



OBESIDADE NA FAMÍLIA:

UM OLHAR ALÉM DO COMPONENTE GENÉTICO

**Trabalho apresentado ao Familiare
Instituto Sistêmico para conclusão do
curso de Especialização em Terapia
Relacional Sistêmica**

Nathalia Bendiner

Professora Orientadora:

Denise Franco Duque

2012

Resumo

A obesidade pode ser descrita como excesso de tecido gorduroso no corpo, e estudos em várias áreas têm apontado sua origem como multifatorial. O índice de obesidade vem aumentando mundialmente, tanto na população adulta, como na infantil. Considerada como um dos fatores de risco para a saúde, o tratamento da obesidade tem sido sugerido no sentido de cercar os aspectos envolvidos em sua origem, visando a modificação dos hábitos alimentares, do estilo de vida, bem como os padrões de interação familiares. O objetivo do presente trabalho é tratar do tema da obesidade, através de revisão bibliográfica e do relato de um atendimento terapêutico. Pretende-se com isso identificar os aspectos emocionais e psicológicos envolvidos com a preocupação acerca do aumento de peso.

Palavras-chave: obesidade, hábitos alimentares, interação familiar.

Abstract

Obesity can be described as an excess of fat tissue in the body, and studies in different areas have observed its origin as multifactorial. The rate of obesity is increasing worldwide both, among the adult population, as well as among children. Considered as a risk factor for health, the treatment of obesity has been suggested in order to cover the aspects involved in its origin, seeking the modification of eating habits, the lifestyle as well as the patterns for family interaction. The objective of this study is to address the topic of obesity, through literature review and a report of a therapeutic case. It is intended to identify the emotional and psychological aspects involved in the concern about weight gain.

Key-words: obesity, eating habits, family interaction.

Sumário

INTRODUÇÃO.....	5
1. REVISÃO TEÓRICA	7
2. ASPECTOS PSICOLÓGICOS	13
3. OBESIDADE E A ABORDAGEM FAMILIAR.....	16
3.1 Lealdade Familiar e Obesidade	16
3.2 Diferenciação e Obesidade.....	18
3.3 Modelo Intergeracional e Obesidade.....	19
3.4 Terapia Narrativa e Externalização	21
3.5 Outros Significados Psíquicos Para a Obesidade Nas Famílias	22
3.6 O Modelo Transteórico	24
4. RELATO CLÍNICO.....	26
4.1 GENOGRAMA.....	28
4.2 Desenvolvimento da Terapia	29
4.3 Pedido de encerramento	32
4.4 Observação.....	32
5. DISCUSSÃO	34
6. REFLEXÕES FINAIS	36
7. REFERÊNCIAS.....	38
8. ANEXO.....	40

INTRODUÇÃO

A obesidade, diferentemente da anorexia e da bulimia nervosa, não está incluída no DSM entre os transtornos alimentares. Entretanto, ela apresenta aspectos semelhantes aos dos transtornos alimentares: desorganização do comportamento alimentar, conflitos psicológicos associados, distorção na imagem corporal, por exemplo. Além disso, a obesidade pode ser considerada como uma das epidemias mais perigosas atualmente, tornando-se um desafio para as autoridades da saúde pública em todo o mundo.

Apesar de não existirem perfis psicológicos e de conduta claros relacionados com o desenvolvimento da obesidade, existe um número significativo de pessoas obesas que manifesta padrões de excesso alimentar com base emocional.

Algumas pessoas obesas podem experimentar o menosprezo por sua imagem corporal, sentindo que os demais, às vezes seus próprios familiares, os vêem com hostilidade e desdém. Esses sentimentos podem ser reforçados por atitudes sociais, uma vez que os obesos chegam a ser considerados fracos, auto-destrutivos e unicamente responsáveis por seu estado.

Da mesma forma que muitas pessoas obesas tendem a comer como reação a diversas alterações emocionais, entre elas: sensações de ansiedade, medo, solidão, nervosismo ou raiva; cabe aqui assinalar que há muitas pessoas com o peso normal que também o fazem. A obesidade decorre quando o consumo de calorias é maior do que o gasto energético. Paradoxalmente, entretanto, não se pode afirmar que as pessoas obesas comem mais ou se exercitam menos em comparação com as pessoas magras.

A dieta por si só pode constituir um fator biológico e psicossocial gerador de estresse, provocando sentimentos de frustração, agitação, irritabilidade e aumento da reatividade emocional em pessoas que até então estavam bem. Desta forma, o sucesso do tratamento é significativamente maior quando há interesse da família em apoiar o membro obeso, no sentido de fazer mudanças nos hábitos alimentares de todos que moram na mesma casa, por exemplo; ou de haver um maior incentivo no incremento de atividades físicas, entre outras.

Essa pesquisa tem como objetivo geral:

- Caracterizar a estrutura e a dinâmica de famílias que possuem pelo menos um membro obeso.

Tem ainda como objetivos específicos:

- Conhecer a percepção da família e da pessoa com obesidade em relação ao excesso de peso

- Identificar os padrões interrelacionais que mantêm o excesso da ingestão de alimentos.

- Descrever o significado do tratamento para a família, e o manejo do comportamento da ingestão de alimentos.

O estudo desta pesquisa será feito por meio de revisão bibliográfica, e também por acompanhamento de um caso clínico.

1. REVISÃO TEÓRICA

Durante muitos anos, a obesidade foi vista como falta de motivação em perder peso. Entretanto, graças às descobertas etiopatogênicas das últimas décadas, essa visão vem sendo modificada aos poucos, derrubando assim alguns dos preconceitos relacionados a esta patologia. Devem-se considerar, assim, fatores genéticos, biológicos, endócrinos, ambientais, sociais, psicológicos, psiquiátricos e familiares da obesidade.

Dados da OMS (2008) sugerem que no Brasil, a prevalência de obesidade (IMC igual ou maior que 40) em indivíduos dos sexos masculino e feminino com idades entre 25 e 64 anos é de 18% e 29% respectivamente. Segundo a OMS, a obesidade alcançou proporções epidêmicas globalmente. No mínimo, 2,6 milhões de pessoas morrem a cada ano como resultado de sobrepeso ou obesidade. Uma vez associada a países de renda alta, a obesidade atualmente também está relacionada com países de rendas média e baixa (2011). A epidemia da obesidade vem invadindo o continente sul americano, não importando o sexo. Entre esses países, o México aparece em primeiro lugar em obesidade infantil e em adultos. A mulher é mais vulnerável que o homem. No mundo todo, estima-se que há 297 milhões de mulheres obesas.

Alguns autores, como Henderson e Brownell (2004), observam que a epidemia da obesidade está relacionada à crescente modernização. Ou seja, ficamos mais gordos à medida em que a tecnologia avança, por adotarmos um estilo de vida mais sedentário, e também por consumirmos alimentos mais gordurosos, mais baratos e menos nutritivos.

Entre os fatores que têm sido associados ao aumento de peso, é possível destacar, na vertente do consumo, a disponibilidade de uma ampla variedade de produtos gostosos, baratos, porém ricos em energia e servidos em largas porções. Quanto ao gasto energético, ocorre o baixo encorajamento para a realização de atividades físicas na sociedade moderna (Jakicic, 2002).

A obesidade gera morbidades que não necessariamente conduzirão à mortalidade. A redução da mortalidade pode decorrer da redução dos fatores de risco associados à obesidade, como hipertensão, hipercolesterolemia e tabagismo (Gregg et al; 2005).

Aspectos genéticos, familiares e biológicos interagem determinando uma predisposição individual ao desenvolvimento dessa patologia, aguardando a interação com outros fatores que funcionariam como gatilho para seu aparecimento. Fatores ambientais e sociais, assim como os psicológicos, são parte desses agentes contribuintes para a obesidade, e encontram-se envolvidos em todas as esferas da obesidade, além de serem o foco do presente trabalho. Uma pessoa obesa tem que lidar ou tratar das doenças que a acompanham (diabetes, hipertensão arterial, apneia do sono, esterilidade, problemas ósseos) clinicamente, mas o lado social também é muito importante. Podemos pensar já na infância: quando uma criança é obesa, ela é alvo das brincadeiras ou é ignorada. Não é escolhida para um time de futebol, por exemplo, porque não é rápida, não consegue correr. Uma criança obesa desde a infância sofre uma rejeição sempre maior. As implicações psicológicas, portanto, provavelmente serão maiores (Coutinho, 1998).

Crianças com ansiedade usam a comida para aliviar este sentimento. Mas deve-se lembrar que muito vem da educação em casa: não é a criança que vai fazer as compras e decidir o que comer. Nas gerações de crianças obesas, em geral os filhos morrem antes dos pais por doenças crônicas derivadas da obesidade. Muitos pais não se sentem à vontade quando lhe dizem que a responsabilidade é deles (Ramos; Stein, 2000).

