

UM POR TODOS E TODOS POR UM: TRABALHANDO AS VIVÊNCIAS E CONTRIBUIÇÕES DE UM GRUPO DE FAMILIARES DE HOMENS COM TRANSTORNOS ALIMENTARES

ONE FOR ALL AND ALL FOR ONE: WORKING WITH FAMILY MEMBERS
GROUP OF MEN WITH EATING DISORDERS

**ROSA MARIA S.
MACEDO**

*Doutora em Psicologia –
Professora Titular PUCSP
– Coordenadora do Núcleo
Família e Comunidade
(NUFAC)*

**ESTER ZATYRKO
SCHOMER**

*Psicóloga Clínica – HCSP
- Especialista em Terapia
Familiar e de Casal – NUFAC
– PUCSP*

Recebido em 13 de
maio de 2011.

Aprovado em 13 de
junho de 2011.

RESUMO: Este estudo tem como objetivo compreender de que forma os membros de famílias de homens com Transtornos Alimentares atribuem significado à sua experiência por meio da participação em 20 sessões terapêuticas em Grupo Reflexivo visando, com esse procedimento, o melhor engajamento de seus filhos no tratamento ambulatorial, conforme resultados de vários estudos científicos relatados na literatura. De acordo com a perspectiva construcionista social, o grupo foi concebido como um espaço de conversação onde novas realidades são construídas e significadas por meio da negociação de sentidos entre os participantes. O “agenciamento” proposto pela teoria adotada foi observado, manifestando-se em atitudes dos membros das famílias e em suas intenções de: manterem-se mais próximos de seus filhos, participarem mais de seu tratamento e fazerem esforços para encarar as dificuldades, encorajando-os a fazer o mesmo.

PALAVRAS-CHAVE: Transtornos alimentares, grupo reflexivo de família, anorexia masculina

ABSTRACT: This review aims to comprehend how family members of men with Eating Disorders give meaning to their experience by participating in 20 sessions of reflective group therapy. Through this procedure they plan achieving the best engagement for their sons in an outpatient ambulatory treatment, as confirmed by several scientific reviews mentioned in literature. The group was conceived according to the new paradigm terms of Social Constructionism, as a conversational process for the construction of new narratives by the negotiation of the meaning among the group participants, responsible for new solutions which contribute to dissolve the initial issues. The “agency” attitude suggested by the adopted theory was observed and had been showed up through the family members’ intention of more proximity to their sons, more participation in their treatment and to make efforts to face the challenges, encouraging them to do the same.

KEYWORDS: Eating Disorders, Family’s Reflective Group, Male Anorexia

Atualmente, podemos observar que tem sido muito relevante o aumento do número de casos de Transtornos Alimentares (TA) tanto em nossos serviços públicos especializados como em nossa clínica particular.

Os Transtornos Alimentares (Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa) são doenças psiquiátricas que afetam, em sua maioria, adolescentes e jovens adultos, podendo levar a grandes prejuízos biológicos e psicológicos. Atualmente, têm sido observados casos que se iniciam na infância ou após os 40 anos de idade.

A anorexia nervosa caracteriza-se pela perda de peso intensa à custa de dieta extremamente rígida, busca incessante pela magreza, distorção ou insatisfação da imagem corporal e alterações endocrinológicas.

A bulimia nervosa caracteriza-se por grande e rápida ingestão de alimentos com sensação de perda de controle, denominada episódio bulímico; e acompanhada de métodos compensatórios inadequados para o controle de peso como:

vômitos autoinduzidos, uso de medicamentos, dietas e exercícios físicos.

Por muito tempo, os homens ficaram excluídos do diagnóstico dos Transtornos Alimentares (TA), pois se acreditava que ocorriam apenas em mulheres, porém têm sido encontradas na literatura médica, desde o início, descrições de casos masculinos semelhantes aos quadros clínicos atuais diagnosticados como anorexia e bulimia nervosas.

Podemos citar Richard Morton que, em 1689, descreveu um caso de um rapaz de 16 anos, o qual chamou de “nervous consumption” (Andersen; Holman, 1997), e, no século XVIII, Robert Whytt, que, em 1764, publicou um estudo de caso de um menino de 14 anos que alternava comportamentos semelhantes ao de anoréxicos e bulímicos, denominando a doença de “atrofia nervosa” (Melin, 2001).

Apesar deste início, a incidência de mulheres prevaleceu nos estudos, tratamento e publicações dos Transtornos Alimentares (TA). Porém, atualmente estima-se que os homens respondam por 5% a 15% do total de casos de Anorexia e Bulimia Nervosas. Essas cifras sobem bastante nos Transtornos Alimentares sem outra especificação (TASOE), em especial no Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP), nos quais os homens representam 25% a 40% do total de pacientes (Melin, 2001).

