este autor, o medo de engordar estava relacionado com a tentativa de “manter o corpo pequeno, com o objetivo de estagnar o crescimento, retardando a maturidade sexual” (Nunes, 1998, pg.16).

No ano de 1914 o doutor Simod descreveu sobre Anorexia com o nome de Caquexia Hipofisária, ressaltando que era uma doença que acometia mulheres no pós-parto, as quais começavam a perder peso e acabavam morrendo. Em 1939, Otto Sheeham realizou o diagnóstico diferencial entre Caquexia Hipofisária (origem orgânica) e a Anorexia nervosa. Na Alemanha, ainda em 1930, o termo *adição à magreza* foi empregado e observações com relação ao medo da gordura começaram a aparecer na literatura.

No contexto sociocultural, evidencia-se cada vez mais a mudança nos padrões de beleza feminina com o ideal de um corpo cada vez mais magro. Crisp (apud. Nunes, 1998) utilizava o termo *fobia do peso* e entendia que a perda severa de peso protegia a anoréxica dos conflitos de sexualidade e de separação típicos da puberdade, conservando à paciente, características físicas do estado pré-puberal.

Em 1970, Russel (apud Nunes, 1998) sugeriu três critérios diagnósticos para anorexia nervosa que são válidos até hoje. São eles: comportamento dirigido a produzir perda de peso; medo mórbido de engordar, como característica psicopatológica; distúrbio endocrinológico: amenorréia em mulheres e perda de potência sexual em homens.

2.2 Características da Doença

Ballone (2000), assim como Nunes (1998), afirma que o termo anorexia pode não ser de todo correto por não haver uma verdadeira perda de apetite, mas sim, uma recusa

em se alimentar. Segundo esse autor, pode-se dizer que anorexia nervosa é um transtorno alimentar caracterizado pela limitação da ingestão de alimentos devido à obsessão de magreza e o medo mórbido de ganhar peso.

Para critérios diagnósticos, o fato de a pessoa pesar menos que 85% do peso considerado normal para a idade e altura, costuma ser um dado valioso para se pensar em anorexia. Na adolescência só o fato de não alcançar o peso esperado para a altura já é um sinal de alerta.

Segundo Farias (2001), anoréxicos geralmente limitam as suas refeições a alimentos poucos calóricos e a quantidades insignificantes, e ainda negam sentir fome. No decorrer da doença o anoréxico isola-se do convívio social, limitando suas atividades à escola, casa e exercícios físicos.

A auto-estima dos pacientes com anorexia depende obsessivamente de sua forma e peso corporais. A perda de peso é vista como uma conquista notável e como um sinal de extraordinária disciplina pessoal, ao passo que o ganho de peso é percebido como um inaceitável fracasso do autocontrole. Quando conseguem perder peso, normalmente a preocupação com o peso real diminui. As mulheres que já menstruam costumam parar de menstruar (amenorréia) quando acometidas de anorexia nervosa.

Nos casos mais graves, o paciente adota métodos adicionais de perda, os quais incluem auto-indução ao vômito, uso indevido de laxantes ou diuréticos e prática de exercícios intensos ou excessivos.

Os pacientes de anorexia podem apresentar um estranho comportamento em relação à comida. De acordo com Ballone (2000) eles costumam esconder comidas pelos armários, banheiros, dentro de roupas ou podem preparar pratos extremamente elaborados para amigos ou familiares, ou ainda, podem procurar empregos como garçonetes, cozinheiros ou simplesmente colecionar receitas e artigos sobre comida. A preocupação crescente com alimentos ocorre juntamente com a diminuição do consumo.

2.3 Classificação Diagnóstica e Quadro Clínico

A classificação internacional de doenças foi criada em 1853 e vem sendo periodicamente revisada com base em pesquisas realizadas em diversos países. Após a

Segunda Guerra surgiu, nos Estados Unidos, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) que é útil para o diagnóstico sobre doenças mentais.

2.3.1 Critérios de Diagnóstico de Anorexia Nervosa segundo o DSM-IV (1995, pg.516)

A - Recusa a manter o peso corporal em nível igual ou acima do mínimo normal adequado à idade e altura (por ex., perda de peso levando à manutenção do peso corporal abaixo de 85% do esperado; ou fracasso em ter o ganho de peso esperado durante o período de crescimento, levando a um peso corporal menor que 85% do esperado).
B - Medo intenso de ganhar peso ou de ser tornar gordo, mesmo estando com o peso abaixo do normal.
C - Perturbação no modo de vivenciar o peso ou a forma do corpo, influência indevida do peso ou forma do corpo sobre a auto-avaliação, ou negação do baixo peso corporal atual.

Tipos de Anorexia Nervosa

Tipo Restritivo: durante o episódio atual de Anorexia Nervosa, o indivíduo não se envolveu regularmente em um comportamento de comer compulsivamente ou de purgação (isto é, auto-indução de vômito ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas).
Tipo Compulsão Periódico/ Purgativo: durante o episódio atual de Anorexia Nervosa, o indivíduo envolveu-se regularmente em um comportamento de comer compulsivamente ou de purgação (isto é, auto-indução de vômito ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas).

2.3.2 Quadro Clínico

Nunes (1998) afirma que a anorexia nervosa tem seu início na adolescência, a partir de uma dieta restritiva e persistente, com evitação de alimentos calóricos. Geralmente há um evento significativo desencadeante como perdas, mudanças, separações ou qualquer outro fator estressante.

Aos poucos, a pessoa passa a viver em função da forma corporal, do peso e da dieta, pensando em comida continuamente.

Por acreditar que qualquer coisa que comer vai engordar, a paciente anoréxica passa a ter um hábito alimentar bizarro que pode tornar-se cada vez mais secreto e ritualizado. Essas atitudes levam a paciente a um isolamento progressivo dos amigos e da própria família. A paciente anoréxica é descrita como ótima aluna, muito dedicada. Contudo seu padrão cognitivo indica um pensamento dicotômico, ou seja, do tipo “tudo ou nada”.

3 BULIMIA NERVOSA

3.1 Aspectos Históricos

Segundo Nunes (1998), Russel publicou, em 1979, um trabalho que é considerado um marco, pois evidencia o aparecimento de uma nova doença: a bulimia nervosa. A bulimia já era conhecida há séculos como sintoma, conforme demonstra a literatura sobre anorexia nervosa, entretanto seu reconhecimento como síndrome é recente, tem origem por volta de 1940.

No ano de 1944 começaram a aparecer na literatura relatos de pacientes nos quais foram observadas estratégias para perder peso e episódios de comer compulsivo e de vômitos auto-induzidos. O primeiro caso documentando a bulimia como síndrome é o de Ellen-West, paciente de Ludwig Biswanger (1944).

Em 1963 Paul Abély, em sua palestra “Hiperóxias Patológicas em Mulheres”, deixou clínicos de diferentes países intrigados com o padrão alimentar caótico de pacientes que não se enquadravam em nenhuma categoria diagnóstica. Estudiosos começaram a pensar sobre a possibilidade de tratar-se de um diagnóstico diferenciado.

Em 1979 Russel publica o trabalho “Bulimia Nervosa: An Ominous Variant of Anorexia Nervosa” propondo uma nova síndrome na qual o paciente: sofre de um impulso irresistível de comer excessivamente; procura evitar efeitos engordantes da comida, induzindo vômitos e/ou abusando de purgativos; tem um medo mórbido de engordar. No ano seguinte o DSM-III (1980) introduziu a bulimia como novo transtorno alimentar.