Os chamados problemas emocionais foram, por muito tempo, julgados como os principais fatores desencadeantes da obesidade. Assim, o indivíduo obeso era visto como apresentando baixa autoestima, baixo potencial motivacional para perder peso, ou até mesmo como uma "pessoa fraca". Na verdade, sabe-se atualmente que esse tipo de preconceito acerca da obesidade pode desencadear sintomas psicológicos ou mesmo psiquiátricos em seus portadores, e muitas vezes atrasar a busca por um tratamento adequado (Azevedo, 2004).

Há muita relação entre as emoções e a comida: é comum ouvir relatos de pessoas obesas que dizem: "eu como porque estou contente, porque estou triste, porque estou sozinho, porque estou acompanhado", etc. Nesse ponto a pessoa deixa de ter uma relação saudável com a comida.

A única "vacina" que existe, portanto, é a educação. Uma em cada três crianças de 5 a 9 anos no mundo está obesa, de acordo com a OMS (2003). Deve-se insistir na formação dos pais: os pais têm uma menor percepção do peso das crianças. Quando o peso é normal, em

geral os pais acham a criança magra. Quanto mais tarde ocorrer a procura por ajuda, maior será a chance das crianças ficarem obesas (Bruch, 1973).

Algumas orientações da psicologia, dentre elas, o enfoque ou escola cognitivo comportamental, sugerem que os sistemas de crenças dos indivíduos obesos determinam sentimentos e comportamentos desencadeados por pensamentos disfuncionais acerca do peso, da alimentação e do valor pessoal. Assim, indivíduos obesos altamente insatisfeitos com seu peso, e, portanto, apresentando sofrimento psíquico, acreditam que ser magro está associado a autocontrole, competência e superioridade, o que interfere diretamente na autoestima, comprometendo, desse modo, a motivação para perder peso (Hollis, 2003).

O tratamento da obesidade solicita uma abordagem multifatorial: os aspectos psicológicos são consequência da obesidade. Como a obesidade é considerada crônica, há atualmente diferentes tratamentos: medicamentos, aumento de atividade física, terapias, reeducação alimentar e ainda a cirurgia de redução do estômago.

Estudos comunitários no Brasil mostram que não há um nível maior de psicopatologia na população geral de obesos (Azevedo, 2004). Porém, indivíduos obesos que buscam tratamento específico para perda de peso apresentam prevalência maior de sintomas ansiosos, depressivos, de mau comportamento alimentar e de traços de impulsividade. Entre os transtornos comportamentais que podem determinar a obesidade estão a depressão atípica, o transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP) e a síndrome da compulsão alimentar noturna (SAN). A depressão atípica, caracterizada no DSM, apresenta como um dos critérios diagnósticos o ganho de peso ou aumento do apetite significativos. A presença da reatividade no humor (humor que melhora em resposta a eventos positivos e reais) pode, muitas vezes, levar a um atraso no diagnóstico adequado do episódio depressivo, permitindo assim, o ganho de peso e a obesidade (Azevedo, 2004).

O TCAP é um transtorno da alimentação caracterizado no DSMIV. Sua principal característica é a presença de episódios recorrentes de compulsão alimentar sem qualquer evidência de comportamento compensatório para evitar o ganho de peso. Define-se a compulsão alimentar como episódios em que há ingestão de grande quantidade de alimentos, em geral hipercalóricos, em curto período de tempo, com a sensação de perda de controle sobre o ato alimentar. Dessa maneira, na ausência de comportamentos que possam compensar ou evitar o ganho de peso, como por exemplo, atividade física, haverá, inevitavelmente ganho

de peso. Estudos, segundo Azevedo, 2004 indicam uma prevalência desse transtorno em aproximadamente 2% da população geral e 30% da população da população de obesos que buscam tratamento (Azevedo, 2004).

A SAN é um transtorno que ainda não se encontra categorizado em manuais diagnósticos, apresentando sintomas compatíveis com transtorno da alimentação e do sono. Trata-se de uma síndrome caracterizada por episódios recorrentes de ingestão alimentar que ocorrem exclusivamente durante o período noturno, em geral após o início do sono. Os indivíduos portadores de SAN apresentam hábitos alimentares diurnos adequados, aparentemente sem restrições ou excessos; e à noite, após iniciado o sono, despertam com uma necessidade de ingerir alimentos, na maioria das vezes hipercalóricos, sob o risco de não conseguirem reiniciar o sono caso não se alimentem. Alguns indivíduos portadores dessa síndrome, curiosamente, não se lembram desses episódios alimentares noturnos. Há, assim, um risco real de ganho de peso e obesidade. A prevalência estimada de SAN na população geral é de 1,5%, podendo atingir 10% em indivíduos obesos (Azevedo, 2004).

Deve-se lembrar, ainda, que grande parte dos medicamentos usados na psiquiatria para o tratamento de diferentes transtornos, como afetivos, ansiosos e psicóticos, proporciona ganho de peso. Esses medicamentos, em sua maioria, apresentam bloqueio de receptores histamínicos e o conseqüente aumento do apetite (Azevedo; Santos; Fonseca, 2004).

A investigação de possíveis fatores geradores de ganho de peso devem ser o passo inicial na avaliação de indivíduos obesos que buscam tratamento para a perda de peso. A exclusão de patologias clínicas deve ser solicitada. A história psiquiátrica pessoal e familiar também deve ser colhida, pois o cuidado com as intervenções terapêuticas deve ser redobrado nesses casos. Alguns medicamentos utilizados para tratamento da obesidade podem desencadear novos episódios em pacientes.

Segundo os autores acima citados, é importante lembrar que a intervenção psicoterápica, juntamente com orientação nutricional e médica, potencializam o indivíduo que busca tratamento para perda de peso.

Comportamentos também se espalham de pessoa para pessoa, e muitos destes comportamentos têm um grande efeito e fazem diferença em nossa saúde. Por exemplo,

colegas influenciam os hábitos alimentares de seus amigos, particularmente o comportamento de controle de peso em adolescentes do sexo feminino (Christakis, 2009).

Segundo Christakis (2009), nós aparentemente não apenas imitamos as pessoas sentadas próximas de nós em uma sala de aula ou de jantar. Nós também imitamos pessoas que estão bem mais longe. Se olharmos para a epidemia de obesidade que acontece em muitos países, imediatamente pode-se pensar que a palavra epidemia tem dois significados. Em primeiro lugar, significa que é uma condição de prevalência mais alta que o usual. Em segundo, ela conota contágio, sugerindo que alguma coisa está se espalhando rapidamente.

É aparente que a prevalência da obesidade está aumentando. A medida padrão, usada mundialmente, para definir a obesidade é o índice de massa corporal (ou IMC, criada no século XIX pelo estatístico belga Adolphe Quetelet), que é o resultado da divisão do peso em quilos pela altura em metros ao quadrado. O IMC se tornou um padrão internacional para a medição da obesidade na década de 80. Em 1998, o limiar de excesso de peso do IMC baixou de 27,8 para 25. Essa mudança transferiu 30 milhões de americanos que estavam na categoria peso saudável para a categoria de excesso de peso. Atualmente, segundo a OMS, um IMC é considerado normal quando está entre 20 e 24,9, sobrepeso é caracterizado por um IMC que está entre 25 e 29,9, e a obesidade grau I é classificada quando o IMC está acima de 30. Entre 35,0 e 39,9, a obesidade é vista como grau II. Índices do IMC acima de 40,00 indicam obesidade mórbida, ou grau III.

De 1990 a 2000, ou seja, em uma década apenas, a porcentagem de pessoas obesas nos Estados Unidos aumentou de 21% para 33%, e atualmente 66% dos norte americanos apresentam sobrepeso ou obesidade. O que não fica claro é se a obesidade pode ser vista como uma epidemia no segundo sentido da palavra. Autores como Christakis e Fowler (2009) acreditam que a epidemia é algo mais que metafórico.

Além da adiposidade, vários estudos populacionais demonstram a importância da localização abdominal da gordura como fator de risco para doenças crônicas não transmissíveis. A obesidade abdominal é considerada um achado característico da síndrome metabólica. Contudo, para autores como Abassi e colaboradores (2002), a obesidade abdominal seria sinônimo de um aumento na gordura total, que é mensurado pelo IMC. Os indicadores mais utilizados para avaliar a localização de gordura são a circunferência de cintura e a relação cintura/quadril.

Além de amizades, é possível pensar se o ganho de peso poderia espalhar-se através de pessoa para pessoa, mas elas teriam que estar intimamente relacionadas. Cônjuges e irmãos influenciam-se mutuamente. Colegas de trabalho também se influenciam, principalmente se eles trabalham numa empresa pequena onde todos se conhecem. Christakis também defende que em pessoas relacionadas intimamente, hábitos mais saudáveis, como a adoção de uma alimentação com menor índice calórico, ou ainda a prática de exercícios físicos também se estabelece, fazendo com que o ciclo inverso seja, assim, igualmente transmitido.