Com as mudanças culturais que vêm ocorrendo nas últimas três décadas, houve maior valorização do corpo masculino e maior preocupação dos homens com a aparência. Muitos vêm exagerando na busca de um corpo com peso e forma preestabelecidos, e, na maioria das vezes,

bem distante das possibilidades reais de um simples ser humano. De acordo com a visão psiquiátrica, homens com uma predisposição biológica ou genética a preocupações obsessivas ou condutas compulsivas podem ser particularmente vulneráveis a essas mensagens.

Cremos, no entanto, que os fatores de risco pertencem a diferentes áreas do conhecimento, de forma que nenhuma delas pode dizer que detém uma interpretação exclusiva da etiologia dos Transtornos Alimentares (TA). Separá-los em fatores biológicos, psicológicos e sociais tem apenas uma finalidade didática, já que é precisamente a integração destes diferentes enfoques que fornecem a possibilidade de melhor compreensão da etiopatogenia dos Transtornos Alimentares (TA) (Nunes, 2006).

Dentre os fatores psicológicos em homens, a supervalorização da forma e do peso corporal aparece como sendo o aspecto central da psicopatologia do Transtorno Alimentar (TA). O perfeccionismo embasa quase que a totalidade do comportamento do jovem.

Outro fator associado com o Transtorno Alimentar (TA) no sexo masculino é a pressão vinda dos pais, dos amigos e da mídia, por buscar um corpo com peso e forma considerados ideais (Ricciardelli; McCabe, 2005).

Aspecto importante é o impacto das mensagens socioculturais que parece ser mediado pela baixa autoestima e por afetos negativos considerados fatores de risco. Por afetos negativos entende-se: estado de humor depressivo, estresse, vergonha, sentimentos de desamparo, inadequação e culpa; os quais, por si só, podem ser considerados fatores de risco, sobre-

tudo, na fase adolescente, em que ele se abre para o mundo e tem necessidade de ser aceito socialmente.

Alguns autores chamam a atenção para o fato de pacientes masculinos geralmente apresentarem um relacionamento “difícil” com o pai. A dieta seria iniciada para que eles se diferenciassem emocionalmente deles.

A homossexualidade também é descrita como um importante fator de risco para o desenvolvimento de Transtorno Alimentar (TA) em homens (Bramon-Bosch; Troop, Treasure, 2000), já que o baixo peso e o cuidado com a estética são muito valorizados nesta população. Essa perspectiva é também considerada um fator que leva muitas vezes os heterossexuais a não procurarem tratamento, com receio de serem identificados com este grupo.

Outro fator biológico que pode contribuir para os Transtornos Alimentares (TA) em homens é o índice de massa corporal (IMC). A obesidade infantil leva muitos jovens a não suportarem mais conviver com as críticas, apelidos e zombarias relacionados à aparência e ao excesso de peso (Bullying), e a recorrerem a dietas rigorosas e exageradas. Além desses aspectos, o uso e o abuso de álcool e drogas também aparecem como fatores de risco para desenvolvimento dos Transtornos Alimentares (TA).

QUADRO CLÍNICO

O quadro clínico dos denominados Transtornos Alimentares (TA) é bastante semelhante em homens e mulheres. A maioria dos fatores de risco é comum para ambos os sexos; o que pode diferenciá-los é que ho-

mens abusam menos de laxantes por terem mais facilidade de perder peso e costumam desenvolver os transtornos mais tarde, entre 18 e 26 anos; além disso, é mais comum o histórico de obesidade entre eles.

O início geralmente é o mesmo; começa com uma dieta com restrições a alimentos que se julga serem mais calóricos. No caso da anorexia, a restrição vai aumentando progressivamente até o jejum associando-se a exercícios físicos

No caso da bulimia, a restrição alimentar acaba provocando uma fome incontrolável, levando a pessoa a comer muito de uma só vez, e provocar comportamentos compensatórios (vômitos, laxantes, diuréticos e exercícios físicos).

O fato de os homens demorarem mais a procurar tratamento para os Transtornos Alimentares (TA) poderia sugerir:

- . entendimento de que transtorno alimentar é algo exclusivo de mulheres e homossexuais;
- . vergonha desse tipo de sintoma;
- . a crença de que são fortes;
- . tendência a manter os sintomas em segredo (Cordás, 2004).

A insatisfação com a Imagem Corporal está mais presente nos homens do que a distorção da Imagem Corporal, comum nas mulheres. Em geral, a resposta deles ao tratamento é mais rápida, e a aderência é positiva quando encontram ajuda adequada.

