

Terapia familiar na anorexia mental*

JOSÉ MANUEL GAMEIRO

INTRODUÇÃO

Escolher a terapia familiar como abordagem terapêutica na anorexia mental, como prova complementar da dissertação de doutoramento, exige uma breve justificação.

Este quadro clínico é pela sua gravidade um dos mais dramáticos da patologia psiquiátrica, sendo um dos poucos em que o problema da morte se põe. Mas para além desta circunstância, a anorexia mental é palco do cruzamento de investigações de índole diversa em que o biológico, o psicológico e o socio-cultural se encontram.

A literatura sobre a anorexia mental mostra que a multiplicidade de interpretações e de abordagens terapêuticas não impede que se estabeleça um consenso em torno da ideia de que o sucesso terapêutico está dependente da elaboração de um plano de tratamento específico para cada situação.

Esta diversidade de estratégias não impede que os diversos autores coincidam nalguns pontos teórico-clínicos. Um destes pontos é a necessidade de envolver a família o mais precocemente possível.

Este envolvimento pode ser a níveis diversos, mas a terapia familiar adquiriu, com a sua utilização no tratamento da anorexia mental, uma das suas principais indicações.

* O presente trabalho foi apresentado como prova complementar de doutoramento na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação do Porto, em 1990.

Depois de fazer uma revisão sobre os diversos aspectos da doença irei descrever a técnica de terapia familiar neste quadro nosológico.

HISTÓRIA

A 1ª descrição da anorexia mental foi feita em 1694 por Richard Morton¹. Este autor falava de «uma atrofia nervosa, ou consumação»² e procurava as suas causas em «violentas paixões da mente»³.

Posteriormente, Gull em 1868 e Laségue em 1873 reconheceram a anorexia nervosa com entidade clínica, tendo o primeiro chamado a atenção para a importância da família na doença, e recomendado o isolamento dos doentes. Laségue referiu que «a família tem dois métodos ao seu serviço que esgota sempre – entreactos e ameaças – e ambos servem de pedra de toque. A anorexia torna-se gradualmente o único objecto de ocupação e de conversa»⁴.

1 Morton, R., «Phthisiologica: or, A Treatise of Consumptions». London, Smith and Walford, 1694, pp. 4-10, cit. em Andersen, A., *Practical Comprehensive Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia*, The Johns Hopkins University Press, 1985, pág. 10.

2 Artigo citado.

3 *Ibid.*

4 Laségue, C., «De l'anorexie hystérique», Arch. Gen. de Med. 385, 1893, citado em Webb, W., «A clinical review of developments in the diagnosis and treatment of anorexia nervosa and bulimia», *Psychiatric Medicine*, Vol. 6, nº 2, pág. 25.

Janet descreve dois tipos de anorexia: a forma histérica e a forma obsessiva. Já no início deste século Simmonds (1914)⁵ e Sheehan (1937)⁶ descrevem quadros clínicos em tudo semelhantes à anorexia mental, mas desencadeados por pan-hipopituitarismo normalmente associado a complicações do parto. Estas descrições permitiram individualizar melhor o quadro da anorexia.

Nos últimos três decénios esta entidade nosológica passou a fazer parte de um grupo de doenças denominadas «doenças do comportamento alimentar» em conjunto com a bulimia nervosa, pica, ruminação da infância e a obesidade com alteração do comportamento alimentar.

DIAGNÓSTICO

Ao longo do evoluir do conhecimento sobre a anorexia os critérios para estabelecer a sua identidade foram variando, mas actualmente os que são geralmente aceites são os expressos na DSM-III-R:

- a) Recusa em manter peso corporal acima do mínimo peso normal para a idade e altura:
 - perda de peso produzindo um peso corporal 15% inferior ao esperado, ou
 - falência em produzir um ganho de peso durante o período de crescimento, levando a um peso 15% inferior ao esperado.
- b) Medo intenso de ganhar peso ou tornar-se obeso, apesar da magreza.
- c) Alteração na maneira como são sentidos o peso, o tamanho ou as formas.
- d) No sexo feminino, ausência de pelo menos três menstruações consecutivas (amenorreia primária ou secundária).

INCIDÊNCIA E PREVALÊNCIA

Apesar de não ser a descrição exaustiva do quadro da anorexia o objectivo deste trabalho, penso

ser importante para avaliar a importância da necessidade de uma abordagem terapêutica eficaz saber as taxas de incidência e prevalência. Estes números variam de autor para autor, mas darei no quadro seguinte os valores das referências mais citadas⁷.

Theander, 1970	0,24/100000/ano
Kendell e al., 1973	1,60/100000/ano
Consoli, 1984	1,00/100000/ano
Crisp, 1976	1/200 estudantes inglesas
DSM III	1/250 idade alto risco
DSM III-R	1/800 a 1/100 sexo F., 12-18 a

A população de maior risco para a doença são as adolescentes da classe média (mais atingidas por um certo culto social da elegância) e os profissionais de bailado.

A anorexia mental inicia-se habitualmente na adolescência, mais raramente na pré-puberdade, sendo muito mais frequente no sexo feminino, atingindo apenas os homens em cerca de 5% dos casos.

A doença surge apenas na raça branca, evoluindo mais frequentemente num único episódio com cura, mas por vezes cronicando ou evoluindo para a morte. A mortalidade varia, consoantes as estatísticas, entre 5% e 18%.

Têm sido muito discutidos os aspectos da transmissão genética da anorexia e alguns autores referem que a doença estaria relacionada com a doença afectiva encontrando-se nos familiares doença depressiva (Laessle *et al.*, 1987)⁸. No trabalho citado, numa série de 52 doentes, com diagnóstico de anorexia mental e bulimia, 44,2% tiveram posteriormente o diagnóstico de doença afectiva major de acordo com os critérios DSM III.

ASPECTOS ETIOLÓGICOS

A anorexia mental apresenta uma multicausalidade que tem uma directa repercussão na abordagem terapêutica.