2. ASPECTOS PSICOLÓGICOS

Nossa atmosfera social e cultural prioriza a elegância corporal em uma extensão tão grande, que é surpreendente que nem todas as pessoas obesas sofram com por desgosto e ódio por serem gordas. Há uma tendência para considerar a baixa autoestima como a causa principal dos problemas psicológicos nos obesos. Os sentimentos de desprezo e ódio por ser obeso são frequentemente suficientes, mas ainda assim esses sentimentos parecem não ser determinados apenas pelas atitudes sociais; eles também estão entrelaçados com experiências psicológicas e interpessoais desde cedo. Não é surpresa, portanto, que um jovem cuja mãe dizia de maneira orgulhosa "a família acha que quanto mais gordo, melhor ele é" tenha desenvolvido uma atitude de auto aceitação, mesmo sendo severamente obeso desde criança (Hilde Bruch, 1973).

O comer não é só fonte de prazer, é também considerado "um dos últimos redutos da sensação de liberdade" (Mello Filho, 1983). Para Marchesini (1999), o comer é capaz de exercer uma função tranquilizadora e socialmente aceita. A importância do comer, no desenvolvimento psicológico do indivíduo, está em ser um dos primeiros modos de relacionamento com o objeto de desejo do bebê, representado pelo seio materno. O comer, portanto, apresenta-se como os primórdios da relação do indivíduo com o meio, quanto a modos de recepção, aquisição e introjeção, adquiridos no que a psicanálise conceituou como estágio oral, período que compreende os dois primeiros anos de vida (Reis, 1984). Para a psicanálise, é coerente pensarmos na boca como veículo de construção das noções de "Eu" e "Não-Eu", uma vez que ingerir, digerir e eliminar fazem parte do trajeto alimentar. Outra característica que faz parte deste trajeto é a noção de vazio e cheio. A mãe é o primeiro alimento, é a linguagem do corpo que estabelece as primeiras relações (Marchesini, 1999).

O indivíduo obeso pode chegar à terapia por diversos motivos: o excesso de peso complica uma doença crônica; há prejuízo psicossocial em uma criança ou adolescente; ou quando a obesidade não é parte da razão original da procura da terapia, mas emerge como problema durante o andamento das sessões (Marchesini, 1999).

Hilde Bruch foi a pioneira nos estudos sobre aspectos psicológicos da obesidade, como também sobre as relações entre obesos e suas famílias. Segundo a autora (1973), pais de crianças obesas sentem-se como se não houvesse nada para contar: a criança nunca deu

trabalho, sempre comeu o que foi colocado à mesa; a mãe era invejada por amigos e vizinhos, pois seu filho não costumava recusar alimentos ou brincar com a comida. Essa "bondade" era também descrita em outras áreas, como organização, não envolver-se em brincadeiras violentas, ser obediente, não apresentar comportamentos destrutivos.

Para Hilde Bruch (1973), "distorções das experiências alimentares freqüentemente ocorrem em conjunto com distorções da comunicação verbal, com um rótulo errôneo do sentimento da criança, como se ela devesse estar com fome (ou triste, ou cansada), sem que se leve em conta a própria experiência da criança". Esta forma incorreta de nomear sentimentos também pode ser aplicada ao papel da criança na família, bem como seu humor. É como se a criança não tivesse o direito de estar triste, porque isto implicaria em um insulto para os sentimentos dos pais. Deste modo, a criança não confia na legitimidade de seus próprios sentimentos.

Com a intenção de manter um certo equilíbrio com as pessoas em seu ambiente, a criança é obrigada a aceitar esses conceitos distorcidos sobre seu corpo e funções corporais, e assim não pode desenvolver sua própria percepção corporal e senso de competência.

Hilde Bruch (1973) ainda percebeu que "pessoas em que a obesidade é relacionada a problemas psicológicos podem ser divididas em dois grupos: aqueles em que a obesidade é ligada com o desenvolvimento, que por sua vez pode ser caracterizado por outros aspectos de personalidade, classificados como Obesidade Desenvolvimental; e aqueles que se tornaram obesos como reação a um evento traumático, a chamada Obesidade Reativa".

A obesidade desenvolvimental tem início na infância, e é como se ser pesado fosse parte de um disfarce da criança. Entretanto, na maioria das crianças obesas e em muitos adultos que foram obesos desde cedo, há uma relação íntima de fatores constitucionais com distúrbios emocionais e da personalidade. Na obesidade reativa, o ganho de peso vem depois de uma experiência emocional traumatizante. Há referências sobre obesidade adquirida depois de eventos desagradáveis e em períodos de grande estresse emocional (Lichtwitz, 1923). Estudos indicam que experiências traumatizantes podem influenciar os mecanismos regulatórios do hipotálamo. Essas experiências podem incluir a morte de um membro familiar, a saída de casa, o rompimento de um relacionamento amoroso, experiência de abuso sexual, ou ainda situações que envolvem o medo da solidão. A obesidade reativa é a forma

mais comum em adultos; pois a hiperfagia muitas vezes parece ter a função de evitar sentimentos de ansiedade ou de depressão (Bruch, 1973).

Há casos em que a carga genética ou a alimentação, bem como os hábitos de exercícios tornam a obesidade altamente provável, fazendo, desta maneira, com que o peso do indivíduo fique adequado aos padrões de interação familiar (McDaniel et al, 1994). Quando esses indivíduos tentam perder peso, a família os apoia, não se sente ameaçada e não interfere, portanto, pelo controle sobre a comida, o comer e o peso. Há outros casos em que a família se organiza em torno da obesidade de um modo disfuncional: o indivíduo obeso apresenta vários problemas psicológicos, como por exemplo a incapacidade para efetuar transições na vida. Nesses casos, não há apoio familiar, mas sim obsessão ou conflito contínuo com alimentos, peso ou dietas.

3. OBESIDADE E A ABORDAGEM FAMILIAR

O núcleo familiar é composto de pai, mãe e filhos; e este modelo pode variar culturalmente, de acordo com Carter e McGoldrick (1995). Os autores afirmam que as famílias latinas tendem a aumentar o núcleo familiar, e as de classe social desfavorecida costumam englobar vizinhos e amigos como rede de suporte familiar. Além disso, o conceito de família varia com a experiência que se tem com a própria família e a dinâmica das relações familiares. Uma família compreende, de modo geral, todo o sistema emocional de pelo menos três ou quatro gerações.

Quanto ao costume alimentar familiar, deve-se lembrar que o padrão, costumes, hábitos e regras são determinados, em primeiro lugar, pela família. Com o crescimento das crianças, outros fatores, como culturais e sociais também interferem (Ramos; Stein, 2000).

Condutas sedentárias, como assistir à televisão, têm se mostrado positivamente associadas ao desenvolvimento da obesidade, tanto em crianças como em adultos. Além disso, o fato de assistir à televisão influencia a escolha de alimentos e aumenta o consumo de lanches e bebidas com alto valor calórico. Como se isso não bastasse, é possível observarmos uma redução na prática de atividade física durante o tempo de lazer. Em geral, quanto maiores o poder aquisitivo e a escolaridade de um indivíduo, maiores serão as suas chances de praticar atividades físicas no tempo destinado ao lazer (Troiano; Macera; Ballard-Barbash, 2001).

3.1 Lealdade Familiar e Obesidade

A lealdade é como um compromisso baseado em expectativas implícitas e estruturadas de um grupo (uma família, por exemplo). Essas expectativas são tidas como verdadeiras, e a culpa é um sentimento que torna-se presente quando o compromisso não é cumprido, como forças secundárias de regulação do sistema familiar. Alguns sinais de

lealdade incluem justamente a paralisação de um indivíduo na vida, seja não conseguir passar no vestibular, não se formar, estar paralisado numa relação conjugal, ou não conseguir emagrecer, apesar de várias tentativas.

Nagy e Spark (2003) salientam que a exigência extrema da lealdade dos filhos em relação a seus pais, pode levar a um sentimento de traição que impede os filhos de se separarem, ficando o afeto como segundo plano face à lealdade.

Na família desligada, os indivíduos podem funcionar de forma autônoma, mas com um desproporcional senso de independência. Os sentimentos de lealdade e pertencimento são tão frágeis a ponto das pessoas se sentirem incapazes de se perceberem como interdependentes e de solicitar ajuda quando necessitam. A função de proteção inerente à família é raramente exercida e a comunicação é deficiente. Estas famílias toleram uma ampla gama de variações individuais entre seus membros e as dificuldades tendem a conservar um caráter individual. Este sistema relacional tende a não reagir aos acontecimentos internos ou externos da vida familiar, mesmo quando uma reação é necessária (Minuchin, 1974/1982).