Nos homens com Transtorno Alimentar (TA), pode ocorrer a diminuição dos níveis de testosterona e da libido, com possibilidade de impotência, maior perda óssea, lesões gástricas e antecipação de problemas circulatórios; é fatal em até 20% dos casos (Cordás, 2004).

Outros transtornos como o Transtorno Dismórfico Corporal – perceber a si mesmo como se estivesse com deformidades, a Vigorexia – exercícios em exagero para aumentar a musculatura – e a Ortorexia – caracterizada pela obsessão por comidas naturais – têm acometido adolescentes em formação.

Até certo tempo atrás, estas patologias eram descritas somente em populações restritas, como aquelas que precisavam manter o baixo peso, como: jôqueis, bailarinos, lutadores e homossexuais. O aumento significativo da população em geral de homens com diagnóstico de TA se deve muito a mudanças dos padrões sociais e culturais da imagem corporal masculina, como já foi citado anteriormente.

TRATAMENTO

O tratamento proposto para os pacientes homens é o mesmo já reconhecido e utilizado para as mulheres com TA. É necessária uma equipe multidisciplinar composta de médico psiquiatra, psicólogo individual e familiar, nutricionista, educador físico, enfermeiros e assistente social. Os objetivos do tratamento englobam: normalização do padrão alimentar, o ganho ou a manutenção do peso esperado para a idade e altura, a suspensão de medidas purgativas ou restritivas, a mudança na avaliação da imagem corporal e melhora dos funcionamentos psicológico, social e familiar dos portadores do Transtorno.

Provavelmente, os TA em homens são muito mais comuns do que supomos pela incompletude das estatísticas em razão de que muitos homens nestas condições raramente procuram

tratamento. Assim sendo, acredita-se que as estimativas de incidência dos TA graves, derivados de observações em clínicas, subestimam grosseiramente o número de homens que estão sofrendo desses transtornos na população global. O que podemos ressaltar nestes pacientes é que a sociedade elege o que é caracterizado como belo e perfeito. A vontade deles é de agradar e ser aceitos, amados e respeitados, e, mesmo com sua fragilidade escondida, não medem o sacrifício e a dor para alcançar seu objetivo.

Em nossa experiência no Ambulim (Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares do HCFMUSP), que se caracteriza como o primeiro centro brasileiro com atendimento multidisciplinar para o tratamento, ensino e pesquisa na área dos TA, percebemos, com o aumento do número de casos de homens portadores de tais transtornos, a necessidade da criação do ambulatório dos homens; a equipe multidisciplinar mobilizou-se para prestar esse atendimento a partir de 2007.

Nosso programa selecionou 10 homens diagnosticados com TA e suas respectivas famílias. O atendimento familiar recebeu uma importância fundamental, porque sabemos, por meio da bibliografia e relatos de experiências clínicas (Minuchin, 1978; Stierlin, 1990; Omnis, 1990) que a inclusão e a participação efetiva da família no tratamento dos TA são uma peça fundamental na eficácia terapêutica, já que a psicodinâmica familiar, isto é, a maneira como a família funciona e lida com o assunto é um elemento chave e central na determinação, manutenção e/ou desenvolvimento dos TA. Não se pode deixar de incluir nesse quadro os fatores biológicos, socioculturais e genéticos,

entre outros (Schomer, 2003), porém, o alto índice de abandono nos casos de tratamento individual dos TA tem evidenciado a necessidade de uma conduta terapêutica que não esteja isolada do contexto familiar.

MÉTODO DE TRABALHO

Tendo em vista as afirmações anteriores, nesse trabalho desenvolvido na realidade hospitalar optamos por utilizar a estratégia de grupo familiar por duas razões: atender o maior número de pacientes frente à crescente demanda e benefícios do trabalho em grupo.

A opção pelo Grupo Reflexivo com os familiares dos pacientes psiquiátricos deve-se ao fato de acreditarmos que este modelo de intervenção, neste contexto multidisciplinar, oferece a possibilidade de considerar as diferentes vozes de todos os envolvidos no problema (médicos, psicólogos, nutricionista, pais e irmãos dos “pacientes”) por meio da construção conjunta de significados, na medida em que essa prática permite aos participantes discutir alternativas que contribuam para a ressignificação do problema. Sob o enfoque da reflexão, esclarecimento e troca de informações, o trabalho grupal permite a inclusão participativa dos familiares e cuidadores durante o tratamento, favorecendo a diminuição da angústia familiar (fator decisivo para a melhora e recuperação do paciente) na medida em que o trabalho em grupo possibilita a criação de um contexto de apoio mútuo, permitindo a troca de experiências com outros familiares e o compartilhamento de seus medos, preocupações e ansiedades.

