

Reacções Emocionais dos Pais de Doentes com Perturbações de Comportamento Alimentar

Filipe Barbosa

Resumo

As doenças de comportamento alimentar (DCA) são fonte de sofrimento psicológico quer para os doentes quer para as famílias. O impacto destas doenças pode alterar significativamente a dinâmica e os ritmos de uma família. A aceitação e adaptação à doença e ao seu tratamento é um processo difícil e angustiante para o doente e para os pais que acompanham de perto esta situação. É fundamental providenciar apoio psicológico aos pais, uma vez que a sua vida muda radicalmente, e acabam por ter de lidar com situações de elevada natureza ansiogénica. Perante os comportamentos disruptivos dos doentes, os pais respondem emocionalmente de diversas formas. Ajudar os pais a devolver uma resposta adequada e contentora são objectivos do apoio psicológico. Um grupo para pais é uma forma de combater os comportamentos patológicos e, por vezes, desesperados que alguns pais adoptam. As reacções emocionais são espontâneas, e por vezes, impulsivas, podendo levar a mais sofrimento, mais desarticulação e a mais distância entre pais e filhos. É importante ajudar os pais a lidar com os sentimentos que emergem, elaborando-os e compreendendo-os. O objectivo deste grupo é melhorar a relação entre pais e filhos e ajudar as famílias a restabelecerem um novo equilíbrio, aliviando o sofrimento psicológico dos doentes e pais.

Palavras-chave: Comportamentos disruptivos; doença comportamento alimentar; emoções; pais.

Abstract

Eating disorders may lead to psychological distress both for the patients and for his parents. The impact of these diseases may significantly modify the homeostasis and the rhythms of a family. The acceptance and adaptation to the disease and its treatment it is a difficult and a distressing process for the patient and its parents, which monitor closely the situation. It is essential to provide psychological support to parents, as their life changes dramatically, and end up having to deal with high distressing situations. Given the disruptive behaviours of patients, parents respond emotionally in different ways. The objectives of the psychological support are, help these parents to reply in a more appropriate and contained way, as well to provide psychological support to them. A psychotherapeutic group for parents it is a way to help them to deal with the pathological and desperate behaviour adopted by some parents, in this stressful situation. The emotional reactions are spontaneous and sometimes impulsive, and may lead to more suffering, more dislocation and more distance between parents and children. It is important to help parents to deal with the feelings that may emerge, understanding and elaborating them. The purpose of this psychotherapeutic group is to improve the relationship between parents and children and to help the families to restore a new balance, relieving the psychological suffering of patients and parents.

Keywords: Disruptive behaviours; eating disorders; emotions; parents.

INTRODUÇÃO

O impacto de uma doença de comportamento alimentar (DCA) no seio de uma família é, muitas vezes, um acontecimento disruptivo e perturbador (Bliss e Branch, 1960; Bruch, 1973; Morgan e Russell, 1975).

A forma como a família lida com este impacto depende de vários factores: factores individuais, circunstâncias da família, aconselhamento profissional, experiências passadas e a resistência dos filhos (Honey & Halse, 2006).

A dificuldade em aceitar o diagnóstico da doença pode ser uma barreira difícil para a família, podendo levar à negação da doença ou da necessidade de tratamento. É importante perceber a dificuldade dos pais na aceitação da doença e útil explorar o que significa para estes pais terem uma filha com DCA, o que sabem sobre estas doenças, se já tiveram contacto com estas doenças no passado, bem como perceber quais as repercussões, reais ou fantasiadas, que esta doença pode ter na vida dos pais, do casal e da família.

Os pais que têm filhos com DCA apresentam, geralmente, níveis muito elevados de sofrimento psicológico (Honey & Halse, 2006; Holtkamp *et al.*, 2005; Treasure *et al.*, 2001; Haigh e Treasure, 2003), apontando-se como factores de sofrimento: a imprevisibilidade da doença, a falta de controlo dos sintomas, e os efeitos debilitantes e desfigurantes (Folkman *et al.*, 1994).

Perante uma DCA, os pais poderão adoptar padrões de comportamento desadequados e disruptivos que emergem das suas reacções emocionais quando confrontados com o diagnóstico, conduzindo a um sofrimento psíquico. A gestão e elaboração do sofrimento é um processo atribulado e difícil. Neste artigo procura-se descrever e compreender as reacções emocionais, os padrões de comportamento e o sofrimento psíquico vivenciado pelos pais.

Sentimentos e Reacções dos Pais

Os pais sentem uma grande variedade de emoções e sentimentos, devido aos comportamentos patológicos dos filhos, decorrentes da doença. A gestão destas emoções e sentimentos é de difícil manejo e modulação, e por isso, adoptam comportamentos e posturas disruptivas como consequência desta interacção.