Para este autor, a expressão mais comum do medo da mudança é a evitação do conflito. As famílias aglutinadas negam as diferenças ou dão constantes alfinetadas, o que permite o extravasamento das emoções sem pressionar para a resolução do conflito. As famílias desligadas fogem do conflito evitando o contato.

A obesidade pode se repetir em várias gerações e servir a um senso de autodefinição. Nessas famílias, perder peso pode ser percebido como uma afronta a outros membros familiares. A lealdade é preservada, portanto, se o indivíduo tenta perder peso e acaba fracassando. As expectativas, quando falamos em lealdade familiar, são alimentadas por fantasias de que o outro se sentirá traído.

É comum que as famílias tenham suas próprias leis em formas de expectativas compartilhadas não escritas. Quando há algo não dito, a fantasia normalmente toma proporções maiores do que a realidade. Na terapia familiar sistêmica, portanto, pode-se pensar em que compromissos determinada família teve para que tais expectativas fossem criadas; evitando-se a dinâmica de vítima/algoz. O desafio reside em encontrar os compromissos que foram selados pela lealdade, como uma forma de perceber as manifestações das forças relacionais e dos determinantes estruturais.

3.2 Diferenciação e Obesidade

Para Andolfi (1989), a família é vista como um sistema ativo, complexo, e em constante transformação. Este sistema se altera com o passar do tempo para assegurar a continuidade e crescimento psicossocial de seus membros. Sendo assim, a família se desenvolve como uma unidade, ao mesmo tempo em que assegura a diferenciação de cada um de seus membros.

A família é um sistema relacional que vai além do indivíduo, e que articula em cada um de seus membros vários componentes individuais, aplicando-se, assim, princípios que são utilizados por sistemas abertos (sistemas onde há troca de informação, matéria e energia com seu meio). A transformação, ou evolução da família acontece graças à sua capacidade de diminuir sua estabilidade para depois recuperá-la através da reorganização em bases novas. Há pressões tanto internas (mudanças do ciclo de vida), quanto externas (exigências sociais) em direção à estas mudanças.

A diferenciação é a capacidade de mudar, de se deslocar de um lugar para outro, de participar, de separar-se, de pertencer a diversos subsistemas (conjugal, parental, fraterno, por exemplo). A diferenciação, segundo Andolfi (1989), permite a possibilidade de exercer funções únicas, de trocar de funções e de adquirir outras, expressando assim aspectos mais diferenciados de si mesmo. Cria-se, assim, um espaço pessoal, e conseqüentemente a identidade de um indivíduo. Muitas vezes a família passa por fases de desorganização, principalmente quando o equilíbrio de um estágio é rompido em função da preparação para um estágio mais adequado.

Em uma família tida como funcional, segundo Andolfi (1989), cada membro desenvolve uma imagem diferenciada de si mesmo, dos outros membros, e de si mesmo em relação aos outros. Cada um pode compartilhar seu espaço pessoal com os outros, sem existir apenas como função para outras pessoas. As famílias funcionais, ou saudáveis, estimulam tanto a coesão quanto a individuação.

Contrariamente, quando há rigidez familiar, a mudança pode não ocorrer se as regras de comunicação que governam o sistema familiar impedirem a individuação e/ou a

autonomia de seus membros isoladamente. Cada membro é, então, forçado a viver como uma função para os demais; ninguém pode escolher livremente. Cada membro sente-se forçado a ser o que o sistema impõe. Há, deste modo, expectativas sobre o papel ou a função de cada um dos membros, e a individuação de cada um encontrará fortes obstáculos.

Em famílias com um ou mais indivíduos obesos, pode-se perceber a expectativa do restante da família em que o obeso concorde em ser uma "pessoa boa", sendo capaz de perder peso; e o parceiro ou os pais passam a controlar este indivíduo. Como dito anteriormente, há casos em que há apoio familiar quando um de seus membros decide perder peso; não havendo sensação de ameaça ou de interferência por parte da família. Há outros casos, entretanto, em que a família se rebela, sentindo-se ameaçada quando alguém decide mudar seus hábitos alimentares. Pode-se ouvir frases como "Por que, então, eu fiz tanta comida?"; "Quem vai comer a sobremesa favorita dessa pessoa?"; ou ainda "Mas eu fiz esse prato com tanto carinho, e agora você não vai comer?"

3.3 Modelo Intergeracional e Obesidade

Para Bowen (1979), a família pode ser considerada como uma variedade de sistemas e subsistemas. À medida em que uma parte do sistema muda, há mudanças compensatórias de outras partes desse sistema. Os sistemas funcionam em todos os níveis de eficácia, que vão desde um nível adequado de funcionamento, até um nível de falha total. Pode-se também pensar em um superfuncionamento. O funcionamento de todo o sistema depende do funcionamento dos sistemas mais amplos dos quais é parte, e também de seus subsistemas.

Para Bowen, assim como para Andolfi, a relação se estabelece entre duas pessoas, mas a diferenciação de um indivíduo se dá através de uma terceira pessoa. Casais se comparam com outros casais, por exemplo. O indivíduo é a unidade básica de observação, e não a dupla. De modo geral, pode-se dizer que quanto mais imatura uma pessoa, mais reativa ela é. Na grande maioria das famílias, os pais transmitem parte de sua imaturidade a um ou mais filhos.

Para Bowen (1979/1991), uma família com maior nível de indiferenciação será uma família mais desorganizada, com níveis de ansiedade mais elevados. No entanto, uma família com melhores níveis de diferenciação tenderá para níveis de ansiedade mais baixos. Em uma atmosfera emocional de muita ansiedade, os níveis de indiferenciação aumentarão pouco a pouco. Quando as relações sociais de um indivíduo adquirem caráter significativo, podem haver modelos para as relações posteriores, com seus aspectos positivos e negativos de suas relações com sua família de origem. Se a pessoa encontra-se em um estado de estresse ou tensão, sua ansiedade aumenta, e ela buscará outras relações mais satisfatórias visando o alívio de sua ansiedade. Quanto menos diferenciada a família, maior a necessidade de triangulação fixa, como forma de manter a estabilidade emocional. Acontece frequentemente da tensão entre duas pessoas atingir um nível muito alto de desconforto, tornando-se insuportável. Nestes momentos surgem os processos de triangulação familiares, o que faz com que a ansiedade do sistema se reduza, congelando os conflitos, porém impedindo a resolução dos mesmos e prejudicando o desenvolvimento e a diferenciação do indivíduo triangulado. Para Bowen (1991), assim como para Andolfi (1983/1984), o sistema dificulta o crescimento de seus membros que por sua vez não conseguem testar novas partes de si mesmos, fazendo com que as pessoas coexistam apenas como funções dos outros. Dessa forma, o indivíduo acha-se forçado a ser sempre aquilo que o sistema impõe.

Se pensarmos em termos de obesidade, podemos pensar em um período de intenso mal-estar relacional em que uma dieta de restrição calórica ocorre. A redução alimentar insere no triângulo uma espiral interativa que pode reforçar o jogo parental. A mãe, por exemplo, na tentativa de controlar a alimentação de um filho, reforça o transtorno da obesidade, e o pai acaba desistindo de convencer esse filho de que ele precisa comer menos. Ou ainda, o filho mais envolvido poderia comer como forma de alívio à sua excessiva tensão e ansiedade; ou mesmo ser impossibilitado de iniciar um processo de emagrecimento por não se diferenciar e se libertar das expectativas dos demais membros da família, como será ilustrado mais adiante no estudo de caso, que será apresentado no capítulo 4.

3.4 Terapia Narrativa e Externalização

O conjunto de bases teóricas e as correspondentes práticas terapêuticas que veio a ser nomeado como terapia narrativa, teve sua origem em um trabalho de colaboração entre Michael White (Austrália) e David Epston (Nova Zelândia), nos anos de 1980. Esse trabalho teve grande repercussão no campo da terapia familiar, apresentando uma nova maneira de compreender os problemas e seus efeitos na vida das pessoas e das famílias, bem como as relações terapêuticas.

As práticas narrativas partem de pressupostos básicos fundados na crença da visão de realidade como construção social. Todas as pessoas constroem sentido e significado de suas experiências, sendo que a narrativa pessoal possibilita que os indivíduos deem sentido a elas. Os sentidos dados às experiências moldam a vida e os relacionamentos das pessoas. Pode-se dizer, então, que a vida das pessoas é multi-historiada; tanto pela história dominante, ou oficial, quanto pela história subordinada, formada por uma variedade de alternativas narrativas que incluem as experiências negligenciadas pela história dominante (Morgan, 2007).

Em um determinado contexto, as histórias sobre a vida e a identidade das pessoas podem aparecer e serem contadas, incluindo contradições, exceções ou alternativas às histórias dominantes. O terapeuta narrativo necessita, assim, desenvolver algumas habilidades em seu trabalho, tais como desenvolver um estado de curiosidade que visa a exploração conjunta da vida do sujeito; fazer perguntas que enriqueçam a história alternativa em construção; bem como contribuir para o desenvolvimento da capacidade das pessoas construírem significados, possibilitando expandirem histórias negligenciadas e esquecidas (White, 1990).