De acordo com a perspectiva construcionista social, o grupo de familiares constitui um espaço de conversação onde novas realidades são construídas e significadas por meio da negociação de sentidos entre os participantes. Segundo a proposta da terapia narrativa de White e Epston (2004), a postura do terapeuta consiste em uma escuta respeitosa das histórias dos participantes, sem buscar culpados, considerando as pessoas como especialistas em suas próprias vidas. Nesse sentido, o terapeuta funciona como um membro do grupo, criador de contextos, um facilitador do diálogo entre os envolvidos, realizando questionamentos a partir de um lugar de “não saber” (Anderson & Goolishian, 1993), ao conduzir assim o processo do grupo.

Assim conduzido, acreditamos que o grupo como espaço de conversação cria oportunidades para as pessoas modificarem as descrições e relações de suas vidas “saturadas de problemas” (Grandesso, 2000), coconstruir novas alternativas e ressignificar os eventos de sua história.

PROCEDIMENTO

Por meio de um chamado pela mídia, foram selecionados 10 pacientes entre 39 que atenderam ao mesmo e que preencheram as exigências para inclusão de acordo com os critérios diagnósticos de Transtornos Alimentares (TA) pelos DSM-IV e pelo CID-10. Este grupo de 10 pacientes iniciou os atendimentos com a equipe multidisciplinar com duração de 20 semanas para efeito de pesquisa, podendo estender os atendimentos após o estudo. Esse número caiu para

6 pacientes por abandono de tratamento sem justificativa, e depois para 4 com 2 desistências por dificuldade de se comprometerem com o tratamento.

Selecionados os participantes elegíveis de acordo com os critérios mencionados (DSM – IV – CID 10), seus familiares foram convidados a participar do grupo constituindo um número de 6 no início do tratamento, e caindo para 4, como dissemos, pela desistência de 2 pacientes; a maioria dos familiares, no início, compunha-se pela mãe dos pacientes; com o decorrer do processo, a presença dos pais foi aumentando.

No mesmo horário em que os pacientes eram atendidos no Grupo de Psicoterapia, seus familiares estavam participando do Grupo Reflexivo que funcionou uma vez por semana com duração de uma hora cada encontro, durante 20 semanas. As sessões foram gravadas em áudio e completadas por um registro pessoal do pesquisador. De acordo com as normas éticas, neste trabalho, aprovado pelo Comitê de Ética da PUCSP sob nº 226/2008, foi garantido aos participantes seu anonimato, o direito de interromper a participação a qualquer momento do processo, assistência específica, se necessária, e demais direitos conforme consta do Consentimento Livre e Esclarecido que assinaram, concordando com a participação nos termos propostos.

Alguns temas foram preestabelecidos, porém, tal roteiro foi flexível o bastante para permitir mudanças de acordo com os interesses que foram surgindo no grupo.

Dentre as 20 sessões, três foram pensadas com finalidade pedagógica e conduzidas por profissionais da equipe multiprofissional do Ambulim que

forneceram informações especializadas sobre TA e esclarecimento sobre o tipo de atendimento individual que os pacientes (seus filhos) estavam obtendo.

Cada profissional (psiquiatra, psicoterapeuta, médico endocrinologista e nutricionista) fornecia aos familiares, por sua vez, informações sobre os aspectos do TA relativo à sua área, o tratamento que estava sendo administrado e as orientações a serem seguidas pelos pacientes, colocando-se à disposição para responder todas as questões dos familiares em termos de características dos 5 transtornos observadas por eles e atitudes que deviam tomar em algumas situações que os surpreendiam e desorientavam.

ANÁLISE DAS SESSÕES DO GRUPO

Os temas destacados como mais importantes de cada uma das vinte sessões são os seguintes:

1ª sessão: Apresentação dos participantes, esclarecimento sobre o tratamento proposto pelo Ambulim e sobre a pesquisa que tratava da relação entre a participação dos familiares no processo e a aderência dos pacientes ao tratamento.

Temas: nessa sessão começaram a surgir as histórias de cada um, sendo predominantemente frequente o relato de brigas em casa por causa de comida, obstruindo outros temas como problemas de relacionamento pai-filho, confirmando a ideia de que o sistema se organiza em torno do problema.

Tais preocupações ficaram marcadas nas frases de duas das mães, como segue:

- “O que a gente pode fazer para melhorar hoje?”