Figura 1: Sentimentos e Comportamentos

	Sentimentos	Comportamentos/ Reacções
Núcleo Depressivo	Culpa Fatalismo Tristeza/Abatimento Impotência	Sobreprotecção Distância Afectiva/Abandono Desistência
Núcleo Ansioso	Ansiedade/Angústia Medo Desespero	Intrusão Incoerência/ Arbitrariedade
Núcleo Narcísico	Vergonha Fracasso Revolta/Raiva	Culpabilização Conflitos Inter e Intrapessoais Agressividade (Física e Psicológica)

Desde o diagnóstico da DCA, passando pelo tratamento, pela remissão de sintomas, pelas recaídas e mais tarde a cura ou a cronicidade, a panóplia diversificada de sentimentos é dinâmica e adaptável à fase da doença. Deste modo, não existe um processo rígido e imutável de como vão ser as reacções emocionais e comportamentos dos pais.

Relativamente aos sentimentos, consideraram-se três núcleos: ansioso, depressivo e narcísico.

O núcleo ansioso remete para o medo, ansiedade e desespero, para uma antecipação de um futuro negro e negativo. A preocupação com a situação actual e futura dos filhos pode potenciar muitas fantasias e inquietações, emergindo a angústia.

O núcleo depressivo remete para as temáticas de abatimento ou desistência, em que se observa um fatalismo, que dificulta uma reacção proactiva e eficaz em relação às dificuldades dos filhos.

O terceiro núcleo, narcísico, encontra-se relacionado com o fracasso, com o sentimento de falha. Uma temática difícil de gerir e de admitir, podendo agravar os comportamentos disruptivos.

Os elevados níveis de **ansiedade** que estes pais vivem no dia-a-dia acabam por ser uma sobrecarga emocional difícil de lidar. Esta ansiedade acaba por estar ligada intimamente com o **medo**, de que algo de grave afecte a saúde dos filhos, se cumprem a dieta prescrita, se cometem algum acto irrefletido e impulsivo.



A altura das refeições é dos momentos do dia mais perturbadores e indutores de stress, gerando uma tensão emocional, potencialmente, incapacitante. Assim, a intrusão na vida dos filhos pode ser uma consequência desta natureza de sentimentos, procurando controlar a sua vida, entregando-se a um trabalho de “detective” seguindo cada passo dado, acabando por viver as suas. Frequentemente, adoptam uma postura de desconfiança e descrédito em relação aos filhos.

Estes comportamentos têm como finalidade, minimizar danos e protegê-las do sofrimento psíquico, no entanto, acabam por asfixiá-las e promover a dependência afectiva e funcional.

O **medo** e o **desespero** podem incitar a comportamentos **incoerentes** ou arbitrários, em resposta aos comportamentos confusos e desconcertantes dos doentes. Deste modo, os pais podem compreender, criticar ou ignorar os comportamentos destes. Esta conduta imprevisível, pode levar a um estado de confusão e desorganização nestes. Muitas vezes, esta incoerência já existia antes da doença, e o diagnóstico da doença agrava esta situação, porque os filhos não sentem segurança e estabilidade por parte dos pais, e ficam mais vulneráveis.

O medo e a ansiedade geram intensos sentimentos de angústia, conduzindo ao isolamento e a um mal-estar acentuado.

Com o decorrer do tratamento a grande maioria tem períodos em que sente **impotência** em relação à doença. Os comportamentos disruptivos dos doentes são muito difíceis de compreender e de gerir, levando-os à **desistência**, que pode potenciar um bloqueio emocional e racional que coíbe a pessoa de procurar soluções adequadas para os problemas que enfrenta. Assim, continuamente, não sabem o que fazer, acabando por ficar, em parte, bloqueados, não conseguindo alcançar soluções para os problemas. Sentem que tudo o que fazem é inútil e não tem um efeito eficaz, potenciando visões pessimistas sobre o curso da doença e não antecipam mudanças significativas. A consequência, frequentemente, são sentimentos de fracasso, quer no manejo de algumas situações, como na educação dos filhos.

A **tristeza** e o abatimento são habitualmente expressos, impelindo-os, algumas vezes, a sentimentos de **desistência**, não escrutinando uma solução para estes problemas. A desistência caracteriza-se por uma postura de abatimento, em que os pais

nem falam sobre o futuro, apenas deixam de acreditar, e sentem que não há mais nada para lutar.

O **fatalismo** é outro aspecto que se observa nestes pais, podendo conduzir a uma **distância afectiva** e, às vezes, a um abandono de uma postura de luta. “Quando se sente que a batalha já está perdida, opta-se por não lutar, abandona-se o campo de batalha”. Os pais acabam por se distanciar afectivamente, podendo estar presentes fisicamente, mas não disponíveis, e acabam por adoptar uma postura efectivamente abandonica, com forte repercussão nos filhos.