A Terapia Narrativa dispõe de recursos práticos a serem utilizados pelo terapeuta durante o atendimento. Dentre esses recursos estão as conversas de externalização, onde o indivíduo não é visto como portador de um problema ou de um diagnóstico, mas sim como vivendo sob os efeitos de tal problema ou diagnóstico. O olhar para os problemas como separados das pessoas permite que o sujeito observe a influência destes problemas em sua vida, bem como sua influência na vida do problema. O objetivo, então, é a caracterização do

problema, a verificação de como este se relaciona com outras dimensões da vida do indivíduo. Procura-se, deste modo, evidenciar a experiência da pessoa sobre o desenvolvimento do problema, permitindo-se a consciência das compreensões de valores atribuídos a determinado problema (White, 1990). Existem vários sentimentos, que podem ser externalizados durante o atendimento terapêutico, como por exemplo o medo, a ansiedade, a insegurança, uma limitação.

3.5 Outros Significados Psíquicos Para a Obesidade Nas Famílias

A obesidade pode estar relacionada com um mecanismo de defesa: o indivíduo identifica seu grande tamanho com a condição de ser adulto, o que é comum entre adolescentes e pessoas submetidas à uma dinâmica familiar rígida. A obesidade pode estar ligada à uma válvula de escape como resposta à tensão constante do ambiente familiar, ou do ambiente externo. Esta situação pode, sem dúvida, estar unida à conflitos internos.

A obesidade pode estar ligada com a identificação. Há casos, por exemplo, de mães e filhas obesas. Nestes casos, o indivíduo quer ocupar o lugar, ou ser igual ao outro. Percebe-se, assim, pouco ou nenhum espaço para que o indivíduo possa se diferenciar (Burd, 2010).

Muitas vezes a obesidade pode estar acompanhada por um sentimento inconsciente de agressividade frente a algum membro familiar: a negativa em perder peso é um desejo de frustrar os desejos deste familiar. Este desejo de frustração implica uma vingança ou um autocastigo, onde há a negação para emagrecer. Isso pode acontecer entre pais e filhos, entre cônjuges, ou ainda entre o paciente e os profissionais que o atendem.

As conseqüências negativas da agressão física, para Brownell e Foreyt (1985), atingem a saúde física e emocional de quem as sofre, seja imediatamente ou a longo prazo. Dentre os quadros orgânicos resultantes, é possível encontrar lesões, síndrome de dor crônica, fibromialgia, adição ao fumo ou álcool, distúrbios gastrintestinais, e até mesmo obesidade. Os autores acreditam que as seqüelas psicológicas do abuso são ainda mais graves que os efeitos físicos. A experiência do abuso tanto físico como sexual, ou ainda da violência doméstica pode destruir a autoestima de uma mulher, por exemplo, expondo-a a um risco mais elevado

de sofrer de depressão, consumo abusivo de álcool e drogas, ou a compulsão por alimentos, o que pode aumentar as chances de obesidade (Brownell e Wadden, 1986).

Além disso, pode-se dizer que a sexualidade está intimamente relacionada ao peso e à imagem corporal. Deste modo, o peso pode ser usado para o manejo da proximidade ou do distanciamento sexual: a obesidade deforma o indivíduo e pode ser usada como um escudo contra a genitalidade. Evitam-se, assim, as tentações eróticas que podem estar atrás de conflitos inconscientes e que são vividas como proibidas (Burd, 2010).

Burd (2010) defende ainda que a obesidade pode ser usada como uma substituição da insatisfação sexual: a frigidez na mulher e a impotência erétil no homem podem ser causas para a ingestão excessiva de alimentos. O ato de comer, assim, se converte simbolicamente em uma satisfação substituta do que se poderia alcançar genitalmente.

À medida em que o indivíduo perde peso, o mecanismo de defesa subjacente precisa ser abandonado. Muitas vezes a pessoa perde uma proteção quando emagrece, sentindo-se assim desarmada e desprotegida. Assim, é comum que haja espaço para sentimentos de angústia, colocando em risco tratamentos que haviam tido sucesso anteriormente. É importante lembrar que não existe um padrão comportamental que caracterize as famílias de membros obesos. Pode-se observar, contudo, algumas crenças quanto ao peso de seus membros: para algumas famílias, a criança sadia deve ser "forte". Pode-se concluir que emagrecer significa desobediência e a conseqüente exposição a sentimentos de carência afetiva. Ser forte, para essas famílias, significa pertencer àquele grupo familiar. Emagrecer poderia significar deixar de fazer parte (Burd, 2010).

É comum perceber-se o esforço dos familiares em manter a dinâmica familiar sem alteração de papéis. Cada tentativa de emagrecimento significaria a quebra dessa dinâmica. Assim, não há apoio familiar quando um dos membros resolve iniciar o emagrecimento.

3.6 O Modelo Transteórico

O conhecimento e a consciência sobre as recomendações dietéticas são significativos da mudança de comportamento alimentar (Stables, 2002). Um estudo feito nos Estados Unidos por Stables e colaboradores, em 2002, mostrou que indivíduos cientes sobre o consumo alimentar consumiam, em média, 1,5 porções a mais de hortaliças e frutas quando comparados aos que desconheciam as informações.

Para que o indivíduo modifique, de fato, suas práticas alimentares, é necessário que haja uma internalização da justificativa para uma mudança em seus costumes. A modificação para a mudança refere-se ao processo de estimular o indivíduo a agir. Um dos determinantes para que o indivíduo leve em consideração os comportamentos relacionados à saúde é a percepção e a convicção desta pessoa de que a ação recomendada pelo profissional de saúde reduziria a ameaça à sua saúde (Buttriss, 1997). Pode-se dizer, portanto, que o reconhecimento da necessidade de alteração dos hábitos alimentares e de atividade física é um requisito fundamental para iniciar uma mudança dietética, o que é válido tanto para adultos como para adolescentes.

O modelo transteórico foi desenvolvido por James Prochaska e Carlo DiClemente na década de 80, mediante estudos com tabagistas. Mais tarde, este modelo foi também aplicado a outros comportamentos, como alcoolismo, uso de drogas, manifestação de distúrbios de ansiedade e pânico, prática de atividade física, prevenção de gravidez não planejada, entre outras. Mais recentemente, é possível observar sua utilização na área de mudança alimentar, tendo como foco o consumo de gorduras, frutas, legumes, cálcio e fibras; além de estratégias para o controle do peso.

Cinco estágios de comportamento estão presentes neste modelo: pré contemplação, contemplação, decisão, ação e manutenção. Cada estágio representa a dimensão temporal da mudança do comportamento, ou seja, mostra quando a mudança ocorre, e qual o seu grau de motivação para realizá-la.

No estágio **pré-contemplação**, a mudança ainda não foi considerada pelo indivíduo, ou não há intenção de usá-las num futuro próximo (geralmente considerando o período de seis meses). Esta situação pode ocorrer devido à falta de informação, ou quando o indivíduo já realizou diversas tentativas frustradas de alterar seus hábitos alimentares. Indivíduos nesta

fase tendem a não reconhecer suas práticas alimentares como inadequadas, ou não dispõem de motivação para mudá-las.

Na **contemplação**, o indivíduo começa a considerar a mudança comportamental. Assim, pretende-se alterar o comportamento no futuro, mas ainda não há um prazo estabelecido. O indivíduo, assim, reconhece que há um problema, está decidido a superá-lo, mas ainda não apresenta um comportamento decisivo. Há, neste estágio, conhecimento dos benefícios da mudança, mas várias barreiras impedem a ação. A pessoa obesa, portanto, reconhece seu padrão alimentar pouco saudável, mas acredita que a falta de tempo, sabor não agradável, preço, entre outros fatores, não possibilitam a adoção de uma dieta mais adequada.

Na **decisão**, também denominada como preparação, o indivíduo tem a pretensão de alterar seu comportamento em um futuro próximo, por exemplo, um mês. Normalmente, após ter superado tentativas anteriores frustradas, são realizadas pequenas mudanças e um plano de ação é então adotado, ainda sem assumir um compromisso mais sério. Na tentativa da perda de peso, é comum ouvir a expressão "na próxima segunda feira".

A **ação** corresponde ao estágio no qual indivíduos de fato iniciam seu processo de mudança, alterando seu comportamento, ambiente ou experiências, de modo a superar barreiras anteriormente percebidas. Este estágio demanda grande dedicação e disposição para que o indivíduo evite recaídas. É possível citar como exemplo um indivíduo que reduziu seu consumo de alimentos gordurosos visando ao emagrecimento e melhora no seu nível de colesterol.