3.2 Características da Doença

A Bulimia é caracterizada por episódios de ingestões alimentares rápidas e descontroladas, as quais só cessam quando: o indivíduo se sente desconfortável, ocorre uma interrupção externa, ou se esgotam os alimentos.

Rodrigues (2000) caracteriza a Bulimia por episódios recorrentes de comer grandes quantidades de comida em um curto período de tempo (orgias alimentares), seguido pelo uso inadequado de estratégias para evitar o aumento de peso como auto-indução de vômito, uso de laxantes e diuréticos e a prática de exercícios rigorosos (comportamento compensatório). O método compensatório mais comum conforme Ballone (2000) é a indução de vômito. Ele é empregado por 80% a 90% dos pacientes que se apresentam para tratamento em clínicas de transtornos alimentares. Os pacientes com Bulimia utilizam vários métodos para estimular o vômito como o uso dos dedos ou objetos.

Os pacientes com Bulimia tornam-se tão hábeis na indução do vômito que são capazes de vomitar quando querem.

A palavra Bulimia origina-se do grego “Boulimía”, refere-se a uma fome comparada a de um boi, literalmente (Dicionário Aurélio, 1975).

Conforme Azevedo e Morgan (2001), a bulimia pode iniciar por uma vontade de perder peso por causa da insatisfação com o corpo. Sentimentos de baixa auto-estima acompanham a insatisfação com a forma física. Esses pacientes acreditam que só serão socialmente aceitos se estiverem dentro dos padrões de beleza ditados pela moda e chegam a se isolar de relações sociais se não se sentem capazes de preencher tais requisitos.

Com a evolução da doença, episódios bulímicos podem ser desencadeados por situações que causam ansiedade como perdas, rompimentos afetivos, situações de conflito, frustrações, rejeições, etc.

Os ciclos bulímicos, ao mesmo tempo em que são relaxantes, causam vergonha, culpa e sentimentos de auto-aversão. Com o passar do tempo, esses sentimentos se tornam insuportáveis e os pacientes bulímicos reconhecem que precisam de ajuda.

Existem também situações emocionais, sociais e clínicas, nas quais podem ocorrer episódios de ingestão exagerada, que não corresponde à bulimia. Isso pode ocorrer frente ao estresse, principalmente em adolescentes em época de prova, contudo é diferenciado da bulimia, pois a ingestão volta ao normal passada a situação vivida como

estressante. Para Ballone (2000), a compulsão alimentar é tipicamente desencadeada devido ao estado de humor disfórico, à intensa fome decorrente das restrições alimentares ou por sentimentos relacionados com o peso e corpo. Um episódio de compulsão também acompanha um sentimento de falta de controle.

3.3 Classificação Diagnóstica e Quadro Clínico

3.3.1 Critérios de Diagnóstico de Bulimia Nervosa Segundo o DSM-IV (1995,p.517-521)

A - Episódios recorrentes de compulsão periódicas. Um episódio de compulsão periódica é caracterizado por ambos os seguintes aspectos:

(1) Ingestão, em um período limitado de tempo (Por ex., dentro de um período de 2 horas) de uma quantidade de alimentos definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria durante um período similar e sob circunstancia similares.

(2) Um sentimento de falta de controle sobre o comportamento alimentar durante o episódio (por exemplo, um sentimento de incapacidade de parar de comer ou controlar o que ou quanto está comendo).

B - Comportamento compensatório inadequado e recorrente, com fim de prevenir o aumento de peso, como auto-indução de vômitos, uso indevido de laxantes, diuréticos, enemas ou outros medicamentos, jejuns ou exercícios excessivos.

C - A compulsão periódica e os comportamentos compensatórios inadequados ocorrem, em media, pelo menos duas vezes por semana, por três meses.

D - A auto-avaliação é indevidamente influenciada pela forma e peso do corpo.

E - O distúrbio não ocorre exclusivamente durante episódios de Anorexia Nervosa.

Tipos da bulimia

A Bulimia Nervosa pode ser classificada nos seguintes subtipos, para especificar a presença ou ausência de uso regular de métodos purgativos como meio de compensar uma compulsão periódica.

Tipo Purgativo: Este tipo descreve apresentações nas quais o individuo se envolveu

regularmente na auto-indução de vômitos ou no uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas durante o episódio atual.

Tipo Sem Purgação: Este tipo descreve apresentações nas quais o indivíduo usou outros comportamentos compensatórios inadequados, tais como jejuns ou exercícios excessivos, mas não se envolveu regularmente na auto-indução de vômitos ou no uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas durante o episódio atual (DSM IV, 1995, p.518.).

3.3.2 Quadro Clínico

Conforme Herscovici & Bay (1997) os bulímicos costumam vir espontaneamente à consulta, depois de um período variável de ocultar os sintomas. Esse espaço de tempo pode variar desde alguns meses até oito ou dez anos.

Relatam que em muitos casos os pacientes não sabiam que sofriam de uma doença, apenas pensavam que tinham hábitos diferentes que deveriam ser escondidos. As preocupações são parecidas com as dos anoréxicos, é comum declararem que pensam constantemente na comida, e ao se referirem ao empanturramento, costumam negar que se deva a fome, mas antes a um costume que não podem suportar. Confessam que os seus costumes lhe trazem mal-estar e vergonha.

Os sintomas referidos pelos pacientes na maioria das vezes são secundários aos vômitos e ao uso de laxantes e diuréticos. Segundo Herscovici & Bay (1997) os sintomas são os seguintes:

- Dor de garganta, que se apresenta quando o conteúdo do ácido gástrico lesa a mucosa da garganta;
- Debilidade ou fadiga;
- Edema facial: é um sintoma freqüente, quando há tumefação das glândulas salivares.

Após um empanturramento, podem ser referidos mal-estar, dor abdominal, náuseas, distensão abdominal e dor, sendo que os sintomas variam conforme a quantidade de alimentos ingeridos:

- Diarréia ou constipação: a diarréia por abuso de laxante, quando se misturam alimentos que produzem intolerância. Constipação em

períodos de restrição alimentar ou ao uso exagerado e prolongado de laxante;

- Vômitos contendo sangue (hematêmeses) ocorrem quando há uma lesão esofágica erosiva sangrante, secundária a vômitos de repetição, mas raramente são referidos;
- Irregularidades menstruais são freqüentes;
- Episódios de sudorese, taquicardia e sonolência, podem ocorrer após os empanturramentos, mas geralmente não são relatados.

O exame físico pode ser completamente normal ou mostrar alguns dos seguintes sinais:

- Alterações dentárias: perda de esmalte e dentina da face lingual dos dentes por efeito químico do ácido gástrico, agravado pela ação mecânica da língua contra os dentes;
- Aumento do tamanho das glândulas parótidas, associado a sinais de desnutrição e à presença de vômitos;
- Bradicardia e variações ortostáticas da pressão arterial;
- Sinais de Russel, que são erosões e calosidades na mão, provocadas durante a indução do vômito. Estas lesões são produzidas no local em que a mão roça contra os dentes.

Embora os sinais referidos pelos pacientes sejam poucos, Herscovici & Bay (1997) mencionam que podem ocorrer várias complicações, tais como: cardiovasculares, nefropatias, metabólicas, pulmonares, gastrointestinais e neurológicas (ver anexo).

3.4 Ciclo da Bulimia.

O empanturamento de alimentos ocorre em função da fome e geralmente são episódios secretos, pois geram vergonha nos pacientes. Os alimentos consumidos são de ingestão fácil, a comida é engolida rapidamente sem que haja tempo para saborear. A ingestão compulsiva termina devido à distensão abdominal, interrupção externa, recuperação de controle ou por sonolência pós-prandial. Depois da ingestão a pessoa se sente culpada e se atormenta pela sensação de perda de controle.