- “Fico de olho o tempo todo” (na comida)

2ª sessão: Continuaram os relatos pessoais sobre o transtorno, as impressões causadas nos pais e a demora em perceber a doença, o que só se deu quando a magreza dos filhos ficou latente e começaram a perceber o barulho dos vômitos, quando então resolveram procurar ajuda especializada. Ficou claro também o maior envolvimento das mães com esse assunto e a surpresa dos pais com o relato das mães sobre o que estava acontecendo. A partir daí muitos pais passaram a participar mais.

Frase de mãe:

- “Qualquer esforço é válido.” (a partir da constatação do fato)
- “Temos que ter prioridades.”

3ª sessão: O tema girou em torno da postura dos pais e sua influência na vida dos filhos com TA.

Refletiu-se sobre “pais presentes ou ausentes”, “pais rígidos” e “pais frouxos e frágeis”.

Um dos pais que não falava com o filho disse que o chamou e falou “Não vamos te perder! Você vai se tratar de qualquer jeito”.

Outro pai afirmou não saber nada sobre a vida do filho achando que fornecendo as coisas materiais estava tudo certo!

Frases de pais:

- “Estava tão longe! Quando olhei, vi que ele estava no fundo do poço, agora que estou mais perto sei que ele vai melhorar.”
- “Se você não sabe o que falar, fique só do lado, quieto.”
- “Meu filho sempre cobrou o pai mais perto.” (fala de uma mãe).

A conclusão dessas reflexões foi terem observado que os filhos se sen-

tem mais amados com o interesse dos pais por eles.

4ª sessão: O tema mais saliente foi o isolamento, a rejeição dos familiares pelo membro com TA. Esse tema surgiu principalmente a propósito da relação dos pais entre si, aparecendo depoimentos em que um filho com TA acusou os pais por seus problemas; ou outro filho com TA que reprovava o comportamento violento do pai em relação à mãe e queria que se separassem.

Portanto, houve a conscientização de quanto o relacionamento entre os pais reflete no comportamento dos filhos, influenciando na falta de vontade de melhorarem ou servindo de pretexto para apresentarem TA.

Frases de mães:

- “Não sei mais o que fazer para motivá-lo, ele diz que seu problema somos nós.”
- “O pai dele e eu é nosso problema, não dele.”

5ª sessão: Realizada com a nutricionista da equipe que conversou com os familiares e os orientou sobre posturas desejáveis dos pais diante do comportamento dos filhos frente à alimentação, medo da perda de peso e purgações e esclarecimentos sobre valores nutricionais.

6ª sessão: Nessa sessão, o tema foi papel da família nos TA.

Houve grande envolvimento de todos inclusive com uma carga emocional muito grande ao perceberem seu comprometimento com o transtorno. Um dos pais reconheceu no grupo o quanto percebe hoje, a falta que fez ao seu filho uma maior proximidade emocional entre ambos. A culpa se fez presente na maioria das mães pelo

fato de acharem que não alimentaram os filhos corretamente.

O trabalho focou principalmente na redefinição e ressignificação do papel dos pais buscando mostrar-lhes que não se trata de se sentirem culpados, mas sim partícipes da situação criada pela relação desenvolvida entre eles na família. Esse diálogo os fez dar-se conta do quanto se colocavam fora do problema até então e de como são parte integrante do mesmo.

A frase de uma das mães define à perfeição esse estado de coisas: “Nossa família está doente.”

7ª sessão: Essa sessão foi sobre os padrões de relacionamento das famílias participantes. Discutiu-se sobre limites, regras, hierarquia, expressão de afeto e sobretudo a possibilidade de se falar de conflitos.

Surgiram exemplos de situações de confronto entre filho e mãe com intervenção agressiva verbal do pai e, a propósito desses exemplos, os familiares puderam perceber o quanto fogem de situações confrontativas numa clara atitude de evitar conflito, visando viver o mito da família feliz: “Nos amamos muito! Estamos todos bem.”

Notou-se que a sessão anterior facilitou aos participantes a apreensão de que a família é parte do problema, os conflitos começaram a aparecer e os familiares em geral declararam sua grande dificuldade de enfrentar desacordos. Ficou claro, portanto, o ideal de família unida que se ama e, portanto, não pode brigar. Algumas mães concordaram com a frase de uma delas: “É bom estar aqui”, denotando a necessidade de apoio para poder enxergar as dificuldades e lidar com elas.

8ª sessão: Conversou-se sobre o relacionamento entre irmãos. Ficou patente no grupo a inveja dos irmãos e os ciúmes do membro com TA pela atenção que este recebia dos pais.