Andersen⁹ sintetizou esta multicausalidade

5 Cit. em Andersen, A., *Practical Comprehensive Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia*, The Johns Hopkins University Press, 1985, pág. 36.

6 Sheehan, H. L., «Post-partum necrosis of the anterior pituitary», *J. Path. Bact.* 45: 189-214, 1937, cit. em Andersen, A., *Practical Comprehensive Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia*, The Johns Hopkins University Press, 1985, pág. 36.

7 Sampaio, D. e Galvão-Teles, A., comunicação pessoal.

8 Laessle, R., *et al.*, Major affective disorder in Anorexia Nervosa and Bulimia, *Journal of Psychiatry*, 151, 785-789, 1987.

9 Andersen, A., *Practical Comprehensive Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia*. The Johns Hopkins University Press, 1985, pág. 50.

dividindo as teorias etiológicas da anorexia em *psicológicas, sociais, familiares, biológicas, comportamentais* e de *desenvolvimento*.

As *teorias psicológicas* consideram que o quadro constitui uma defesa contra a ansiedade que o desenvolvimento psicosssexual da adolescência gera nos jovens. Seriam indivíduos com uma fraca individualização dentro da família, auto-estima deficiente e uma autonomia precária.

As *teorias sociais* põem a tónica nos aspectos culturais da sociedade ocidental, sobretudo nas classes média e alta, que privilegiam o corpo enquanto imagem de magreza. Esta circunstância é reforçada nalgumas profissões em que a importância do corpo é reforçada (por ex. nas bailarinas).

As *teorias familiares* abordá-las-ei quando iniciar mais directamente o tema deste trabalho, mas elas centram-se no pressuposto que o doente é apenas o «paciente identificado» de uma família perturbada.

As *teorias biológicas* apontam no sentido de um *déficit* de funcionamento hipotalâmico com repercussão em todo o funcionamento hormonal.

A *teoria comportamental* defende que a recusa alimentar ou os vômitos são provocados por reforços de aprendizagem correlacionados com a cultura contextual.

A *perspectiva de desenvolvimento*, que não se afasta muito da psicológica, interpreta a anorexia como uma paragem no ciclo vital numa das suas fases maturacionais mais importantes.

Sampaio¹⁰ tentou resumir a etiologia da doença no seguinte esquema, dividido em infância e adolescência:

Infância

<i>Alt. genética</i>	<i>Alt. hipotalâmica</i>
<i>Indivíduo</i>	<i>Família</i>
Mau objecto introjectado	Ausência de resposta aos pedidos
Corpo = mau objecto	Lealdade familiar
Ideal do eu megalómano	Indiferenciação criança-mãe
Criança como suporte narcísico.	

Adolescência

<i>Indivíduo</i>	<i>Família</i>
Reactivação do conflito edipiano	Rigidez
Hiperprotecção	Isolamento
	Intrusão da mãe no território filial
Regressão vertiginosa	Factores socio-culturais

Andersen¹¹ apresenta um esquema etiológico no qual tenta dar diferentes pesos aos diversos factores etiológicos.



Nestas duas interpretações da doença a multicausalidade é uma constante.

TRATAMENTO

Naturalmente que a forma como a anorexia mental é interpretada na sua vertente etiológica tem repercussão na elaboração de uma estratégia terapêutica.

Como se torna claro nos esquemas acima referidos, a multicausalidade existente obriga a uma primeira decisão no sentido de escolher quais as vertentes em que é necessário intervir. Se nos lembrarmos que a anorexia pode levar à morte, verificamos que algumas das situações terão de ter uma intervenção em dois tempos: um primeiro de crise, com eventual internamento e alimentação parentérica, e um segundo, mais longo e de feição psicoterapêutica.

Os trabalhos publicados sobre anorexia mental têm revelado um grande consenso sobre a inter-

10 Sampaio, D., comunicação pessoal.

11 Andersen, A., obra cit.

venção terapêutica e a necessidade de fazer confluir a abordagem individual com a abordagem familiar. «A maior parte das descrições do processo terapêutico incluem a necessidade de envolvimento e educação, de controlar a alteração alimentar, e alguma forma de uma longa terapia, individual, familiar ou grupal»¹². Webb neste artigo refere como necessidade primordial o envolvimento do doente e da família, a par do controlo dos sintomas ligados à ingestão alimentar.

1. Terapia familiar

Antes de descrever a intervenção familiar na anorexia mental farei uma revisão dos trabalhos publicados sobre este modelo, nomeadamente dos dois autores pioneiros na aplicação da terapia familiar a este quadro clínico: Minuchin *et al.*¹³ e Selvini^{14, 15}.

Minuchin descreve o sistema familiar da doente anoréxica utilizando a sua concepção estrutural da família. Como referi noutro trabalho¹⁶, a família é pensada como um sistema aberto, em relação dinâmica com o exterior e o sintoma considerado o produto de uma organização estrutural disfuncionante do sistema familiar, de modo que se conseguirmos tornar essa organização mais «adequada» o sintoma desaparecerá.

Para este autor o sistema familiar encontra-se dividido em subsistemas geracionais cujas delimitações são os seus limites. Este conceito de limite permite-lhe classificar as famílias em aglutinadas e desagregadas consoante os seus limites são difusos, nas primeiras, ou claros, nas segundas. As famílias aglutinadas dificultam a individualização dos seus membros o que, nesta concepção, será característico das famílias psicossomáticas (em que Minuchin

inclui a anorexia mental, em conjunto com a asma, a colite, a diabetes).