À medida que tudo isto transcorre de forma secreta, por ser uma prática que causa vergonha, o paciente vai entrando em um estado de mal-estar, inquietude e sentimento de culpa. Com o decorrer do tempo, o empanturramento e os métodos de purga são resposta ao desassossego. Rompe-se o circuito natural de fome-comida-saciedade, desencadeando um novo empanturramento e assim sucessivamente.

4 DIFERENÇAS ENTRE ANOREXIA E BULIMIA NERVOSA

O medo mórbido da gordura, a busca da esbelteza e a influência sociocultural que tanto valoriza a beleza, são traços evidentes tanto na anorexia como na bulimia nervosa, porém elas se diferem em alguns fatores.

Algumas diferenças importantes entre a anorexia e bulimia nervosa são:

- As pacientes bulímicas têm, algumas vezes, transtornos de conduta associados, como furtos, abuso de álcool ou drogas e gestos automutiladores. Em troca, as anoréxicas costumam possuir antecedentes de terem sido meninas exemplares até ocorrer à doença.
- Conforme Feinstein (1988) as pacientes bulímicas geralmente tentam alcançar um modelo estereotipado de aparência perfeita e sexualmente atrativa, sentindo uma necessidade exagerada de obter a aprovação de outros; já as anoréxicas tendem evitar ser sexualmente atrativas. As pacientes bulímicas têm menos tendência de negar o seu problema, relatam não conseguir controlar a sua alimentação, o que as difere das pacientes anoréxicas que relatam que conseguem controlar a alimentação.
- As pacientes bulímicas normalmente apresentam um peso normal e geralmente comem, enquanto as pacientes anoréxicas são envolvidas em uma carência alimentar autoprovocada.
- Segundo Herscovici & Bay (1997) as pacientes anoréxicas costumam ser introvertidas e retraídas socialmente, em troca a bulímica geralmente é extrovertida e tem uma vida de relação ativa.

O seguinte quadro elaborado pelo Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos (Munson, 1998, p.25) facilita a compreensão das semelhanças e diferenças entre as duas doenças.

Sintomas	Anorexia	Bulimia
Perda excessiva de peso em período de tempo relativamente curto.	*	
Continuar regime alimentar apesar de emagrecimento extremo	*	
Crença que está gordo, mesmo estando magro	*	
Interrupção da menstruação	*	*
Comer em segredo	*	*
Interesse exagerado por alimentos e desenvolvimento de estranhos rituais alimentares	*	*
Depressão grave	*	*
Ingestão compulsiva e exagerada de alimentos		*
Vômito ou uso de drogas para indução de vômito, evacuação ou diurese		*
Alimentação excessiva sem nítido ganho de peso		*
Longos períodos de tempo no banheiro para induzir o vômito		*
Abuso de drogas e álcool		*
Obsessão por exercício físico	*	*

5 O SURGIMENTO DA TERAPIA FAMILIAR SISTÊMICA

A Terapia Familiar Sistêmica começou a desenvolver-se na década de 50, nos Estados Unidos, quando diversos clínicos que atendiam o cliente individualmente passaram a entrevistar a família destes e a perceber a influência da família na manutenção da patologia. Até essa época, os sintomas do paciente eram examinados isoladamente. Passou-se, então, a entender o indivíduo dentro do seu contexto social, mais precisamente dentro da

família. Viu-se, desta forma, que os comportamentos “estranhos” e desviantes de um paciente eram mais bem compreendidos quando se observava a maneira como a família interagia e havia se desenvolvido. O sintoma passou a ser reconhecido como um sinal de que a relação familiar precisava ser redefinida.

Assim, segundo Grandesso (2000), esse novo enfoque terapêutico propunha que se considerasse o paciente identificado dentro de um contexto interacional ou interpessoal, de modo que seus sintomas fossem vistos como produtos de suas inter-relações dentro do sistema do qual faz parte.

A Abordagem Sistêmica se desenvolveu a partir de diferentes pesquisadores e foi influenciada por diversos campos da ciência, como o funcionalismo, a biologia e a teoria da comunicação, porém as influências mais significantes vieram da teoria geral dos sistemas e da ramificação desta, a cibernética.

Segundo Nichols & Schwartz (1998), o funcionalismo de Gregory Bateson, antropólogo inglês, teve papel importante na construção desta nova teoria. Os funcionalistas estavam interessados em estudar as culturas como sistemas sociais. Tentaram entender as cerimônias e costumes culturais no seu contexto, buscando qual a função de uma prática cultural para o sistema familiar. Esta forma de pensar o contexto social foi de grande importância para os terapeutas de família, que passaram a se interessar em compreender a família dentro do contexto social.

Para os terapeutas influenciados pelo funcionalismo, o comportamento desviado pode ter uma função de proteção para o grupo familiar, onde um paciente identificado se torna um “depositário” no qual a família toda se concentra, para não ter que lidar com os conflitos entre os membros familiares e manter a homeostase¹.

As famílias são consideradas organismos vivos que tem que se reorganizar quando passam por tensões, sejam elas originadas por mudanças no exterior (transferências, mudanças de ambiente, etc.) ou por mudanças no interior (nascimento de um filho, casamento de um filho, separações, lutos, etc.). A reorganização da família só é possível

¹ Característica do sistema familiar de manter em padrões estabelecidos, o equilíbrio já atingido por aquela família. Ex: uma família que teme que os filhos se diferenciem pode estimular que os adolescentes fiquem infantilizados.

através do equilíbrio dinâmico entre duas funções aparentemente contraditórias: a tendência homeostática e a capacidade de transformação. Ao mesmo tempo em que a família precisa dar continuidade ao ciclo vital e promover o crescimento e amadurecimento de seus membros (transformação), ela precisa tentar manter a estabilidade (homeostase) e o equilíbrio do sistema, protegendo-o das mudanças que podem destruir sua organização.

Outro campo que emprestou conhecimentos aos terapeutas de família foi à biologia, que apresentou os termos *fronteiras* e *subsistemas* à terapia familiar.

A idéia de que a família pode ser mais bem compreendida estabelecendo-se fronteiras entre os subsistemas, tem sido muito utilizada no tratamento familiar. Os terapeutas informados por essas idéias estão interessados em saber quem está próximo de quem nas famílias e em como reorganizar essas alianças ou coalizões. Acreditam que toda família tem uma hierarquia, subdividida pelas fronteiras em subsistemas, que precisa ser mantida para que as relações familiares sejam adequadas.

A partir da Teoria da Comunicação, cujo principal autor é Watzlawick, alguns terapeutas começaram a trabalhar a mudança no sistema familiar através da reorganização da comunicação entre os membros da família. Segundo Féres-Carneiro (1996), a terapia desenvolvida através deste enfoque enfatiza que os comportamentos sintomáticos manifestados são como uma resposta apropriada ao comportamento comunicativo que o provocou. Assim, o membro “doente” que está manifestando algum sintoma nada mais é do que o “bode expiatório” de uma família com problemas de comunicação. Virginia Satir foi uma das precursoras deste pensamento.

Um outro campo de conhecimento que contribuiu para a evolução da terapia familiar, talvez o mais importante deles, foi a teoria geral dos sistemas, desenvolvida inicialmente por Von Bertalanfy nos anos 40. O pensamento-chave dessa teoria é o de que o todo é maior do que a simples soma de suas partes.

Conforme Capra (1996), os sistemas vivos são totalidades integradas cujas propriedades não podem ser reduzidas às de partes menores. Ou seja, não se pode observar um sistema isolando e observando apenas uma parte dele. As propriedades das partes só podem ser entendidas dentro do contexto do todo maior. Para os pensadores sistêmicos, o que se denomina como parte é apenas um padrão numa rede inseparável de relações.