Na **manutenção**, houve mudança, e esta foi mantida por no mínimo seis meses. O foco então é a prevenção de recaídas e a consolidação dos ganhos obtidos durante o estágio da ação. Em relação à alimentação, poderia corresponder a uma pessoa que passou por um período de reeducação alimentar, e adotou uma dieta mais saudável por um período de um ano.

4. RELATO CLÍNICO

Primeira sessão:

Em setembro de 2009, a autora do presente trabalho recebeu uma ligação telefônica de uma senhora, que logo comentou ter uma filha obesa de 22 anos, que não se mostrava disposta a conversar sobre a obesidade ou sobre qualquer outro assunto em casa, tanto com ela, a mãe, quanto com o pai. Foi, assim, marcada uma sessão com a mãe e filha para a manhã do dia seguinte.

Mãe (que será apresentada aqui como Tereza) e filha (que será tratada como Kátia), chegaram cedo, e a terapeuta imediatamente percebeu o semblante fechado de Kátia. Tereza logo relatou que havia dito à filha que esta iria lhe acompanhar ao médico, e que ela (a mãe) seria consultada. A terapeuta então pergunta à mãe como ela imagina que a filha estaria se sentindo nesse momento, e ela imediatamente responde: traída. Kátia confirma esse sentimento, e diz que gostaria que a mãe tivesse lhe dito que as duas iriam a uma psicóloga, se bem que achava que não iria aceitar, de qualquer maneira.

Tereza então começa a falar sem parar, dizendo que a filha é muito fechada, que gostaria de conversar mais com ela, de participar mais de sua vida, e também de que a jovem se interessasse mais pelos acontecimentos em casa. Kátia, a filha, permaneceu com a cabeça baixa, aparentando estar chorando ainda. A terapeuta então pergunta se estava muito difícil estar ali. A intenção seria tentar iniciar um diálogo, talvez perguntando sobre estudos, irmãos, relacionamentos afetivos etc. Kátia então começa a chorar novamente, e diz que sempre pensou em fazer terapia por causa do seu peso; pois regimes, dietas, atividade física haviam surtido pouco ou nenhum efeito: "Sei exatamente o valor calórico dos alimentos, a quantidade que devo comer, a frequência, mas simplesmente não consigo deixar de comer coisas gostosas, principalmente quando me sinto ansiosa". Foi iniciada então uma conversa sobre o que exatamente havia sido tentado, e um pedido da terapeuta foi a de tentarem marcar uma visita a um endocrinologista o mais rápido possível. Foi esclarecido que seria importante que houvesse uma verificação de suas taxas de glicose, colesterol, níveis dos hormônios da tireóide etc.

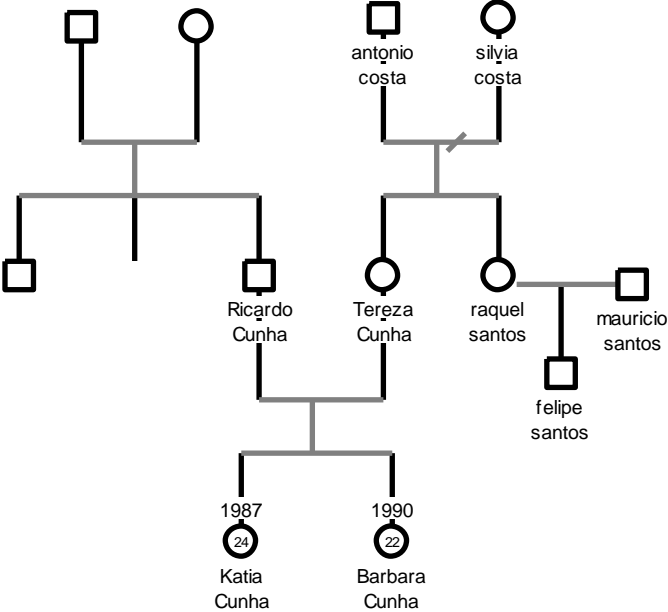
Em seguida a terapeuta pergunta em que situações Kátia se sentia ansiosa, e ela diz que antes de provas, no início e no final do semestre; mas principalmente quando a mãe e

outros membros da família repetidamente lhe perguntavam o que e quanto, ela havia comido, se havia engordado ou emagrecido.

É a vez da mãe começar a chorar, e tentando se explicar diz que ela e o marido, pai de Kátia, só tinham boas intenções com esses questionamentos, que eles queriam o bem da filha mais velha, que eles gostariam de ter duas filhas saudáveis. Kátia, agora sem chorar, olha diretamente para a mãe e diz não gostar disso nem um pouco. A mãe pede desculpas, e promete falar com o pai e irmã de Kátia.

Depois que o ambiente estava mais calmo, foi pedido para que ambas contassem um pouco sobre a família, estudos, irmã etc. Foi dito então que moram em uma casa, com o pai, uma irmã mais nova (Barbara, de 20 anos), e os avós maternos. A terapeuta soube nesse momento que os avós eram separados, mas continuavam morando na mesma casa, apenas dormindo em quartos separados. A terapeuta então sugere que seja marcado mais um encontro com a família, mas Kátia nesse momento diz que gostaria de fazer terapia sozinha, "para que eu tenha meu momento, há várias coisas que eu gostaria de falar". A mãe começa então a fazer várias perguntas para a filha, querendo explicações sobre tais assuntos, mas Kátia não se mostra disposta a falar. A psicóloga fica em dúvida, mas a mãe diz também que ela e o marido trabalham, ambas as filhas freqüentam a faculdade, e que os avós teriam uma certa dificuldade de locomoção. A mãe acrescenta depois que gostaria de respeitar esse desejo da filha, que isso seria muito importante para ela. É perguntado então sobre estudos e relacionamento, e Kátia diz que freqüenta a faculdade de Letras e que a irmã escolheu o mesmo curso. Diz ainda que tem um namorado chamado Rafael que estava prestes a se formar na faculdade de Educação Física. Combinamos assim o dia e o horário da próxima sessão, combinamos sessões quinzenais, enfatizando que tanto Kátia quanto a terapeuta poderiam sentir necessidade de chamar os pais, irmã ou o namorado a qualquer momento da terapia. Mãe e filha concordam e saem abraçadas da sala.

4.1 GENOGRAMA



4.2 Desenvolvimento da Terapia

Kátia chega pontualmente para a segunda sessão, logo dizendo que já havia marcado uma consulta com um endocrinologista. A terapeuta pergunta sobre como saiu da sessão anterior, que tipos de sentimentos haviam surgido, quem sabia de sua vinda à psicóloga, quem não poderia saber, quem aprovava etc. Ela diz que havia contado ao namorado todos os detalhes da sessão anterior, que este havia tido uma experiência negativa com psicólogos (seus pais se separaram quando ele tinha 14 anos), e que ela não tinha certeza se ele viria à uma ou mais sessões caso pedíssemos. Rafael, portanto, não foi incluído em nenhuma sessão. Fala ainda que o pai havia se mostrado indiferente, que achava que a mãe havia dado mais detalhes a ele, e que a irmã "achou legal". Não sabia dizer a opinião dos avós. Relata ainda que saiu se sentindo bem da primeira sessão, feliz por ter um espaço seu, mas ao mesmo tempo com medo de que os pais ficassem lhe perguntando a todo momento sobre a evolução de sua terapia. Disse que eles questionaram um pouco o porquê de não se abrir com eles, que eles insistiram ao querer saber o que eles haviam "feito de errado", e que foi bastante difícil para ela não falar sem brigar com os pais ou chorar. Segundo Kátia, foi necessário explicar várias vezes que ela não tinha segredos, que ela apenas gostaria de ter seu próprio espaço.

A ansiedade de Kátia foi o foco principal durante o período inicial da terapia. Ela aos poucos compartilhou com a terapeuta o fato de simplesmente não conseguir deixar de comer quando se sentia um pouquinho ansiosa. Disse que comia tudo o que estava à sua frente, e que muitas vezes invejava sua irmã, que podia comer tudo sem engordar. Segundo Kátia, a irmã apresentava um corpo bem magro, assim como todos em casa. Ela então conta à terapeuta que sempre ouviu a mãe contar a história de que ela era o orgulho dos pais, pois sempre comia tudo em todas as refeições. Nunca deixava nada no prato, e era uma criança aparentemente saudável e rechonchuda. Depois que Kátia começou a frequentar a escola, entretanto, ela começou a perceber que era muito diferente das outras crianças, que nunca era escolhida para os times nas aulas de educação física, e que era muitas vezes ridicularizada pelos coleguinhas. Ela diz lembrar-se de chorar muito nessa época, e de começar regimes e exercícios sem fim. Conta que sentia-se muito excluída pela família quando não podia comer o que as outras pessoas estavam comendo; e a esta altura da terapia, terapeuta e cliente puderam perceber que os pais, tios e avós cobravam que ela não comesse, para emagrecer,

mas ao mesmo tempo se sentiam ofendidos se tivessem preparado um prato especial para ela, algo que ela gostasse, e ela se recusasse a comer, ou que comesse o que era preparado, mas em pequenas quantidades.