Na sua caracterização da família anoréxica Minuchin classifica-a como aglutinada, o que terá como consequência que a criança (futura doente) na sua forma de encarar a vida «dê prioridade à proximidade no contacto interpessoal»¹⁷. Mas a família aglutinada não é suficiente para desencadear o quadro clínico. Outros processos são necessários. «A família anoréxica¹⁸, por exemplo, é tipicamente orientada para a criança. A criança cresce cuidadosamente protegida pelos pais que se focalizam no seu bem-estar. A preocupação parental é expressa pela hipervigilância dos movimentos infantis e uma intensa observação das suas necessidades psicobiológicas»¹⁹.

Esta superprotecção da criança gera-lhe uma necessidade de, na sua acção, fazer o que a família espera dela, numa lealdade familiar difícil de quebrar. «A denegação do *self* para o benefício de outrem e da lealdade familiar é altamente valorizada. A preocupação pela acomodação mútua sem fricção produz um ambiente em que as diferenças são denegadas e submersas»²⁰.

Neste contexto a entrada na adolescência vai gerar um conflito de lealdade entre o grupo em que naturalmente se quer inserir e a família. A anoréxica não se consegue ver como individualidade e tenta modificar o ponto de vista da família em vez de progressivamente se autonomizar, como acontece no processo da adolescência.

Mas para Minuchin os limites interiores que separam as gerações são muito difusos neste tipo de famílias e é frequente encontrar-se um dos pais da anoréxica com «uma forte afiliação com a família de origem»²¹. Este modelo repete-se na família nuclear, com a figura parental mais ligada à sua família de origem a ligar-se fusionalmente ao filho.

Outra característica das famílias anoréxicas é a focagem nos problemas somáticos. Minuchin refere

12 Webb, W., «A clinical review of developments in the diagnosis and treatment of anorexia nervosa and bulimia», *Psychiatric Medicine*, Vol. 6, nº 2, pág. 33.

13 Minuchin, S. *et al.*, *Psychosomatic families, anorexia nervosa in context*, Harvard University Press, Cambridge, Mass, 1978.

14 Selvini Palazzoli, M., *Self-starvation: from individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa*, Pomerans A. New York, Jason Aronson, 1978.

15 Selvini Palazzoli, M., «La famiglia anoressica e la famiglia schizofrenica: uno studio transazionale», *Terapia familiare*, nº 1, 1977.

16 Sampaio, D. e Gameiro, J., *Terapia familiar*, Edições Afrontamento, 1985, págs. 72-78.

17 Minuchin, S. *et al.*, *Psychosomatic families, anorexia nervosa in context*, Harvard University Press, Cambridge, Mass, 1978, pág. 59.

18 Esta classificação é discutível pelo que implica de modelização de um determinado tipo familiar gerador de um quadro nosológico.

19 *Ibid.*

20 *Ibid.*, pág. 60.

21 *Ibid.*

que «nas famílias com uma criança anoréxica, a família inteira tem frequentemente uma especial preocupação com assuntos como comer, formas de estar à mesa, dietas e tipos de comida»²².

Sem ser este o local para discutir a legitimidade de conceptualizações com a de «família psicossomática» que noutra local abordei²³, interessa referir que outros autores tem posto em questão esta tipologia familiar.

Como escreve Wood *et al.*²⁴ «é necessário determinar se a configuração de [família psicossomática] é específica de situações em que há uma criança cronicamente doente. Há dados que evidenciam que estes padrões também podem ocorrer em famílias com um elemento psicótico ou toxicómano».

Selvini passou de um modelo de investigação que privilegiava as relações mãe-filha para um modelo que passou a envolver toda a família.

Na sua caracterização das famílias com doente anoréxico, Selvini²⁵ acentuou que os membros de cada família rejeitam as mensagens emitidas pelos outros membros, o que tem como consequência que as diferenças não se clarificam e os conflitos não se resolvem. Simultaneamente os pais tem dificuldade em assumirem o seu papel de líderes e ninguém assume a responsabilidade do que corre mal.

As dificuldades comunicacionais descritas levam a que se estabeleçam coligações secretas em que a adolescente se alia a um dos progenitores, levando à formação de um triângulo a que Selvini chamou «casamento de três direcções»²⁶. A paciente identificada oferecer-se-ia como sacrifício pela unidade familiar.

Este modelo inicial de Selvini, baseado na comunicação, evoluiu para um outro centrado na história da família e de «reconstituição de todo o processo histórico até à explosão do sintoma e até ao momento em que a família chega à terapia»²⁷.

A disfunção inicia-se no casal em que a mãe está insatisfeita e se torna «uma mãe extremamente

controladora, intrusiva e chata»²⁸. Os maridos são em 85-90% dos casos maridos com grande capacidade de [encaixe]. Absolutamente incapazes de pôr travão ao comportamento intrusivo e insuportável da mulher»²⁹. É um marido que não comunica e que instala o silêncio cada vez que a mulher tenta discutir.

No modelo histórico de Selvini a futura anoréxica começa a interessar-se pelo conflito dos pais na segunda etapa da infância. Distingue dois tipos de filhas: «O tipo A que toma sempre partido pela mãe: é a filha modelo, a única em casa a ajudar a mãe nos trabalhos domésticos, brilhante na escola, que não dá preocupações»³⁰ e a do tipo B, mais rara e muito ligada ao pai e por quem é utilizada no conflito com a mãe.

Qualquer destes dois tipos de filhas começa a interessar-se pelo jogo parental e a entrar nele.

Na adolescência qualquer dos dois tipos de jovens inicia uma maior aproximação ao pai e aumenta a distância em relação à mãe.

A do tipo A descobre que a mãe afinal a preteriu em relação a um irmão ou irmã e que afinal a sua relação com ela não era verdadeira. Neste estágio quando os pais interagem a filha está, disfarçadamente, do lado do pai... Pelo seu lado o pai aproveita todas as oportunidades para assinalar à filha como a sua mulher é frustrante, mesmo no que diz respeito à relação íntima, e como ele aceita este tormento a favor da paz na família (mútua instigação contra a mãe)³¹.

A adolescente do tipo B com a adolescência reforça a sua relação com o pai.