Portanto, a mudança nas partes pode ser vista como uma mudança que irá afetar todo o sistema mais amplo.

Outra teoria colaboradora para o desenvolvimento da terapia sistêmica foi a cibernética. Segundo Rapizo (1998), surge como disciplina científica no final da década de 40, fundada pelo alemão Norbert Wiener. Ocupava-se de estudar os mecanismos e processos pelos quais os sistemas funcionavam com o intuito de manter a sua organização.

De acordo com Gradesso (2000), no campo específico da terapia de família, a cibernética deu origem aos modelos comunicacionais, interacionais e de terapia breve, cuja prática terapêutica se baseava em torno de conceitos de *regras familiares* (Jackson & Weakland, 1959), *mitos familiares* (Selvini-Palazzoli et al. 1982) e *padrões interacionais* (Haley, 1971; Watzlawick, Weakland & Fisch, 1977).

Resultou também nos modelos de terapia familiar cuja mudança era procurada por meio de técnicas geradoras de crises desequilibradoras dos sistemas e técnicas provocativas. Este foi o caso do modelo estrutural de Salvador Minuchin (Minuchin, 1982; Minuchin & Fischman, 1990; Umbarger, 1987).

Todas essas teorias e campos de conhecimento permitiram ao terapeuta sistêmico uma compreensão mais abrangente sobre o funcionamento da dinâmica familiar, o que os ajudou a melhor entender os fatores importantes no desenvolvimento de traços de personalidade que podem conduzir ao uso inapropriado da alimentação.

6 DINÂMICA FAMILIAR E INCLUSÃO DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO DE TRANSTORNOS ALIMENTARES

De acordo com Nunes (1998), durante muito tempo a família de pacientes com transtornos alimentares foi vista como obstáculo ao tratamento. A partir dos anos 50, alguns autores começaram a tratar a família, porém de forma isolada do paciente. Na década de 70, com estudos de Minuchin e Palazzoli (Roberto, 1994), a psicoterapia familiar foi incorporada como coadjuvante na melhora da doença. Desta forma, as famílias dos doentes começaram a ser estudadas em sua estrutura.

Bruch (1988, apud. Nunes, 1998) descreveu-as como sendo famílias aglutinadas, intimamente emaranhadas numa aparência harmoniosa, onde o envolvimento excessivo não permite que o paciente crie uma identidade separada. Os pais são superprotetores, ambiciosos e preocupados pelo êxito e aparência externa. Considera que as anoréxicas fazem parte de famílias onde os filhos protegem os pais de notícias desagradáveis, visando o bem-estar da família como um todo. Nessas famílias, a paciente anoréxica se torna o alvo das tensões familiares, bem como o foco de atenção, fazendo com que os conflitos individuais não sejam trazidos à tona.

Minuchin (1978, apud. Nunes, 1998) foi outro autor que contribuiu para a inclusão da família na sintomatologia e tratamento do paciente. Também para ele, a anorexia não é o comportamento de um só membro da família, mas sim o resultado da relação entre todos os membros. Entende o sintoma “anoréxico” como a solução para a disfunção familiar, encontrada pelo membro que está triangulado com os pais, para evitar a comunicação de sentimentos que podem gerar conflitos. Verificou que, em se alterando o padrão relacional, ocorriam mudanças nos sintomas da doença.

Minuchin destacou quatro características para essas famílias:

“A primeira delas - o **emaranhamento** - refere-se a uma forma extrema de proximidade e intensidade nas interações familiares que acarreta um empobrecimento das percepções que um membro da família tem do outro e de si mesmo. A segunda característica – a **superproteção** – age como um fator que retarda o desenvolvimento da autonomia, competência e interesses em atividades fora do ambiente seguro da família. A terceira – a **rigidez nos relacionamentos entre os membros da família** – foi compreendida como uma forma de manter o *status quo* ao experimentarem dificuldades que pudessem ameaçar a integridade do grupo familiar. Ao se apresentarem como normais”, negavam qualquer necessidade de mudança em suas famílias, desta forma evitando conflitos. A quarta e última característica – **ausência de resolução de conflitos** – mantém problemas não resolvidos e uma constante ameaça às tentativas de negociação (apud. Nunes, 1998, pg. 78)”.

Diante desta perspectiva, a explicação linear do comportamento alimentar passou para uma explicação sistêmica, na qual o sintoma teria a função de regular a

homeostase familiar, devido a dificuldade da família de evoluir para uma nova etapa do ciclo vital (Tilmans, s/d).

Palazolli (1996, apud. Nunes, 1998) alertou sobre os padrões de comunicação disfuncionais nas famílias de anoréxicas, destacando as alianças encobertas. Percebeu que a família funciona aglutinadamente, como um sistema fechado, e que seus membros são tão próximos a ponto de serem interdependentes. Não podem tomar decisões baseadas em escolhas pessoais, pois estas têm que ser feitas pelo bem de um terceiro. Conseqüentemente, os familiares desviam suas atenções para o paciente identificado, tomando decisões voltadas para o bem dele. A família foi descrita por Palazolli como coesa e apresentando alianças secretas, triângulos², entre seus membros.

Recentemente Roberto (1994, apud. Nunes, 1998) comentou que os sintomas do transtorno alimentar são metáforas³ para o sofrimento causado pela necessidade de individuação e separação da família. Ela, assim como Bruch, Minuchin e Palazolli, caracteriza a família como controladora, superprotetora e com grande dificuldade para lidar com a separação e independência de seus membros. Para a autora, a família não fala sobre o sintoma do transtorno alimentar por acreditar que desta forma sua harmonia será mantida. Porém o sintoma aparece justamente para esconder os conflitos, a fraca comunicação e a dificuldade de diferenciação e independência.

Bowen (1991) explica que o grau de diferenciação dos membros da família, ou seja, a autonomia de cada um, está diretamente relacionada com a capacidade da família de enfrentar as situações de ansiedade. Quanto mais alto o nível de diferenciação emocional entre os membros de uma família, menor a possibilidade de um membro somatizar, pois essa família é mais madura emocionalmente e enfrenta com mais facilidade as situações de estresse.

Andolfi (1989) entende o processo de diferenciação como uma necessidade de auto-expressão de cada indivíduo, que se mistura com a necessidade de coesão e união da unidade familiar. Para o autor, com o passar do tempo o grupo familiar saudável estimula

² Pessoas que se relacionam entre si no campo emocional com movimentos triangulares, onde duas pessoas utilizam uma terceira, o paciente sintomático, como forma de “escape” para deslocar a tensão.

³ Uma palavra ou situação onde é substituída por uma palavra ou frase (em virtude da sua semelhança subentendida).

progressivamente a individuação de seus membros até poder separar-se e constituir um novo sistema, sem que com isso percam-se os laços afetivos que unem a família.

Para alcançar a diferenciação, ou seja, a própria identidade, o indivíduo deve relacionar-se com outras pessoas fora do triângulo parental, fazendo trocas e buscando relações que permitam variar seus papéis dentro de novos subsistemas. Segundo Andolfi (1989, pg. 19):

“Esse processo de separação-indivuação requer que a família passe por fases de desorganização, na medida em que o equilíbrio de um estágio é rompido em preparação para a mudança para um estágio mais adequado. Essas fases de instabilidade, caracterizadas por confusão e incerteza, marcam a passagem para um novo equilíbrio funcional. Isso pode acontecer somente se a família for capaz de tolerar a diferenciação de seus membros”.