Uma irmã que participou da sessão confessou que achava que o irmão não comia por “frescura”, porém agora, a partir desses encontros, podia perceber o sofrimento que essa situação causava, revelando até a opinião de outros familiares como: “Minha tia acha que ele é incapaz.”

9ª sessão: Falou-se sobre a dificuldade de manter uma conversação com os filhos com TA e a pouca resistência às frustrações, a necessidade de tolerância às dificuldades dos filhos ouvirem um “NÃO”. Ficou clara a preocupação dos pais em “ter que fazer tudo certo” e como é difícil, para eles, tratar de assuntos como sexo, relacionamento e brigas entre o casal.

O importante desse grupo foi a percepção de que discutir ou mesmo brigar por diferenças não significa falta de amor. A frase seguinte de uma mãe é sinal desse novo entendimento: “Desabafamos e brigamos com quem a gente gosta.”

10ª sessão: Feita com a presença do psiquiatra que explicou detalhadamente a origem, causas possíveis, exames, escalas, medicação, comorbidade, tempo para obtenção dos resultados e diagnóstico dos TA. Os familiares conversaram longamente sobre suas dúvidas quanto aos vários aspectos apresentados, podendo perceber que se trata de um processo que implica todos os membros do sistema: família, médicos, psicólogos, nutricionista entre outros, além do paciente.

11ª sessão: Esta foi uma sessão especial na medida em que o grupo de pacientes (os filhos) participou da sessão com os familiares. Foi um momento emocionante para todos de compartilhamento dos ganhos, perdas, dificuldades encontradas por uns e outros.

Ficou bastante evidenciada a dificuldade de comunicação, apareceram as diferenças de significados às ocorrências do dia a dia na família, surgindo, inclusive, por parte de um paciente, queixas pontuais e diretas aos pais sobre falta de carinho.

Portanto, a frase dessa mãe: “Às vezes, interpretamos o que queremos ouvir”, a nosso ver aponta a compreensão perfeita dos possíveis desentendimentos por falhas na comunicação e no diálogo.

12ª sessão: Tratou-se da “sensação de impotência” dos familiares frente aos TA e do “cansaço” na luta contra o problema.

Falaram de “ansiedade”, da sensação comum de “desespero”; todos se manifestaram em termos de suas preocupações e se queixaram do quanto o transtorno tomou conta de suas vidas, lembrando-nos do conceito de sistema determinado pelo problema de Anderson, Goolishian e Winderman (1989). As narrativas dos participantes deram conta de como as famílias se organizaram em torno do problema, quais pessoas foram mais ou menos envolvidas na situação e de que maneira.

Houve uma grande comoção no grupo com esforços para se apoiarem mutuamente e serem continentes uns dos outros. Diante do relato de uma mãe sobre uma amiga cuja filha com TA estava na 5ª internação, um dos membros do grupo falou com alívio:

“Nós ainda estamos bem, não internamos ninguém!”

13ª sessão: Foi sugerido o tema da presença de outros sintomas (comorbidade) que são frequentes, principalmente a depressão. Uma avó participante chorou muito ao narrar a tentativa de suicídio do neto, ao que um dos pais presentes ocorreu segurando-lhe a mão e dizendo “A senhora não está sozinha agora!”

A importância do apoio da rede pôde ser sentida por todos os presentes.

14ª sessão: Apareceram preocupações sobre mentiras, manipulações e negação. Conscientizaram-se da dificuldade de reconhecer e encarar a doença, convencer o filho e a si mesmo de que ele ainda não está bem; conversar sobre o tratamento e insistir com o filho para que não o abandone; e, a dificuldade dos pais participarem do tratamento em vista dos compromissos que têm com trabalho, casa e o resto da família.

Diante dessas conversas, reafirmaram a importância do tratamento valorizando o apoio da equipe por eles recebido, percebendo o papel fundamental que exercem para o não abandono do tratamento pelos filhos. Frase de pai: “Só não me fale que você não vai mais se tratar!”

15ª sessão: O tema foi expressão de afeto. Falou-se muito da dificuldade de quem não recebeu saber dar e receber carinho. O grupo se emocionou ao falar de afeto, cuidado e carinho. Demonstrar afeto na maioria das famílias de origem dos familiares era algo inexistente, assim como fazer carinho. Concluíram que dar e receber carinho

é muito bom e que deveriam tentar abraçar e beijar os filhos mais vezes. Alguns pais conseguiram, de fato, fazer isso ao sair do grupo familiar ao encontrarem com filhos que saíam do grupo terapêutico próprio.