O estágio seguinte é o do início do quadro clínico com comportamentos de dieta alimentar e amenorreia. Para Selvini esta recusa alimentar constitui um protesto silencioso contra a mãe e um apelo a uma mudança. «Contra as expectativas da rapariga, a redução da ingestão alimentar insere-se numa espiral interactiva – mãe/pai/filha – que reforça o jogo dos pais e consequentemente o envolvimento da filha»³².

Nos últimos estádios o pai distancia-se não

22 *Ibid.*, pág. 61.

23 Gameiro, J., «Epistemologia da Psiquiatria», dissertação de doutoramento.

24 Wood, B. e al., «The Psychosomatic family model: an empirical and theoretical analysis», *Family Process*, vol. 28, nº 4, december 1989, pág. 414.

25 Selvini Palazzoli, M., *Self-starvation*, London, Chaucer Publishing Co. Ltd., 1974.

26 *Ibid.*, pág. 211.

27 Selvini Palazzoli, «L'anorexie mentale dans une perspective systémique», *Thérapie familiale*, vol. X, nº 2, 1989, pág. 94.

28 *Ibid.*

29 *Ibid.*

30 *Ibid.*

31 Selvini Palazzoli, M. e Viaro, M., «The anorectic process in the family: a six stage model as a guide for individual therapy», *Family Process*, June 1988, Vol. 27, nº 2, pág. 132.

32 *Ibid.*, pág. 133.

querendo pôr em causa a relação com a mãe e a filha leva a não ingestão da comida até aos limites, compreendendo o extremo poder que o sintoma lhe dá dentro da família. «Permite-lhe recapturar o estatuto ilusório de privilégio que gozou na infância e na adolescência»³³.

Selvini desenha assim o jogo interactivo que a família, com paciente identificado com anorexia mental, apresenta. Esta conceptualização ir-lhe-á servir para modelizar um esquema de intervenção terapêutica.

2. Intervenção familiar na anorexia mental

Neste subcapítulo da revisão sobre a intervenção familiar na anorexia mental darei a minha contribuição pessoal da experiência clínica e simultaneamente referirei os trabalhos de alguns autores com idêntica experiência desta nosologia.

A terapia familiar na anorexia mental faz parte de um plano terapêutico em que estão presentes outras vertentes que devidamente articuladas, e só nesta condição, poderão levar ao sucesso. A anorexia mental é bem o exemplo de um quadro psiquiátrico cujo tratamento não se coaduna com técnicos isolados e que necessita de uma *ampla equipa terapêutica em que a diversidade gera a coerência*.

Perante o diagnóstico de anorexia mental (ver critérios pág. 2-3) a primeira avaliação e decisão a tomar diz respeito à necessidade, ou não, de internamento.

Estou de acordo com os critérios elaborados por Andersen³⁴ que os sintetiza em cinco vertentes:

1. Baixo peso (perca de mais de 25% do peso e menor percentagem se o emagrecimento fôr muito rápido).

2. Potássio baixo provocado pelos vómitos e/ou pelo abuso de laxantes e diuréticos.

3. Sintomas depressivos (com ideias de suicídio).

4. Maus resultados terapêuticos – não responde a um plano terapêutico em ambulatório.

5. Família desencorajada e desmoralizada ou falta de recursos ambulatórios locais.

Em grande parte dos casos de anorexia nervosa a gravidade do quadro impõe o internamento durante algumas semanas até que a situação ponderal e electrolítica melhore e o risco de vida deixe de constituir problema.

A decisão de internar pressupõe o envolvimento familiar precoce. Como a grande percentagem de quadros surgem em jovens adolescentes, a implicação dos membros mais próximos da família é evidente, desde o processo inicial de admissão até ao contacto no dia-a-dia com toda a equipa terapêutica.

Como referi, as famílias com doentes com anorexia mental são caracterizadas por interacções complexas em que a manipulação e a comunicação subterrânea têm um papel importante. Estas famílias têm tendência a repetir durante o internamento estes «jogos» e a envolver neles os membros das equipas terapêuticas.

O papel do terapeuta familiar nestas equipas é o de compreender estas interacções e intervir junto dos técnicos e da família no sentido de evitar, entre uns e outros, interacções simétricas que desencadeiem uma escalada competitiva que anule a intervenção clínica.

Whitaker *et al.*³⁵, que conceptualizaram a interacção entre a intervenção familiar e o internamento referem que durante a hospitalização a equipa providencia para que haja um *good enough parenting* da doente, de quatro formas:

– Assegura as necessidades nutricionais do doente;

– Retira a alimentação dos circuitos de controlo que a anoréxica tenta instaurar em relação aos outros;

– Evita todas as discussões acerca da comida, assumindo-as como tentativas de dividir a equipa;

– Encoraja a expressão das emoções, impulsos e sentimentos, fazendo com que a verdadeira expressão do *self* da doente se afirme.

Os objectivos iniciais do internamento face à família são os de facilitar uma organizada expressão de sentimentos face à necessidade de tomar medidas que podem ser *life saving*.

Irei exemplificando os diversos passos da téc-

³³ *Ibid.*

³⁴ Andersen, A., *Practical Comprehensive Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia*, The Johns Hopkins University Press, 1985, pág. 55.

³⁵ Whitaker *et al.*, *Anorexia nervosa – the hospital role in family therapy*, comunicação pessoal, pág. 14.

nica de intervenção familiar através do exemplo clínico da família Silva.

A família Silva é constituída, na sua organização nuclear, pelo pai, mãe e três filhas, respectivamente de 21, 17 e 15 anos. Pertencem à classe média de Lisboa, habitam um bairro de tradição burguesa da cidade, o pai é funcionário superior de serviços e a mãe secretária de administração.

A mãe procura a consulta, preocupada com o emagrecimento da Maria, colocada a meio da fratria, cuja perda de peso se tinha iniciado há cerca de 10 meses. Já tinham consultado um clínico geral que interpretou o quadro como preocupação estética da Maria e aconselhou uma alimentação reforçada em proteínas.