Porém isso não acontece na família da anoréxica. Nesse grupo familiar as regras que governam o sistema tentam impedir a individuação e autonomia de membros isolados. Esta falta de autonomia, segundo Andolfi (1989), resulta em pessoas que coexistem em nível de funções, ou seja, cada um vive apenas como uma função dos outros, onde ninguém pode escolher que funções a desempenhar; cada um acha-se obrigado a ser aquilo que o sistema impõe.

A anorexia aparece como uma necessidade de auto-expressão do indivíduo. Já que não consegue se desvincular dos “nós” familiares, ela tenta pelo menos controlar aquilo que lhe é permitido, ou seja, aquilo que come. O “não se alimentar” se constitui na única coisa sobre a qual a paciente sente que tem total controle e a independência, pois foge do controle dos demais. Ela assim consegue controlar algo que é somente seu, o alimento que ingere, sem manifestar discordância ou conflito aberto com nenhum dos familiares, mantendo assim o alto grau de coesão e harmonia tão desejados pelos pais.

Quanto à bulimia, Schwartz (1984, apud. Nunes, 1998) aponta que a família de pacientes com esta síndrome tem uma grande expectativa de desempenho, é exigente e os pais estimulam a boa aparência física e a competição entre os filhos. A relação entre os membros é superficial e os pais são incapazes de promover o apoio necessário para a individuação dos filhos.

Conforme Onnis (1996) o paciente dessa família está numa posição estrutural disfuncional, ou seja, começa a atuar na díade parental que se torna tríade. A família deixa de estar hierarquicamente estruturada com dois subsistemas formados pelo casal mais os filhos e o paciente identificado assume o lado dos pais, atuando como mediador dos cônjuges. Quando um casal tem conflitos, a dificuldade de separação (característica de doentes com transtornos alimentares) aumenta, facilitando o aparecimento de sintomas.

De acordo com Humphrey (1998) os pais das bulímicas são pessoas muito observadoras e controladoras em relação a seus filhos. Os membros dessa família têm grandes expectativas em relação a como o outro deverá ser, contudo não expressam diretamente seus anseios. Seus desejos se manifestam através de queixas, discussões e desprezo perante o outro. Muitas vezes o conflito não tem estrutura, nem foco, nem limite e nem fim. Os membros dessa família não aceitam as responsabilidades por seus sentimentos e parecem não poder falar sobre eles.

A família bulímica não aparenta ser uma família perfeita como no caso da família anoréxica, que evita conflitos; pelo contrário, esta família experimenta angustias e conflitos nas suas relações e também pode ser uma família bastante hostil e manipuladora. Os membros dessa família parecem ser incapazes de expressar de forma aberta e direta seus sentimentos negativos. Nessas circunstâncias, o bulímico proporciona à família um foco de distração, o qual induz a família a unir-se em função da sua doença, evitando assim os conflitos mais perigosos. Metaforicamente pensando, podemos dizer que a bulímica usa o vômito como uma maneira de expressar a insatisfação com a pressão familiar: ela vomita por não poder expressar em palavras aquilo que não consegue “digerir”.

Roberto (1994) acredita ser muito difícil uma anoréxica ou bulímica usar técnicas invasivas de purgação como vômito ou abuso de laxantes sem criar ansiedade em sua família. No entanto as estratégias de enfrentamento que ela e sua família desenvolvem ao longo do tempo, em uma mútua acomodação, realmente permitem que seu comportamento continue ocorrendo sem nenhuma intervenção, ou seja, o transtorno alimentar torna-se um segredo para a família. A harmonia familiar é mantida através da evitação “daquilo”, que, na sua opinião, piora as tensões e os sintomas.

A autora menciona que os membros da família relatam que temem aumentar o estresse da pessoa sintomática (e a purgação / jejum) se lhe informarem sobre as suas reais preocupações em relação à doença.

Por sua vez, a paciente, que não tem consciência do seu estresse interior, não precisa admitir que o seu papel na família não está satisfazendo sua própria necessidade adulta de autonomia, competência e auto-estima. Desta forma não se inicia uma mudança conflitante no relacionamento familiar. Ela cria um segredo interno, sobre a sua infelicidade, pois, em vez de enfrentar e reconsiderar o valor de afirmar suas próprias necessidades, ela considera menos ameaçador redirecionar a ansiedade contra si mesmo, seu corpo, seu peso.

Conforme Roberto (1994) os segredos inerentes ao transtorno alimentar incluem a presença de disfunção familiar na área da autonomia e da auto-expressão, a insatisfação da pessoa sintomática com sua família, o uso de atos ritualizados e autodestrutivos para imobilizar seus próprios impulsos e objetivos e a existência de opiniões e valores que podem ser radicalmente diferentes da família.

7 TRATAMENTO FAMILIAR SISTÊMICO

Apesar de ser um membro da família que está doente, seria inapropriado dizer que ele é o único da família que está sofrendo. Quando a família assiste a autodestruição de um membro com transtorno alimentar, esse transtorno se torna o centro de preocupação de todos os membros da família. Deste modo, cada membro reage de um jeito: alguns se inquietam, outros se aborrecem, outros se desesperam; mas o certo é que nenhum membro deixa de ser afetado. O tratamento de pacientes com transtornos alimentares geralmente tem início quando algum membro da família procura ajuda profissional para entender o que está acontecendo com o paciente identificado, que começou a ter hábitos alimentares diferentes.

A forma típica de apresentação destes casos é uma família desesperada e esgotada, e um paciente assegurado de que todos estão errados e que ele pode perfeitamente controlar os seus hábitos alimentares.

A anoréxica costuma não procurar ajuda por não se considerar doente, o que faz com que a terapia familiar tenha um papel importante no tratamento clínico da paciente. Com a participação da família, que também sofre pela doença, o engajamento de quem é acometido pelo transtorno alimentar fica facilitado.

Por ser um transtorno que implica em um compromisso orgânico e psicológico, geralmente os pacientes são tratados por uma equipe multidisciplinar, composta de médicos, nutricionistas e psicólogos. O sistema terapêutico será então constituído pelo paciente, por sua família e pelo terapeuta ou equipe de terapeutas.

O tratamento começa com uma cuidadosa história clínica para se conhecer a paciente, suas características pessoais, seus sintomas de doença e sua família.

Geralmente as bulímicas faltam às consultas com frequência e, em geral, possuem uma capacidade limitada de aderir ao tratamento. Como normalmente encobriram seus sintomas durante bastante tempo, costumam ser desconfiadas. O estabelecimento de uma relação de confiança e de um enquadramento claro de trabalho deve ser o objetivo das primeiras consultas.

No que se diz respeito ao contrato terapêutico, este deve ser claro, concreto, específico e centrado no problema do paciente.

O respeito pelo sofrimento do paciente e pelos sentimentos aflorados na família pela situação a qual estão vivenciando, poderá tornar mais fácil o estabelecimento de uma aliança terapêutica. É crucial, nesta etapa, não se deixar levar pelas atribuições de culpa que uns fazem aos outros, mas proporcionar um clima de esperança e confiança.

É bom estabelecer uma aliança com o paciente, transmitindo que entende o seu sofrimento, mas que com igual clareza conhece os riscos que o paciente corre se continuar neste empenho, assim como as conseqüências negativas. O terapeuta também deve esclarecer a família que não é ela a causadora da doença, mas sim a coadjuvante na melhora do paciente. A família então se sentirá acolhida e se engajará mais facilmente no tratamento.