16ª sessão: O assunto foi a autonomia dos filhos. Os familiares expuseram a dificuldade em “perceber” que os filhos “crescem” e que precisam ter sua própria vida. Nessa altura conversou-se sobre a questão da confiança que precisa ser depositada nos filhos para que possam se tornar independentes, sobretudo a dificuldade de aceitar que as pessoas são todas diferentes e que é preciso saber lidar com as diferenças. Reconheceram o quanto, em várias ocasiões, protegem demais seus filhos e como essa atitude os impede de experimentar uma série de situações na vida que poderiam ser úteis para seu amadurecimento.

A frase de um dos pais: – “Querida que ele nunca crescesse” – exprime bem o sentimento de superproteção que há entre tais familiares.

17ª sessão: Novamente o tema foi brigas e discussões, e os familiares, em geral, disseram o quanto se esforçavam para evitar atritos. Temem as explosões, vistas como perigosas e ameaçadoras; falam com muita tensão das brigas com os filhos e entre os casais. Disseram perceber que o relacionamento entre todos reflete no TA, porém, compreendem que as discussões são comuns em todas as famílias e que apesar de “ameaçadoras” não são “causa” dos TA.

Frase de um membro do grupo: – “Não é só na minha casa que tem brigas”; e outra mãe diz que o filho grita com ela porque vê o pai fazer isso.

18ª sessão: A sessão contou com a presença de um dos terapeutas individuais dos pacientes. A conversa foi sobre as questões emocionais comumente presentes nos portadores de TA, como: autoestima, perfeccionismo, afetividade, características próprias da idade, como na adolescência.

Os familiares se queixaram muito da rigidez e do perfeccionismo dos filhos.

Disse uma mãe: “Meu filho não aceita falhas, nem uma gordurinha na barriga.”

19ª sessão: O tema amplamente discutido e compartilhado foi relacionado às vivências familiares e às dificuldades comuns. Falou-se da impressão de que nas famílias dos outros as coisas não são tão complicadas, ao que se sucederam vários depoimentos compartilhando relatos de discussões, desentendimentos ocorridos no final de semana anterior, o que os fez constatar que tais ocorrências são comuns, tendo assim um caráter “aliviante” para os participantes, no sentido de perceber que a evitação de confronto é desafiada em todas as famílias e que mesmo nas “perfeitas” ocorrem discussões e brigas.

20ª sessão: Para encerrar, falamos sobre a experiência do grupo; contribuições, ganhos, expectativas, esperanças e a situação de cada paciente com sua família no momento.

Todos disseram sentir que podem ajudar seus filhos; houve comentários sobre aprender, ficar mais perto do filho, bem como sobre a importância de não se sentirem sozinhos no mundo nessa situação.

Uma das mães disse que seu filho “melhorou” 10% do TA, mas que para início de tratamento já está ótimo.

DISCUSSÃO

No início, os encontros foram dominados pelas tensões e ansiedade dos familiares, sua insegurança e dúvidas quanto ao que iria acontecer. Observou-se, no entanto, que no decorrer das sessões tais expressões dos participantes foram diminuindo e eles foram se fortalecendo como grupo à medida que foram ganhando confiança uns nos outros. Por meio do compartilhamento de vivências, experiências, sofrimentos, dores, dúvidas, soluções, conquistas e descobertas foi sendo criado um contexto que permitiu reflexões intensas, aprendizagem, maior compreensão do TA, apreensão de quanto os padrões relacionais e as atitudes familiares estão envolvidas na produção, manutenção e mudança dos comportamentos de cada membro das famílias do portador de TA.

Essa compreensão, que se deu a partir da 6ª sessão, possibilitou aos familiares reconhecerem sua dificuldade em aceitar o membro com TA e a distância emocional entre pais e filhos, conectar-se com seus sentimentos de culpa pela forma como tratavam até então o problema principalmente quando pretendiam colocar-se fora dele.

Compreenderam ainda o quanto agiam tendo em vista um ideal de família feliz que os impedia de dialogar, conversar sobre diferenças, enfim, confrontar-se sobre aspectos importantes das relações. Ao perceber que diferenças existem em todas as famílias, que as pessoas são diferentes e podem divergir sem deixarem de se amar, foi possível compreender os ciúmes dos outros filhos pela atenção excessiva dedicada ao filho com TA, bem

como os irmãos reconhecerem que, de fato, o paciente com TA (seu irmão) enfrentava também um sofrimento.

Os familiares perceberam a rigidez de todos pela preocupação perfeccionista dos pais em não errar e pela dificuldade dos filhos em tolerar frustrações e aceitar certas imperfeições no corpo idealizado.