A sua situação clínica foi-se agravando e feita a história clínica verificou-se que a perda de peso já tinha atingido cerca de 1/4 do peso inicial, a Maria estava amenorreica desde há cerca de 1 ano, recusava tomar as refeições com a família e quando o fazia a tensão familiar atingia níveis descritos como insuportáveis. Mantinha como actividade a dança, que praticava desde criança, mas tinha abandonado a frequência do ensino secundário.

A primeira entrevista familiar, feita em ambulatório, mostrou uma família aparentemente com um funcionamento adequado, uma história familiar sem «sobressaltos», uma grande preocupação da mãe com o quadro clínico da Maria, preocupação desvalorizada pelo pai e pelas irmãs que referiam que «com a idade isto passa, a Maria sempre quis ser diferente».

A Maria negava a sua recusa em se alimentar dizendo que apesar de não querer comer com a família o fazia sozinha a horas diferentes. A mãe referiu-nos então que já por várias vezes tinha encontrado comida escondida e comprimidos de substâncias diuréticas.

A Maria apresentava um aspecto físico preocupante, uma astenia evidente, o que nos levou a estabelecer um plano terapêutico que teve como primeiro passo um internamento de oito dias para correcção hidroelectrolítica e uma imediata intervenção familiar.

Apresentado este plano à família a primeira recusa veio da Maria no que foi discretamente apoiada pelo pai que referiu a possibilidade de se tentar primeiro «convencê-la» em consulta. Os terapeutas apoiaram então a mãe, que fez uma comunicação muito agressiva em relação ao pai, dizendo que ao longo destes meses a incapacidade familiar

para resolver o problema tinha sido patente e que era chegada a altura de ensaiar outras soluções. Aproveitou para dizer que tinha estado a informar-se e que a anorexia mental podia levar à morte (os terapeutas tinham no primeiro contacto dito claramente qual era o diagnóstico da Maria).

Esta informação da mãe, que não tinha sido antes partilhada pela família, gerou na Maria uma aparente indiferença, mas as irmãs emocionaram-se e simultaneamente atacaram a Maria perguntando-lhe com que direito ela brincava com a vida. O pai manteve-se silencioso.

Passados alguns dias a Maria foi internada.

O internamento, decidido em sessão com a família nuclear, cumpriu a sua dupla função de correcção fisiológica imediata e de consciencialização da família da gravidade da situação.

Como refere Sargent *et al.*³⁶ «o hospital é a arena onde a família pode ganhar suficiente controlo dos sintomas e iniciar a sua reversão com o apoio da equipa. A autoridade e responsabilidade pela eficácia da hospitalização repousam na família e na equipa. Desacordos entre os membros da equipa (incluindo os membros da família) devem ser resolvidos directamente».

Durante o internamento a família é solicitada a frequentar o hospital diariamente, fazendo com que toda a comunicação circule entre todos os membros da família evitando, assim, curtos-circuitos comunicacionais, que normalmente contribuem para manter o sistema disfuncionante. Estas sessões são partilhadas pela enfermeira mais directamente envolvida no tratamento que vai descrevendo o evoluir da doente.

No caso que aqui descrevo como exemplo, foi feita uma sessão no dia da admissão em que foi acordado o plano para os dias de internamento, que consistia na correcção hidroelectrolítica e na tentativa de ganho de algum peso através de uma dieta mais rica.

Tal como Whitaker refere, o internamento é um suporte importante para a família, porque lhe introduz a realidade da gravidade da situação levando a que «tanto a doente como os pais apreciem esta injeção de realidade e autoridade e sintam um considerável alívio depois da decisão da admissão no hospital»³⁷.

36 Sargent, J. *et al.*, *Family therapy for anorexia nervosa in Anorexia Nervosa & Bulimia*, edit. Gardner e Garfinkel, The Guilford Press, 1985, pág. 264-265.

37 Whitaker *et al.*, obra citada, pág. 17.

Vários autores apontam para a necessidade de precocemente envolver a família no tratamento da anorexia mental. A aparente contradição entre considerar a doença como um sintoma de uma família disfuncionante, considerar a doente como uma paciente identificada, e simultaneamente fazer um internamento, reforçando o seu papel de doente psiquiátrica, é mais teórica do que prática. A família não tem uma visão sistémica da realidade e só o seu envolvimento progressivo poderá levar a que aceitem ver o quadro nosológico em interacção com a organização familiar³⁸.

Logo que os objectivos propostos sejam atingidos e que todo o sistema terapêutico – família e terapeuta – se ponham de acordo em prosseguir a terapia em consulta externa deve ser estabelecido um contrato de frequência de sessões, assim como quais os elementos da família que devem participar nesta fase do processo. Os terapeutas familiares divergem na rigidez posta neste contrato: para alguns o número de sessões deve ser pré-estabelecido, para outros a avaliação é contínua e deve ser dada liberdade ao sistema para em qualquer momento decidir se o trabalho com a família deve prosseguir ou encarar outras formas de intervenção.

2.1. Fase inicial

A fase inicial da terapia deve sempre incluir uma sessão-refeição em que o terapeuta partilha, em casa da família, uma refeição com todos os seus elementos.

A necessidade desta sessão foi descrita por Minuchin³⁹ que definiu como seu objectivo «transformar o problema de uma doente anoréxica no drama de uma família disfuncionante»⁴⁰. Trata-se de passar de um sintoma como ponto de fixação emocional para a análise das dificuldades relacionais da família.

São sessões habitualmente muito dramáticas em que se torna patente a incapacidade parental para resolver uma das suas funções mais impor-

tantes: ter autoridade face aos filhos e neste caso particular parar com um processo autodestrutivo.