Como essas famílias tendem a ser muito coesas, as fronteiras entre sistemas e subsistemas podem estar difusas demais e extremamente rígidas a sistemas exteriores, inclusive com o próprio terapeuta. Aos poucos, após o vínculo entre terapeuta e família estar fortalecido, pode-se começar a investigar a rotina e dinâmica familiar buscando conhecer o parecer de cada um sobre o sintoma, responsabilizar a todos sobre a situação da

família e sobre a possível melhora. Neste momento, conflitos familiares podem ser detectados e trazidos para o trabalho terapêutico.

O ponto de partida da Terapia Familiar, conforme visto anteriormente, é o conceito de família como um sistema biopsicossocial, onde a família é um organismo em si mesmo, cuja identidade excede à soma de seus membros individuais. Por isso a importância de que a família seja vista conjuntamente. A sessão familiar oportuniza ao terapeuta a visão de como esse grupo de pessoas se organiza não só em relação ao transtorno, mas também em relação a outras questões, como crenças e tabus familiares. Quando o terapeuta cria a oportunidade de ver o paciente interagindo “dentro” da família, pode dar a ele o espaço necessário para que sua voz seja ouvida, levando a expressar-se por vias normais, sem precisar fazer uso do transtorno para ser percebido.

Ao observar a família como unidade de abordagem, o terapeuta não faz por a considerar fonte da doença, mas porque pensa que o sintoma pode ser compreendido como uma expressão das dificuldades do grupo familiar de lidar com o crescimento e individuação de seus membros, e a conduta dos membros da família pode contribuir tanto para aliviar os sintomas e promover uma saída mais saudável para o paciente, quanto para dificultar a evolução do tratamento e “boicotar” a melhora caso a família não esteja preparada para suportar a diferenciação e individuação de seus membros.

Parece incoerente afirmar que a própria família possa tentar prejudicar o processo terapêutico, visto que geralmente é ela que busca a ajuda, porém o movimento da família pode ser paradoxal. Ao mesmo tempo em que sofre com a presença do sintoma, pode temer o desconhecido e não suportar as ansiedades comuns a períodos de instabilidade, crescimento e mudança. O terapeuta deve detectar a presença de formações triangulares, bem como o grau de controle que o paciente identificado exerce sobre a família, por meio de seu sintoma, pois é freqüente encontrar famílias bulímicas nas quais, um ou mais membros tenham o costume de buscar comida, durante a noite, ou mães que comprem guloseimas em grandes quantidades.

O terapeuta familiar deve explorar com a família quais os motivos que estão por traz da manutenção do sintoma e o que aconteceria com o sistema se a doença desaparecesse, ou seja, explorar os riscos da mudança antes de pensar em combater os sintomas. Entretanto, como se trata de transtornos alimentares, tem que em primeiro lugar

garantir que a jovem não corra riscos de saúde e/ou de morte e proteger e tratar a desnutrição antes de explorar as causas e a dinâmica familiar. Desta forma, os bons motivos da doença apareceriam e o terapeuta seria capaz de ajudar a família a se reorganizar de uma maneira mais saudável, sem o sintoma.

Em sistemas com transtornos alimentares, é comum que o sintoma apareça para encobrir um conflito conjugal, então o paciente identificado adoece para que os pais voltem sua total atenção para o filho e não se detenham nos seus próprios conflitos. A família passa a “girar” em torno da doença e tudo o que não se relacione com isso fica esquecido. O casal desvia sua atenção para a busca do “bem” do filho sintomático, deixando suas crises e vontades próprias fora de foco.

Outro bom exemplo é o caso de uma mãe que tem por função familiar a de ser a cuidadora de seus filhos, enquanto o pai provedor tem toda sua energia voltada para a sua atividade profissional. A filha “sensível”, emaranhada na dificuldade de diferenciação que é característica desses sistemas, adoece para evitar seu amadurecimento e com isso evitar que a mãe adoça caso perdesse seu papel.

É importante que o terapeuta proporcione um espaço para a expressão dos sentimentos angustiantes de toda a família e a auxilie a buscar palavras para expressar seus afetos, em especial os negativos.

A família do anoréxico tem dificuldade de expressar seus sentimentos e os pais tendem a ser empobrecidos em sua capacidade de resolução de problemas. Muitas vezes os pais se encontram paralisados em algum momento anterior do ciclo vital e não conseguem desempenhar seu papel parental de forma eficaz. São, por exemplo, bons pais de crianças pequenas que necessitam de cuidados e controle freqüente, porém não sabem lidar com filhos adolescentes que necessitam de mais liberdade e autonomia, por terem tido dificuldades no período da sua própria adolescência.

À medida que a terapia familiar vai se desenvolvendo, os subsistemas podem ser solicitados a comparecer separadamente, para estimular a diferenciação emocional entre os membros e fortalecer as alianças saudáveis entre subsistemas.

Segundo Barros & Jaeger (2004), mesmo após a melhora sintomatológica, o ideal é que essa família continue sendo atendida terapeuticamente, pois se sabe que a supressão do sintoma não significa a “cura” da doença. Os pacientes acometidos com

transtorno alimentar podem apresentar recaídas e requerem atenção até que suas questões familiares conflituosas e disfuncionais sejam melhor reorganizadas e até que sejam capazes de utilizar recursos adaptativos mais saudáveis.

8 OUTROS TIPOS DE TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

8.1 Terapia Comportamental

De acordo com Herscovici & Bay (1997), a terapia comportamental é indicada para o tratamento de pacientes anoréxicos muito emagrecidos. Costuma ser útil fazer com que o paciente registre seu peso e se pese uma ou duas vezes por semana. É estabelecido um reforço positivo ao aumento de peso, que se relaciona a uma maior atividade física ou social. Os reforços negativos que geralmente se utilizam são o isolamento ou repouso no dormitório.

Na bulimia este tratamento tem como objetivo expor o paciente ao estímulo temido, assegurar a ingestão de alimentos em particular ou certa quantidade de alimento na presença do terapeuta e prevenir a resposta habitual, ou seja, o vômito.

Feinstein (1998) apóia-se na idéia que os pacientes bulímicos restringiriam sua ingestão e não se empanturrariam, nem sequer comeriam quantidades normais de certos alimentos de alto teor calórico, se não pensassem em vomitar em seguida. Sua hipótese é que na bulimia nervosa, o vomitar é uma conduta redutora de ansiedade e é ela que mantém o empanturramento e não o contrário. Sendo assim, o empanturramento e o vômito auto-induzido estão unidos pela ansiedade, num círculo vicioso. Vomitar seria uma resposta de fuga, reforçada pela redução de ansiedade sobre o peso. O empanturramento ocorreria apenas quando o indivíduo antecipasse o vômito. Portanto, seria uma consequência do ato de vomitar.

A idéia é expor o paciente repetidas vezes à situação de alimentação que provoca ansiedade e não tanto a possibilidade de vomitar, forçando o paciente a enfrentar a ansiedade associada com a alimentação.

O medo e outros sentimentos angustiantes que aparecem nesse processo tendem a diminuir e se extinguir quando o paciente descobre que as conseqüências temidas não ocorrem, o que possibilita controlar esses sentimentos sem ter que recorrer ao vômito.

Em geral os pacientes relatam que não vomitariam se pudessem evitar os episódios de alimentação compulsiva, pois uma vez que se põem a comer, não conseguem parar e esperam que a terapia ajude a controlar a alimentação e o vômito.

Outro enfoque comportamental seria ajudar o paciente a reduzir a quantidade de alimento que ingere e evitar os perigos de uma dieta excessivamente rígida.

Um dos métodos citados por Feinsein (1998) para prevenir a alimentação compulsiva está em programar horários para as refeições, reduzir a quantidade de alimentos expostos ao seu redor, programar atividades alternativas que coincidem com o horário de alto risco de alimentação compulsiva.