Kátia, segundo ela mesma, aos poucos começou a se dar conta do paradoxo em que estava inserida, e foram usadas várias sessões para falarmos a este respeito. Na medida em que a consciência de Kátia aumentava a esse respeito, sua voracidade para comer tudo o que estava à sua frente diminuía.

Aos poucos, durante as sessões, Kátia reconhece que já não havia tantos alimentos calóricos na geladeira, que os alimentos brancos como pães e massas foram sendo substituídos pelas versões integrais (apesar do avô ser o último a aprovar essas mudanças). Ela atribui sua disciplina para comer menos como sendo um fator crucial para essa mudança em casa. Ela conta que no começo das mudanças era preparado arroz integral, entre outras coisas, em pequenas quantidades para ela apenas, pois o resto da família não conseguia comer aquilo, e que aos poucos outros membros foram aderindo e até mesmo preferindo os alimentos integrais. Apenas seu avô resistiu a esse tipo de alimento, e a mãe e a avó não se importavam mais em preparar arroz ou macarrão duas vezes.

Foi constatado que seus níveis de glicose, colesterol e hormônios da tireóide apresentavam níveis normais. A ansiedade, ao redor da décima sessão, já não estava tão alta em momentos de tensão, embora ainda presente em alguns momentos, e Kátia passou a se dar conta no consultório da terapeuta que seus pais, principalmente a mãe, haviam deixado de perguntar a todo momento sobre seus hábitos alimentares. Também a esta altura, era visível a perda de peso de Kátia.

Por volta da décima segunda sessão, já havíamos passado pelas comemorações de natal e ano novo, e Kátia se mostrava especialmente orgulhosa de ter conseguido passar este período sem ter comido tudo o que a avó, mãe e tia haviam preparado. Ela conta, rindo muito, que ainda depois deste tempo de terapia, ela ainda ouvia a avó, principalmente, dizer: "Come, menina, que sua mãe e eu passamos muito tempo na cozinha preparando essa comilança toda. Olha só, eu fiz tudo o que você gosta!". Segundo ela, era engraçado, mas especialmente gratificante ouvi-las falar e poder resistir o quanto quisesse. Terapeuta e cliente trabalharam intensamente sobre esse tipo de sentimento. Estávamos, entretanto, perto do início do semestre na faculdade, e a ansiedade de Kátia aumentou, segundo ela própria, devido ao

início iminente das aulas. Para ela, seria mais uma etapa para lidar com a ansiedade decorrente de trabalhos, provas e apresentações. Foi possível neste ponto trabalharmos essa questão específica pelo uso da externalização.

A terapeuta pediu que Kátia fizesse um desenho ou escultura que representasse a ansiedade, e na sessão seguinte ela trouxe um boneco de pano que seu primo brincava quando era pequeno, e que ainda estava guardado em seu armário. Um olho estava faltando, e o boneco estava rasgado em várias partes. Para Kátia, aquele boneco representava muito bem a ansiedade, pois era, segundo ela feio de dar medo. Seu primo havia lhe dado permissão para usar esse boneco o tempo que precisasse, mas havia também pedido que cuidasse bem dele. Kátia não entendia muito bem essa recomendação de cuidar desse boneco velho, mas em um momento ela percebeu que teria que tomar conta muito bem de sua ansiedade, porque senão ela poderia voltar a qualquer momento. Para ela, a ansiedade tinha a gula e a raiva como amigas, e o controle e poder respirar antes de comer como inimigos. À sua maneira, Kátia, como ela mesma relata, foi conseguindo fazer com que o controle estivesse mais perto na hora das refeições e antes de provas e apresentações de trabalhos na faculdade.

A cliente conta que os pais, tia e avós já praticamente não lhe perguntavam mais sobre o quanto e o quê ela havia comido, mas o que lhe chamava mais a atenção era o fato de não ligar mais quando, a avó principalmente, ainda dizia que havia gastado um tempo enorme preparando um tipo específico de alimento, e a neta não havia nem provado. Kátia achava que talvez fosse mais difícil, pela idade, que a avó mudasse hábitos tão facilmente quanto seus pais.

Kátia, à sua maneira, aprendeu a não se importar com os comentários da avó, acerca de ter passado muito tempo na cozinha para que a neta não comesse, ou comesse menos do que o normal.

4.3 Pedido de encerramento

Apesar de Kátia, um ano e meio após o início do processo terapêutico, ainda não ter emagrecido tudo o que queria, ela e a terapeuta começaram a pensar em uma data para o encerramento das sessões. Para ela, não ter emagrecido tudo o que queria não era visto como um fracasso, pois ela podia agora perceber quantos quilos já estava mais magra, se comparada ao início do processo. O principal, para ela, era ter conseguido resistir às comidas gostosas em casa; além de poder dizer "não" para os avós ou pais, sem que isso significasse brigar com eles. Ela relata que se sentia bastante aliviada quando era respeitada nesse sentido. Foi marcada um sessão de encerramento para cerca de um mês, e Kátia insistiu em vir sozinha.

Ela, como sempre, chegou pontualmente ao encontro, e disse que o processo terapêutico foi especialmente importante para que se sentisse ouvida e respeitada. Contou que o relacionamento com o namorado também havia mudado para melhor, pois o namorado, a esta altura, havia se formado em educação física, sendo importante para ele que a namorada fosse magra. O único empecilho para o casal era escolher lugares para poderem almoçar ou jantar juntos, pois o namorado gosta de comer bem. Kátia disse, sorridente, que ambos conseguiam rir juntos sobre essa dificuldade de escolher restaurantes. Entre seus planos estava o de terminar a faculdade e começar a trabalhar.

4.4 Observação

Em novembro de 2011, seis meses após a última sessão, a terapeuta pede um encontro com Kátia. Ela acha esse pedido um pouco estranho, mas concordou em vir à sessão. Foi pedida então sua autorização para escrever este trabalho, enfatizando que nomes e alguns dados seriam trocados para que fosse evitada qualquer tipo de identificação. Kátia concordou, pedindo apenas que não fosse declarado seu peso tanto no início quanto no término do processo, quantos quilos conseguiu emagrecer, ou ainda seu IMC.

O genograma aqui apresentado foi elaborado no início deste trabalho, ou seja, em novembro de 2011.

5. DISCUSSÃO

Foram feitas, ao todo, 22 sessões com Kátia, incluindo a sessão inicial com sua mãe, do período de setembro de 2009 até maio de 2011.

Durante este tempo, foi possível trabalhar, mesmo que individualmente em terapia, aspectos familiares como a lealdade e a diferenciação com Kátia. Foi usada também a externalização, por cerca de três sessões. Foi visível e comprovada a perda de peso de Kátia, bem como a dificuldade de mudar seus hábitos alimentares, além de alterar a rotina dos outros membros familiares.

A terapeuta acredita que Kátia, no início da terapia, estava no estágio de decisão, e rapidamente passou para o período de ação, seguido ao de manutenção do modelo transteórico.

Ficou claro para a terapeuta o quanto Kátia precisava conscientizar-se das expectativas de sua família a respeito de sua alimentação, desde quando era pequena, o orgulho dos pais, como ela mesma conta, até a idade adulta, quando algum membro querido da família havia passado um certo tempo na cozinha para preparar um prato especial. Quando, no início da terapia, Kátia começou a se recusar a comer alimentos preparados pela avó ou pela mãe, ela sentia-se bastante culpada e muitas vezes sozinha quando todos, exceto ela, estavam sentados à mesa apreciando uma boa refeição. Para esta família, na opinião da terapeuta, a comida tem um significado de afeto, tanto para quem a prepara quanto para quem come; e quando isso acontece, torna a mudança de comportamentos e hábitos particularmente difícil, mesmo quando os outros membros reconhecem que um indivíduo está acima do peso. Kátia sentia-se muitas vezes obrigada a comer, a elogiar e a agradecer a avó por ter preparado um almoço ou prato especial. Aos poucos ela pôde perceber o quanto esse gesto era importante para a avó, o quanto de sua dedicação estava envolvida, mas também o quanto era difícil agradecê-la, porém recusar, ou comer pouco do oferecido. É possível que Kátia sentisse medo de rejeição, além de um desejo de reconhecimento, o que a impedia de recusar alimentos antes dela iniciar o processo terapêutico. Um passo importante foi dado nesse sentido, quando Kátia aprendeu a não dar importância aos comentários de sua avó. Kátia pôde entender que talvez a avó sentisse um pouco de medo de ser rejeitada por ela ou por outros familiares, caso eles não comessem toda a comida que ela havia preparado. Ela

também entendeu que havia um forte desejo da avó ser reconhecida pelos pratos que havia preparado de maneira carinhosa. Kátia, por sua vez, apresentando baixa imaturidade e baixa capacidade para diferenciar-se, não se sentia capaz de contrariar a avó sem se tornar agressiva. A fim de evitar reagir com agressividade, submetia-se ao controle de ter que comer o que a avó julgava suficiente. Ela também vivia a ambivalência de sentimentos esclarecida anteriormente no capítulo 4.2, desenvolvimento da terapia.