Logo que a Maria teve alta do hospital combinámos a primeira sessão para casa da família, acentuando que queríamos partilhar com todos a sua refeição da noite, mas que levaríamos a nossa própria comida.

Este ponto é importante porque possibilita pontuar que não somos visitas sociais a quem se convida para jantar, mas que o nosso papel é de continuar uma terapia. Se aceitássemos partilhar o jantar da família ser-nos-ia mais difícil manter uma postura de observação e de interacção terapêutica com a família.

A refeição iniciou-se e logo de imediato a Maria desencadeou o seu comportamento de recusa alimentar, afirmando que já tinha comido e que já todos sabiam que as suas horas de refeição não coincidiam com as da família. A reacção imediata da mãe foi no sentido de obrigar a Maria a comer no que foi secundada pelos terapeutas que chamaram a atenção para a necessidade de os pais serem eficazes na sua função parental.

Perante a ineficácia da mãe interpelámos o pai, incentivando-o a conseguir o que a mãe não tinha conseguido. O pai, de uma forma diferente da mãe, com menos tensão e menor ansiedade, tentou convencer a Maria da necessidade de a família resolver a situação e que tudo seria mais fácil se ela aceitasse alimentar-se.

Os terapeutas na sessão-refeição são agentes criadores de tensão, fazendo com que a família se defronte com um envolvimento emocional (na situação de recusa alimentar) que se torne insustentável e do qual possam nascer novas interacções que resolvam o sintoma. Este é também o momento em que as alianças e coligações que estão a suportar o sintoma podem tornar-se claras.

A meio da sessão e quando o pai e a mãe interagiam com a Maria, subitamente esta voltando-se para o pai diz-lhe: «Mas porque é que me está a dar pontapés debaixo da mesa?». Fez-se um silêncio e a Maria continuou: «O meu pai desde que começou a tentar que eu comesse esteve sempre a dar-me pontapés debaixo da mesa, e não percebo porquê».

Sentimos que tinha vindo à superfície uma interacção importante que já antes nos tinha chamado a atenção: uma eventual aliança do pai com a Maria ou mesmo uma coligação contra a mãe. Decidimos

38 Para a discussão deste ponto e dos erros cometidos pelos terapeutas familiares ver a obra *Epistemologia da Psiquiatria* no seu capítulo sobre a terapia familiar.

39 Minuchin, S. et al., *Psychosomatic families, anorexia nervosa in context*, Harvard University Press, Cambridge, Mass, 1978, pág. 119.

40 *Ibid.*, pág. 120.

explorar este caminho fazendo circular a pergunta por todos os membros da família: porque é que o pai dá pontapés debaixo da mesa à Maria quando tenta que ela coma?

O objectivo desta exploração era tentar tornar clara a discordância entre os pais acerca da forma de lidar com a anorexia da Maria. Como refere Minuchin a propósito da focalização na autoridade dos pais em fazer a filha comer, «isto tem o efeito de aumentar o contacto de controlo entre os pais e a filha a que se segue um aumento do conflito e da distância entre eles. Aumentando a impermeabilidade das fronteiras entre pais e filha destriangula-se a anoréxica»⁴¹.

As irmãs da Maria disseram de imediato que ela sempre tinha conseguido tudo o que queria do pai afirmando o conflito de rivalidade fraternal. Insistimos perguntando a cada uma como viam a relação da Maria com o pai. As respostas foram semelhantes referindo que a Maria e o pai sempre tinham tido uma relação muito próxima, o que atribuíam a uma época da pré-adolescência em que elas tinham estado fora de Lisboa durante um ano com a mãe e o pai tinha ficado com a Maria.

A mãe foi franca e directa: «Desde o início de tudo isto sempre senti que o meu marido tentava interferir nos meus conflitos com a Maria, dificultando as minhas tentativas para que ela coma». E continuou, afirmando que já tinha pensado em nos pedir entrevista para ela e para o marido, porque lhe parecia que o conflito estava a atingir proporções demasiadas. «Aliás o meu marido está cada vez a beber mais, chegando a beber cinco whiskys à noite».

Começava a surgir informação importante acerca da família, informação que nos dava acesso a circuitos interaccionais até aí desconhecidos. O pai manteve-se calado e só perante a nossa insistência afirmou que não suportava mais o conflito permanente entre a Maria e a mãe, cada vez lhe custava mais vir para casa ao fim da tarde, sentia que a Maria iria em breve começar a alimentar-se normalmente e que não valeria a pena viver toda aquela tensão para resolver o problema.

Este exemplo de sessão-refeição demonstra o que

na clínica se observa quando se faz terapia familiar na anorexia mental. O jogo interactivo que «suporta» a recusa alimentar torna-se claro. Não importa discutir aqui se este jogo provoca o sintoma ou se é o sintoma que desencadeia o jogo, a anorexia é uma entidade complexa não compatível com esta dualidade simples, o que me parece importante é pontuar a necessidade desta sessão para que desfeito, ou atenuado, o sintoma se possa prosseguir com a terapia familiar com as energias familiares mais disponíveis para encontrar alternativas relacionais.

Minuchin nas suas famílias com anorexia concluiu a propósito da sessão-refeição que «um resultado frequente e surpreendente da primeira sessão-refeição é que imediatamente a seguir a anoréxica começa a comer»⁴².

No final desta sessão com a família da Silva insistimos com os pais para coordenarem os seus esforços na alimentação da Maria, mas simultaneamente afirmámos a nossa disponibilidade para discutirmos os conflitos entre ambos, tentando separar a sua função parental da função marital.

2.2. Fase intermédia

Nesta fase a terapia desenrola-se no *setting* habitual (consulta externa ou gabinete privado) retomando-se a estrutura que descrevi no início: presença nas sessões de toda a família nuclear, com eventual pedido de comparência de outros elementos da família, frequência quinzenal ou semanal.