Essas sessões terapêuticas estão destinadas a permitir o contato do paciente com a ansiedade que este vivencia ao comer e ensiná-lo a superar essa ansiedade sem vomitar.

8.2 Terapia Cognitiva Comportamental

Deriva-se da terapia comportamental. Tem como enfoque relacionar pensamento, emoção e comportamento manifesto, e o tratamento consiste em fazer com que o paciente examine a validade de suas crenças. De acordo com Herscovici & Bay (1997), os processos cognitivos mais freqüentes são examinados, definidos e questionados a fim de modificar os pensamentos e pressupostos automáticos.

O representante mais notório da terapia Cognitivo-Comportamental é Fairburn (1995, apud. Herscovici & Bay, 1997). Este autor adverte contra a inclusão de pacientes graves, como os com risco de suicídio, transtorno de personalidade ou abuso de drogas, nesse tipo de tratamento. O objetivo consiste em o paciente poder controlar sua ingestão e modificar as crenças desajustadas e irracionais que mantêm e reforçam os transtornos alimentares.

O princípio no qual se sustenta esta proposta é a intensidade e preeminência das crenças e valores que os pacientes possuem em relação ao seu peso e da forma de seu corpo. Fairburn (1995, apud. Herscovici & Bay, 1997) sustenta a idéia que, para essas pessoas, os valores e crenças não são apenas sintomáticos, porém fundamentais para

sustentar este transtorno. Segundo ele para ocorrer uma recuperação é fundamental a modificação desses valores e crenças.

8.3 Terapia de Grupo

De acordo com Herscovici & Bay (1997), a principal influência teórica da terapia em grupo é o modelo de tratamento dos Alcoólatras Anônimos (AA), que estabelece a abstinência como meta do programa. Utiliza a pressão grupal e a confrontação para reforçar a abstinência e parte do pressuposto de que os outros problemas serão mais facilmente resolvidos quando se tiver corrigido o problema alimentar.

O programa dura em torno de dois meses. Durante a primeira semana os pacientes comparecem três horas por dia; à medida que o programa vai avançando a frequência e a duração das sessões diminui.

O tratamento é centrado basicamente na conduta alimentar, e destacam-se alguns aspectos como: os pacientes devem manter um peso estável para poder regularizar seus padrões alimentares; devem fazer três refeições balanceadas por dia; as refeições devem ser planejadas com antecipação.

Conforme Herscovici & Bay (1997), apesar dos resultados de acompanhamento serem bons, este programa somente poderá ser validado quando houver acompanhamento em longo prazo.

Hall (1989, apud. Herscovici & Bay, 1997), alerta sobre a dificuldade da terapia de grupo para pacientes anoréxicas, pois, apesar da recuperação de peso, a pessoa normalmente permanece retraída, ansiosa, preocupada com o peso e a comida, e tem grande dificuldade em expressar seus sentimentos. Estas pacientes estão muito limitadas na sua capacidade de estabelecer relações sociais e acabam não se beneficiando do grupo. Outra consequência observada é que tendo como tema principal o peso e a comida, corre-se o risco de ocorrer uma disputa entre as anoréxicas para ser a mais magra do grupo, bem como o risco de umas ensinarem às outras técnicas para ludibriar o tratamento.

8.4 Tratamento Farmacológico

De acordo com Herscovici & Bay (1997), os efeitos benéficos da utilização de fármacos para bulímicas referem-se a uma diminuição na frequência dos

empanturramentos, melhora dos sintomas depressivos, da ansiedade, da obsessão pela comida e outras patologias a este respeito.

Nos anoréxicos o emprego de fármaco é limitado porque apresentam poucos efeitos benéficos. O objetivo do emprego da medicação é produzir o aumento de peso, corrigir a ação dos neurotransmissores hipoteticamente envolvidos no transtorno e amenizar a ansiedade ou depressão dos pacientes.

Recomenda-se que antes de decidir sobre uma medicação, o psiquiatra, ou mesmo o clínico geral que acompanha o caso, converse com o paciente sobre suas idéias a respeito dos psicofármacos, pois a maioria dos médicos teme que a utilização de remédios possa criar um novo hábito. É conveniente esclarecer qual é o efeito buscado, assinalar que não se está indicando um tranqüilizante nem um estimulante e explicar que não existe possibilidade de adição.

8.5 Tratamento Ambulatorial e Hospitalar

O tratamento hospitalar só é indicado quando o paciente tenha risco clínico ou quando a família não tenha condições de apoiar o tratamento do paciente.

Autores como Herscovici & Bay (1997) afirmam que, durante a entrevista diagnóstica, o clínico estabelece o tratamento ao qual a paciente será submetida, como também são estabelecidas pautas sobre atividades físicas, estudo, trabalho e vida social. Normalmente o tratamento será mantido de forma ambulatorial para os anoréxicos, enquanto a evolução for a esperada (que a paciente recupere entre 500 a 1000 gramas por semana, alimentando-se como o esperado, e que não surjam complicações médicas).

Nos bulímicos, o objetivo inicial do tratamento será controlar os empanturramentos e o modo como os pacientes se libertam dos efeitos engordantes da comida (regurgitação, uso de laxantes e diuréticos).

É importante esclarecer que, quando se suspendem os laxantes e diuréticos, o organismo recupera a hidratação normal, podendo ocorrer oscilações de peso em decorrência das alterações dos mecanismos reguladores da retenção de líquidos.

Deve ser combinado com o paciente que o peso não será o ponto inicial de atenção do tratamento e solicita-se que o mesmo não controle o peso fora do consultório,

visto que o controle em casa pode conduzir a não cumprir a dieta, a pular as refeições e desencadear um empanturramento.

Quando é necessário corrigir alguma alteração do meio interno como desidratação ou desnutrição, isto é assumido como o primeiro passo. Nenhum paciente nessa situação tem condições de começar um tratamento psicoterapêutico. Os pacientes que se internam costumam ter algum fator agravante e “a correção dos problemas metabólicos é prioritária, pois podem provocar a morte” (Herscovici & Bay, 1997, pg.169).

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo procurou demonstrar a importância do trabalho junto às famílias que possuem um membro acometido por algum transtorno alimentar.

Vimos que o paciente identificado que está com sintoma de anorexia ou bulimia é o membro da família que possui a função de manter a homeostase, pois o transtorno tem como função evitar os riscos que o desenvolvimento pessoal implica para cada um dos membros da família. Desta forma, a doença surge como uma maneira de retardar o crescimento e a passagem para uma nova etapa da vida, aliviando sentimentos conflitantes causados pela culpa de querer sair em busca do seu próprio amadurecimento e diferenciação.

A Terapia Familiar Sistêmica é um instrumento importante no tratamento do transtorno alimentar por proporcionar suporte à família acometida pela doença, criando espaço para a resolução de conflitos camuflados e facilitando a busca pelo equilíbrio emocional.

O tratamento da abordagem familiar não tem como objetivo principal somente extinguir o sintoma, mas também investigar a função positiva que este tem para a família. Só após a investigação e a compreensão da função do sintoma no contexto familiar, o psicólogo poderá ajudar a família nesse período de crise. É no decorrer do contexto terapêutico que a relação entre cada família e cada terapeuta familiar vai ser estabelecida e é ela que vai mostrar os diversos recursos disponíveis para o trabalho. O terapeuta familiar deve proporcionar um sistema terapêutico que seja continente, afetivo e empático.