Puderam perceber a importância da comunicação, do diálogo e a dificuldade de falarem sobre certos assuntos como sexualidade e relacionamento de casais (dos pais e dos filhos), numa clara atitude de superproteção que prejudica a individualização e maior autonomia dos filhos.

Enfrentar problemas implicou encarar a doença de frente, falar sobre ela com os filhos, insistir no seu tratamento, o que indica uma clara mudança na percepção desses pais quanto às suas atitudes, a maneira em lidar com os filhos com TA e consequentes mudanças de comportamento que foram reconhecidas pelos filhos, os quais puderam falar claramente para os pais, na sessão conjunta, das faltas que sentiam na comunicação e expressão de afeto entre eles todos (pacientes e familiares). Finalmente, os familiares se deram conta da necessidade de mudar o modo de se relacionarem com seus filhos pelo fato de serem já adultos e precisarem de independência para agir e confiança dos pais para exercer tal independência.

Portanto, seguindo as 20 sessões efetuadas, percebe-se com clareza a efetivação de um processo de construção por meio do recurso de conversações em grupo, em que novos significados para suas narrativas surgiram a partir das negociações de sentidos sobre o TA, entre outros e permitiram a cada um encontrar o

que havia de mais positivo em si e no filho com TA e buscar enfrentar suas dificuldades.

Grupo e Terapeuta (com o apoio dos outros membros da equipe) puderam juntos realizar tal coconstrução de significados para as vivências de cada um resultando em novas histórias. Foi possível constatar que o grupo teve efeito terapêutico na medida em que os participantes encontraram modos alternativos de se relacionar, criaram novas maneiras de vivenciar situações que eram problema e que, pela resignificação, passaram a constituir uma outra narrativa onde a angústia, os medos, as inquietações e a impotência deram lugar para a esperança de cura com o firme propósito e a certeza de poder participar e ajudar os filhos com TA na busca de soluções para seu problema.

À medida que o grupo reconheceu a possibilidade da construção de novas realidades conversacionais, a partir das quais as descrições do problema foram se tornando diferentes, gerando diferentes consequências, estas puderam ir se explicitando cada vez melhor, produzindo uma organização diferente de suas vidas e relações (Guanaes, 2006).

A diferença da qualidade nos relacionamentos construídos no grupo deve-se, sobretudo, à compreensão de que o TA não é uma “doença do outro”; compartilhando as dificuldades encontradas e as formas de lidar com elas, o grupo foi se dando conta da participação de cada um no contexto de produção e dissolução do problema, promovendo, assim, o reconhecimento da necessidade da iniciativa de cada um para a ocorrência de mudanças nas situações vividas, o que, por sua vez, fortaleceu paulatinamente o discurso de “agenciamento”, con-

forme a perspectiva construcionista social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDERSEN, A.E., HOLMAN, J.E.** (1997). Males with eating disorders: challenges for treatment and research. *Psychopharmacol. BILL*, v. 33v p. 391-397.
- ANDERSON, H., GOOLISHIAN, H.E., WINDERMAN, L.** (1986). Problem determined systems: towards transformation in family therapy. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, n. 5; págs. 1-13.
- ANDERSON, H; GOOLISHIAN, H.** (1993). O cliente é o especialista: Uma abordagem para a terapia a partir de uma posição de não saber. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 2, n.3, p.8-24, 1993.
- CORDÁS T.A., CLAUDINO A.M.** (2002). Transtornos alimentares: fundamentos históricos, *Rev. Bras. Psiquiatria* 24 (Supl III): 3-6.
- GRANDESSO, M.A.** (2000). *Sobre a reconstrução do significado: uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- GUANAES, C.** (2006). *A construção da mudança em terapia de grupo: um enfoque construcionista social*. São Paulo: Vetor.
- MINUCHIN, S., ROSMAN, B.L.Y., BAKER, L.** (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge: Harvard University Press.
- NUNES, M.A e col.** *Transtornos Alimentares e Obesidade*. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- ONNIS, L.** (1990). *Terapia Familiar de los Transtornos Psicomaticos*. Buenos Aires.
- SCHOMER, E.Z.** (2008). *Um por todos e todos por um: Um estudo sobre as*

possíveis contribuições e vivências de um grupo reflexivo de familiares de pacientes homens com transtornos alimentares. Monografia PUC-SP.

STIERLIN, H., WEBER, G. (1990). *Que hay detrás de la puerta de la familia?* Barcelona: GEDISA.

VASCONCELLOS, M.J.E. (2002). *Pensamento sistêmico: o novo paradigma da ciência.* Campinas: Papirus.

WHITE, M.; EPSTON, D. (1990). *Narrative Means to Therapeutic Ends.* Nova York, Londres.