Continua a ser feito o controlo de peso da anoréxica, mas o conflito familiar é descentrado da alimentação e focalizado na história da família e nas interacções entre os seus vários elementos. Trabalha-se sobre dois eixos que se cruzam: *o eixo transgeracional ou vertical e o eixo horizontal da actualidade das relações familiares*.

O eixo transgeracional é explorado através da história da família elaborada através da técnica de genograma ou pelo cruzamento dos relatos de cada um dos seus membros. Esta informação possibilita aos terapeutas terem acesso ao encadear de interacções que levaram à situação actual. O enfoque desta recolha é posto na história inicial do casal, a sua relação pré-matrimonial e a forma como resol-

41 Minuchin, S. et al., *Psychosomatic families, anorexia nervosa in context*, Harvard University Press, Cambridge, Mass, 1978, pág. 120.

42 *Ibid.*, pág. 122.

veram a fase do ciclo vital em que passaram da díada a tríada, com o nascimento do primeiro filho.

Cada membro de um casal tem necessidades fusionais diferentes⁴³ que na primeira fase da relação são calibrados de modo a permitir a cada um deles um equilíbrio relacional. Se esta calibração não é feita o primeiro filho pode ter como função ajudar nesta regulação, cumprindo o papel de elemento de suporte das necessidades de um dos elementos do casal.

Numa das sessões subsequentes, quando explorámos esta fase da vida familiar, o pai referiu-nos como se tinha sentido sozinho com o nascimento da Isabel (a filha mais velha) com a sua mulher indisponível. Reflectindo sobre essa época sente que nunca conseguiu retomar a relação com a mulher de uma forma tão satisfatória como quando eram só os dois. Ficámos também a saber que o pai tinha ficado sem a mãe aos seis anos.

No caso da família que tem vindo a servir de exemplo o conflito conjugal inicia-se com o nascimento da primeira filha quando o casal não consegue regular a sua relação. Passados cerca de dois anos nascia a Maria que é descrita como uma criança difícil, com uma alimentação conflitual, insónias e com quem a mãe teve precocemente uma relação problemática. A família recorda os conflitos à hora das refeições acabando por optar pela solução de ser o pai a dar-lhe a comida sempre que estava em casa.

A exploração do eixo transgeracional possibilitou-nos pôr a claro interacções antigas que tinham estabelecido disfunções relacionais que se foram instalando.

Como referem Garfinkel e Garner⁴⁴ «as sessões terapêuticas permitem um *setting* relativamente protegido para praticar novos estilos interacionais. Os membros da família são encorajados a expressar mais abertamente as antes evitadas emoções tais como a raiva, a depressão ou a afectividade. Tentativas inapropriadas de evitar o criticismo familiar são evitadas, levando a uma comunicação mais directa».

43 Esta conceptualização de necessidade fusional e de autonomia nas relações maritais, correlacionadas com o grau de diferenciação individual, deve-se a Murray Bowen, nomeadamente na obra *Dalla famiglia all individuo*, Casa Editrice Astrolabio, Roma, 1979.

44 Garfinkel, P. e Garner, D., *Anorexia nervosa a multidimensional perspective*, Brunner/Mazel, 1982, pág. 295.

A expressão aberta dos conflitos irá permitir que cada elemento da família se afirme na sua autonomia, desligando-se das alianças e coligações em que o sistema familiar o encerrou. A anorexia é assim vista como um sintoma do bloqueio do desenvolvimento do ciclo vital familiar, numa época da vida, a adolescência, em que a dualidade autonomia/dependência se actualiza.

O percurso de autonomia da adolescente anoréxica, entre outras razões, pode ser perturbado pelos conflitos de separação da mãe, simbolizados pela recusa alimentar, complexificados pelo seu papel central no conflito conjugal coexistente. Quando a clarificação desta estrutura familiar se dá, o sintoma deixa de ter o seu papel regulador ficando a anoréxica mais livre para iniciar a passagem à vida adulta e diferenciada.

O eixo horizontal, centrado na actualidade das interacções familiares, procura desmontar e clarificar as dificuldades relacionais, mostrando à família que desacordos e dificuldades são próprios da vida familiar.

Nesta fase, já então liberta dos sintomas alimentares, é encorajada a autonomia da adolescente, procurando-se que a família comunique em torno da vida social e profissional da anoréxica, aceitando que a sua saída do processo de dependência é possível.

É muito importante não esquecer que quando se trabalha com famílias com jovens anoréxicas se está a tentar flexibilizar conjuntos familiares numa fase específica do ciclo vital: a fase da pré-saída de casa dos filhos e o voltar à situação dos pais sós. Fase crítica da vida do casal em que tem de reaprender a vida a dois, muitas vezes também preocupados com os seus próprios pais, então na velhice.

2.3. Fase terminal

Na fase terminal os terapeutas discutem com a família a avaliação dos resultados obtidos e planeiam o futuro.

Os resultados são avaliados em termos de parâmetros ponderais e de autonomia individual face à família. Terão também em linha de conta os objectivos que no início da terapia familiar se propuseram atingir. Haverá terapeutas para quem os objectivos a atingir em termos de dinâmica familiar são precisos e outros terapeutas para quem, atingido o objectivo da remissão sintomática, ficam numa

atitude de disponibilidade para trabalhar com a família até esta desejar.

Nesta fase final poderá acontecer e ser conveniente que haja uma separação terapêutica entre o casal e a filha anoréxica. Esta separação, correspondente a uma autonomia crescente dos dois subsistemas, irá possibilitar que os espaços diferentes criados sejam utilizados pelos pais e pela filha como espaços de discussão de problemas que lhes sejam específicos e de maior intimidade.

No caso da família Silva, que tenho vindo a referir, a Maria pediu para passar a ter um espaço individual, tendo ficado um dos terapeutas em psicoterapia individual com ela. Passadas poucas semanas o casal fez um pedido idêntico e iniciou uma longa terapia de casal, com períodos muito difíceis, mas que permitiram recuperar um longo afastamento vivido, mas não falado durante anos.