Kátia percebeu o quanto de persistência precisava ter para conseguir alcançar o peso desejado, e deu-se conta também de como pessoas com menos excesso de peso também passam pelo mesmo tipo de problema.

Para a terapeuta, foi muito importante o suporte e a permissão que a família pôde dar a Kátia, principalmente quando ela decidiu mudar seus hábitos alimentares. Conforme descrito anteriormente no capítulo 3.2, Kátia teve permissão da família para diferenciar-se e decidir recusar alimentos. Ela passou por vários períodos de resistência familiar, no sentido de a família ter se sentido ameaçada, principalmente quando era feita comida em abundância. Aos poucos, entretanto, a família pôde perceber que Kátia não deixaria de compartilhar seus sentimentos com eles, ou que a pessoa que tivesse cozinhado não se sentiria rejeitada; pelo contrário: se sentiria reconhecida por outras maneiras. Kátia chegou a comentar que sentia-se especialmente orgulhosa por ter iniciado hábitos alimentares mais saudáveis em sua casa.

Foi percebida também uma forte ênfase à lealdade familiar na família de Kátia, pois havia uma estreita ligação entre alimentação, afetividade e sentimento de pertencimento: havia fantasias de que outra pessoa se sentiria traída, caso Kátia não comesse tudo. Muitas vezes a obesidade de Kátia era vista como o único problema familiar, e assim conflitos foram evitados, sendo a comunicação marcada por baixa assertividade.

6. REFLEXÕES FINAIS

Pode-se pensar, através desta pesquisa, na possibilidade de uma conexão entre o crescimento da obesidade e as transformações da contemporaneidade. A televisão, por exemplo, seduz através dos comerciais de alimentos; o que faz com que muitos indivíduos troquem refeições por lanches rápidos.

A autora do presente trabalho acredita ter demonstrado que a decisão de Kátia em perder peso teria sido ineficaz, caso ela tivesse iniciado uma dieta de restrição calórica sem o acompanhamento terapêutico concomitante.

A Terapia Familiar Sistêmica é uma ferramenta importante no tratamento não apenas da obesidade, mas também dos transtornos alimentares como a anorexia, bulimia, transtorno da compulsão alimentar periódica, por exemplo; pois proporciona apoio à família acometida por esses sintomas ao favorecer espaço para a resolução de possíveis conflitos camuflados, facilitando a busca pelo equilíbrio emocional.

O tratamento da abordagem familiar tem como objetivo, além de lidar com o sintoma, investigar a função positiva que este tem para a família.

Para a autora, a Terapia Sistêmica é o arcabouço teórico mais adequado para esta linha de pesquisa, pois alia a exploração dos aspectos intrapsíquicos do paciente à dinâmica familiar em que este está inserido. Como exemplo, é possível citar como a reatividade emocional de Kátia diminuiu quando ela começou a recusar alimentos preparados pela sua mãe e avó, ao mesmo tempo em que novos padrões interacionais puderam aparecer.

A revisão da literatura no decorrer desta pesquisa revelou uma escassez de estudos que aliem funcionamento familiar e obesidade. Entretanto, ficou claro durante este trabalho que a obesidade não é uma condição uniforme, ela representa uma grande variedade de sintomas e características que não podem ser explicados por um único mecanismo ou teoria. A obesidade não engloba um aspecto puramente físico, nem fatores psicológicos ou sociais sozinhos; ela se desenvolve como uma expressão de distúrbios nas interações desses várias forças. A terapia sistêmica, juntamente com uma orientação nutricional adequada, e o aumento de atividade física pode visar a melhora do convívio familiar no caso de haver um membro obeso.

O trabalho realizado pode ainda sugerir a necessidade de dar continuidade ao desenvolvimento dos conhecimentos da obesidade aliada à terapia familiar, pois o tema é abrangente e pode ser pensado por outras perspectivas que não foram contempladas aqui. Espera-se, assim, um entendimento cada vez melhor desta problemática, bem como de seu tratamento.

7. REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM IV - TR). Washington, DC., 2000.
- ANDOLFI, M. Por trás da máscara familiar. Porto Alegre: Artmed, 1989
- AZEVEDO, AP.; SANTOS, CC.; FONSECA, DC. Transtorno da compulsão alimentar periódica. Revista de Psiquiatria Clínica, v.31, n.4, p.170-172, 2004.
- BOWEN, M. La diferenciación del sí mismo en el sistema familiar. Barcelona, Buenos Aires, México: Ediciones Paidós, 1979.
- BROWNELL, K.; FOREYT, JP. Handbook of eating disorders: physiology, psychology, and treatment of obesity, anorexia and bulimia. United States of America. Basic Books, 1986.
- BUTTRISS, J.L. Food and nutrition: attitudes, beliefs, and knowledge in the United Kingdom. American Journal of Clinical Nutrition. Bethesda, v.65, n.6, p 1985S-1995S. Supplement, 1997.
- BRUCH, H. Eating Disorders: obesity, anorexia nervosa and the person within. Texas: Basic Books, 1973.
- BURD, M. Obesidade e família. In: MELLO FILHO, J.; BURD, M. Doença e Família. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.
- BURD, M. Abordagem familiar e psicoterapia da família. In: MELLO FILHO, J.; BURD, M. Doença e Família. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.
- CARTER, B.; McGOLDRICK, M. e col. As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar. Porto Alegre: Artmed, 1995.
- CHRISTAKIS, NA.; FOWLER, JH. Connected: The surprising power of our social networks and how they shape our lives. Boston: Back Bay Books. 2009.
- COUTINHO, W. Obesidade: conceitos e classificação. Cap.20. In: NUNES, M.A., et al., Transtornos Alimentares e Obesidade. Porto Alegre: Artmed, 1998.

HOLLIS, J. Fat is a family affair: how food obsessions affect relationships. Minnesota: Hazelden, 2003.

JAKICIC, JM. The role of physical activity in prevention and treatment of weight gain in adults. J Nutr. Supplement, 2002.

MARCHESINI, S. Aspectos psicológicos da obesidade mórbida. ABMP NEWS, São Paulo, Ano 4, n.3, ago./set., 1999.

MINUCHIN, S. Famílias, funcionamento e tratamento. Porto Alegre: Artmed, 1982.

McDANIEL, SH et al. Terapia familiar médica: um enfoque biopsicossocial às famílias com problemas de saúde. Porto Alegre: Artmed, 1994.

MORGAN, A. O que é terapia narrativa? - Uma introdução de fácil leitura. Porto Alegre: Centro de Estudos e Práticas Narrativas, 2007.

NUNES, MA.; APPOLINARIO, JC.; GALVÃO, AL.; COUTINHO, W. Transtornos alimentares e obesidade. Porto Alegre: Artmed, 2006.

NAGY, I.; SPARK, G. Lealtades invisibles. Buenos Aires: Amorrortu. Cap. 3. 2003.

PROCHASKA, JO.; DiCLEMENTE, C. Stages of change in the modification of problem behaviors. In: MILLER, W.;HERSEN, M. Progress in behavior modification (pp. 184-214). Sycamore: Sycamore Press, 1992.

RAMOS, M.; STEIN, LM. Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. Jornal de Pediatria, v.76. supl.3, p. 229-237, 2000.

TROIANO, RP.; MACERA, CA.; BALLARD-BARBASH, R. Be physically active each day. How can we know? J Nutr. Supplement, 2001.

WHITE, M.; EPSTON, D. Narrative means to therapeutic ends. Nova Iorque: Norton, 1990.

8. ANEXO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, portadora do RG n. _____ declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistada para participar da pesquisa de campo referente ao projeto para Monografia de conclusão de curso intitulada Obesidade na Família: Um olhar Além do Componente Genético, desenvolvida por NATHALIA BENDINER, aluna do curso de especialização em Terapia Sistêmica, do Familiare Instituto Sistêmico, localizado na Rua Acadêmico Consoni, 200, em Florianópolis, telefone (48) 3233-4635.

Fui informada ainda, que poderei contatar ou consultar a autora a qualquer momento que julgar necessário através do telefone (48) 9603-7173, ou pelo e-mail n.bendiner@yahoo.com.br.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informada dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que em linhas gerais é apresentar um estudo de caso sobre o acompanhamento de caso clínico.

Fui também esclarecida de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de análise de acompanhamento de meu processo terapêutico. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela pesquisadora e/ou sua orientadora, DENISE DUQUE.

Fui ainda informada de que posso me retirar desse estudo a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Atesto recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Florianópolis, _____ de _____ de _____.

Assinatura da participante: _____.

Assinatura da pesquisadora: _____.