Procuramos fazer um apanhado geral sobre as idéias dos autores que julgamos ser os principais dentro do tema de transtornos alimentares. Notamos que nenhum deles afirma que existe uma dinâmica familiar típica capaz de gerar pacientes com esse tipo de patologia, embora haja algumas características comuns nessas famílias. No entanto, os autores são unânimes quanto à participação da família no tratamento dos pacientes e quanto à importância do terapeuta familiar para ajudar na construção de estruturas familiares mais saudáveis, capazes de alcançar a cura.

No decorrer da pesquisa, nos deparamos com a dificuldade de acesso a material bibliográfico que tratasse dessa temática, o que nos faz pensar que um trabalho mais profundo, com estudos de caso, sobre os transtornos alimentares seria de vital importância para o melhor entendimento desses sintomas e seu tratamento.

Uma das causas de morte na anorexia é a inanição, que pode ocorrer por um diagnóstico tardio. Pesquisas e divulgações dos transtornos e seus sintomas fora do meio acadêmico ajudariam a população a identificar a doença e a procurar auxílio de profissionais especializados quando necessário.

10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDOLFI, M. **A Terapia Familiar - um enfoque interacional**. Campinas: Workshopsy, 1996.

ANDOLFI, M. et al. **Por trás da máscara familiar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

AZEVEDO, A. M. C; MORGAN, C.M. **Escalas de avaliação de transtornos alimentares**. Disponível em: <http://www.epm.br/polbr/arquivos/culture.htm>. Acesso em: 19 abr.2001.

BALLONE, G. J. **Transtornos Alimentares**. Disponível em: <http://sites.uol.com.Br/gballone>. Acesso em: 10 ago.2000.

BANDURA, A. **Modificação do comportamento**. Rio de Janeiro: Editora Interamericana, 1979.

BARROS, C.A.; JAEGER, M.A .;SAMPAIO, M. Família magra, família purgativa. In: MELLO FILHO, J.; BURD, M (Org.). **Doença e Família**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

BOWEN, M. **De la familia al individuo**. Barcelona: Piados, 1991.

BROTMAN, A. Transtornos Alimentares. In: JACOBSON, J.; JACOBSON, A.M. **Segredos em Psiquiatria**. Porto Alegre: Artes médicas, 1997.

CALIL, L. **Terapia da Vida**. São Paulo: Summus, 1987.

CAPRA, F. **A teia da Vida**. São Paulo: Cultrix, 1996.

CORDÁS, T A; NEVES, J. E. P. **Escalas de avaliação de transtornos alimentares**. Disponível em: [http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/P261/artigo\(41\).htm](http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/P261/artigo(41).htm). Acesso em 10 mar.2001.

DICIONÁRIO Aurélio. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1975.

DSM-IV - **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 4ª.ed. Porto Alegre: Artes médicas, 1995.

FARIAS, N. et al. **Distúrbios alimentares na adolescência: anorexia e bulimia nervosa**. Disponível em :<http://www.brazilpednews.org.br/marco99/>. Acesso em 18 março.2001.

FEINSTEIN, S. et al. **Transtornos alimentares em la alimentación.** Bueno Aires: Ediciones Nueva Visión, 1998.

FÉRES-CARNEIRO, T. **Família: Diagnóstico e Terapia.** Rio de Janeiro: Vozes, 1996.

GRANDESSO, M. **Sobre a Reconstrução do Significado.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

GUYTON, A; HALL, J. E. **Fisiologia Humana e Mecanismos das Doenças.** 6ª ed, Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan S.A, 1998.

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

ROBERTO, L. G. Transtornos Alimentares Como Segredos de Família. In: IMBER-BLACK (Ed.). **Os Segredos na Família e na Terapia Familiar.** Porto Alegre: Artes Médicas, pg 166-182, 1994.

LAWRENCE, M. **A experiência anoréxica.** São Paulo: Summus editorial Ltda, 1988.

MCGOLDRICK, M.; CARTER, B. **As mudanças no ciclo de Vida familiar.** 2ª ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

MINUCHIN, S. **Famílias: Funcionamento e Tratamento.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

MUNSON, M.T. A “cultura da manequim” anorexia nervosa e bulimia: uma reflexão antropológica sobre cultura e doença. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

NICHOLS, M.; SCHWARTZ, R. **Terapia Familiar, Conceitos e Métodos.** Porto Alegre: Ed. Artmed, 1998.

NUNES, M.A.A. et al. **Transtornos alimentares e obesidade.** Porto Alegre: Artmed, 1998.

ONNIS, L. **Terapia Familiar de los transtornos psicossomáticos.** Barcelona: Paidós, 1996.

PAPP, P. **O processo de Mudança.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

RAPIZO, R. **Terapia Sistêmica de Família.** Rio de Janeiro: Instituto NOOS, 1998.

RODRIGUES, D.A. A **Psicoterapia Cognitiva Comportamental aplicada aos Distúrbios Alimentares.** Disponível em <http://www.npcc.com.br/zzalimentar.htm>
Acesso em: 26 ago.2000.

TILMANS- O.E.; KINOO **Alguns aportes de la terapia familiar a la práctica médica cotidiana.** Hospital: Herminio Valdizan, Departamento de Psiquiatria Familiar.(s/d).

SUGAR, M. **Adolescência Atípica e Sexualidade.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

ANEXO

Complicações relacionadas à bulimia:

- Cardiovasculares: os vômitos e o abuso de laxantes e diuréticos podem causar uma perda excessiva de líquidos e eletrólitos e como consequência levar à hipotensão arterial, arritmias cardíacas e alterações eletrocardiográficas;
- Nefropatias: devido à perda de potássio pelo uso abusivo de diuréticos e desidratação, o rim pode ser afetado, em virtude disso o paciente pode apresentar aumento do volume e frequência urinária;
- Metabólicas: desidratação, hipocalemia, hipocloremia, alcalose metabólica (justamente as análises de cloro, potássio e equilíbrio ácido-básico, quando alteradas, permitem suspeitar que os pacientes estão vomitando). O abuso de laxantes produz acidose metabólica por perda de bicarbonato na matéria fecal. A deficiência de magnésio é mais freqüente que a de cálcio e fósforo. Podendo afetar a contratilidade do músculo cardíaco. Essas alterações produzem debilidade, cansaço, constipação e depressão e podem ser causadoras de arritmias cardíacas e morte em alguns casos;
- Pulmonares: as microaspirações de conteúdo gástrico que acompanham o vômito podem causar espasmo brônquico e pneumonia;
- Gastrointestinais: estas alterações são as mais freqüentes (50% dos pacientes apresentam), as mais severas e requerem pronto diagnóstico e tratamento. Já mencionadas alterações dentárias e tumefação da parótida. O esôfago é uns dos órgãos mais comprometidos pelo vômito. O conteúdo ácido do estômago, em contato com a parede esofágica, é altamente lesivo, podendo produzir esofagite, erosões e úlceras, com sangramentos freqüentes. A ruptura esofágica tem um risco muito alto de morte, sendo que estas lesões podem deixar seqüelas, uma vez cicatrizadas como a dor ou dificuldade para deglutir, estenose e

malignização das úlceras. A dilatação aguda do estômago e do duodeno é outra complicação que pode levar o paciente a uma cirurgia de emergência com risco de vida. O abuso de laxante afeta o cólon. Oscilam períodos de constipação e diarreia com grande perda aquosa de eletrólitos, pode ocorrer dilatação do cólon, com paredes lisas e atonia, a mucosa inflama e afina, podendo aparecer pequenos cistos de retenção na submucosa e ulcerações superficiais. As lesões podem desaparecer, quando o uso de laxante é suspenso;

- Neurológicas: As alterações eletroencefalográficas não são constantes, nem patognômicas.