Esta separação terapêutica põe o problema de quem fica a seguir a família/casal e a adolescente. Deverão ser acompanhados por terapeutas diferentes ou pelo mesmo terapeuta?

Quando a terapia familiar foi feita por dois terapeutas poder-se-ão separar e ficar cada um com o seu subsistema, mas quando só há um terapeuta parece-me que não há inconveniente em que acumule as duas funções, havendo vantagens em que a integração das duas abordagens seja uma realidade. Neste sentido se pronunciaram Sargent *et al.*⁴⁵: «Recomendamos que o mesmo terapeuta faça a terapia individual, marital e familiar, pela necessidade destes esforços serem integrados».

AVALIAÇÃO

A eficácia desta abordagem terapêutica tem sido medida por vários autores que a têm utilizado.

Minuchin⁴⁶ numa série de 50 casos de anorexia, tratados em sessões semanais de terapia familiar, de início, e posteriormente em psicoterapia individual para a doente e marital para os pais, com a duração média de seis meses, publicou resultados positivos (sintomáticos e de integração psicossocial) em cerca de 86% das doentes.

Estes resultados do grupo de Minuchin foram criticados por não permitirem a avaliação da eficácia da terapia familiar. A simultaneidade da abordagem familiar e individual não possibilita a comparação dos dois métodos.

Russel *et al.*⁴⁷ estudaram uma série de 57 doentes com anorexia nervosa que aleatoriamente foram tratadas com terapia familiar e terapia individual. Depois de um ano de tratamento foi feita a avaliação tendo por base o peso corporal, a função menstrual e escalas de avaliação específicas para a anorexia (Morgan e Russel). Os resultados mostram que as doentes seguidas em terapia familiar têm uma melhor evolução do que as seguidas em terapia individual, principalmente nos casos em que a doença tinha começado cedo e ainda não tinha atingido a fase crónica.

REFERÊNCIAS

- ANDERSEN, A. (1985), *Practical Comprehensive Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia*, The Johns Hopkins University Press, pág. 55.
- GAMEIRO, J., *Epistemologia da Psiquiatria*, dissertação de doutoramento.
- GARFINKEL, P. e GARNER, D. (1982), *Anorexia nervosa, a multidimensional perspective*, Brunner/Mazel.
- LAESSLE, R. *et al.* (1987), «Major affective disorder in anorexia nervosa and bulimia», *British Journal of Psychiatry*, 151, 785-789.
- LASEGUE, C. (1893), «De l'anorexie hystérique», *Arch. Gen. de Med.*, 385.
- MINUCHIN, S. *et al.* (1978), *Psychosomatic families, anorexia nervosa in context*, Harvard University Press, Cambridge, Mass, pág. 59.
- RUSSEL, G. *et al.* (Dec. 1987), «An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa», *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 44, págs. 1047-1056.
- SAMPAIO, D., Comunicação pessoal.
- SAMPAIO, D. e Galvão-Teles, A., Comunicação pessoal.
- SAMPAIO, D. e Gameiro, J. (1985), *Terapia familiar*, Ed Afrontamento, 72-78.
- SARGENT, J. *et al.* (1985), «Family therapy for anorexia nervosa», in *Anorexia nervosa & bulimia*, edit. Gardner e Garfinkel, The Guilford Press, pág. 264-265.
- SELVINI PALAZZOLI, M. (1989), «L'anorexie mentale dans une perspective systémique», *Thérapie familiale*, vol. X, nº 2.

45 Sargent, J. *et al.*, «Family therapy for anorexia nervosa», in *Anorexia Nervosa & Bulimia*, edit. Gardner e Garfinkel, The Guilford Press, 1985, pág. 272.

46 Minuchin, S., *op. cit.*, págs. 131-138.

47 Russel, G. *et al.*, «An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa», *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 44, Dec. 1987, págs. 1047-1056.

- SELVINI PALAZZOLI, M. (1977), «La famiglia anoressica e la famiglia schizofrenica: uno studio transazionale», *Terapia familiare*, nº 1.
- SELVINI PALAZZOLI, M. (1974), *Self-starvation*, London, Chaucer Publishing Co. Ltd.
- SELVINI PALAZZOLI, M. e VIARO, M. (June, 1988), «The anorectic process in the family: a six stage model as a guide for individual therapy», *Family Process*, Vol. 27, nº 2.
- SHEEHAN, H. L. (1937), «Post-partum necrosis of the anterior pituitary», *J. Path. Bact.* 45: 189-214, cit. em Andersen, A., *Practical Comprehensive Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia*, The Johns Hopkins University Press, 1985.
- WEBB, W., «A clinical review of developments in the diagnosis and treatment of anorexia nervosa and bulimia», *Psychiatric Medicine*, Vol. 6, nº2.
- WHITAKER *et al.*, *Anorexia nervosa: the hospital role in family therapy*, comunicação pessoal.
- WOOD, B. *et al.* (December, 1989), «The Psychosomatic family model: an empirical and theoretical analysis», *Family Process*, vol. 28, nº 4.
- MORTON, R. (1964), *Physiologica: or, A Treatise of Consumptions*, London, Smith and Walford, pp. 4-10.

RESUMO

No presente artigo, o autor, após proceder a uma caracterização da anorexia mental em termos históricos, diagnósticos, epidemiológicos e etiológicos, revê os modelos de terapia familiar aplicada ao tratamento da anorexia, apresentando uma proposta detalhada de intervenção psicoterapêutica de base familiar. Esta intervenção contempla as fases inicial, intermédia e terminal.

ABSTRACT

In the present article, the author, after having characterised anorexia mental in historical, diagnostic, epidemiological and aetiological terms, reviews some family therapy models applied to this disorder, and advances a detailed therapeutic approach within the family therapy framework. Such therapeutic proposal addresses all the phases of the process: initial, intermediate and final.