Nos momentos iniciais é habitual que os pais se **culpem** pela doença. Frequentemente surgem revisões sobre a sua vida, sobre a educação e desenvolvimento dos filhos, procurando respostas sobre a doença. Sentindo que falharam na educação, no seu papel paterno. Por um lado, esta tentativa de reflexão sobre o passado pode ser positiva, ao se procurarem directrizes para o futuro, novas soluções e novas formas de agir. No entanto, pode tornar-se num discurso culpabilizante e bloqueador, amputando a capacidade de pensar dos pais e a sua resolução de problemas. Por exemplo, se houver apenas um foco no que deviam ter feito de diferente no passado, acabam por ficar presos em pensamentos que os poderão levar a um impasse, encurralados num passado hipotético, sem reacção perante um presente e sem rumo para o futuro.

Uma consequência dos sentimentos de culpa é a **sobreprotecção**, um dos comportamentos mais adoptados: agora que estão frágeis têm de ser protegidos, acabando por haver um exagero e um excesso, chegando inúmeras vezes à intrusão, não respeitando limites importantes para a autonomia e privacidade. Este comportamento, usualmente, é usado para “reparar” as falhas do passado, como pais.

Os sentimentos de **revolta** emergem repetidamente, nas fases iniciais, relacionados com o “azar” de algo desta natureza ter acontecido na família. Esta revolta não tem objecto, nem objectivo, é uma revolta contra a “vida”. Mas noutras vezes a revolta expressa-se contra os filhos, levando à agressividade física ou psicológica. A primeira é menos frequente, implicando um descontrolo, mas a segunda surge muitas vezes, com ataques ao narcisismo dos filhos, diminuindo-as, desvalorizando-as, afectando a sua auto-estima. A expressão da agressividade pode ser explícita, ou implícita, sendo, dessa forma, menos clara e mais destrutiva.



A **raiva** é um sentimento comum difícil de lidar e de exprimir, mas que, frequentemente só é expresso tardiamente. Não é o mesmo que revolta, podendo ter faces semelhantes. É mais direccionada para os doentes e para os seus comportamentos disruptivos, induzindo, também, à agressividade física ou psicológica.

Muitas vezes encontra-se associada à culpa. Porque é que é difícil ultrapassar este sentimento? Se, por vezes, tentam anular a raiva, escotomizando-a do pensamento, outras vezes conduz a conflitos infinitos e pouco produtivos, com discursos culpabilizantes e violentos.

O sentimento de **fracasso** é comum, e difícil de gerir, uma vez que os pais sentem como se tivessem falhado, afectando-os narcisicamente. Esta “ferida” leva a uma diminuição narcísica, que pode potenciar conflitos intra e interpessoais. Os comportamentos disruptivos dos doentes podem ser interpretados como uma evidência do seu fracasso, deixando-os perturbados e incomodados, acabando, habitualmente, por entrar em conflito com os filhos, e com as pessoas que os rodeiam, destes conflitos emergem os discursos culpabilizantes, podendo ser muito agressivos e destrutivos.

Um aspecto delicado nestas doenças é a **vergonha**. Muitos dos pais acabam por sentir vergonha da doença, considerando um estigma social e algo que afecta a sua imagem social. Estas doenças acabam por “atacar” a sua auto-estima, uma vez que os doentes têm problemas na alimentação, uma das funções dos pais. Assim, a um nível simbólico existe um “ataque” ao seu papel paterno, acabando por se sentirem maus pais ou pais que não são totalmente capazes de cuidar de um filho. Esta diminuição da auto-estima acaba por os deixar com menos capacidades e meios para ajudar os doentes a ultrapassarem a doença.

A diminuição narcísica é difícil de aceitar e de viver e, por vezes, preferem evitá-la, ou mesmo negá-la. O problema é que esta “ferida continua aberta e ainda não sarou”, isto é, continua a afectar os pais, impelindo um sofrimento psíquico intenso.

Gestão das dificuldades

De uma forma geral, esta panóplia de sentimentos podem levar à impotência, habitualmente pela intensidade dos próprios sentimentos, acabando por ficarem absorvidos pelos mesmos, bloquea-

dos a um nível racional. Por outro lado, sentimentos ambivalentes, como por exemplo a irritação com as atitudes dos filhos, e também a tristeza por perceberem o que sofrem, condoa a que se sintam pouco capazes e com poucos recursos para lidar com estas situações.

Os pais estão sobrecarregados, desgastados e em sofrimento, perante um conjunto de sentimentos, dificuldades, medos, dúvidas e queixas. Deste modo, a “desintoxicação” e “digestão” destes sentimentos, ideias e pensamentos disruptivos é uma meta importante de alcançar. Esta estratégia tem como objectivo facilitar a elaboração dos sentimentos e uma melhor adaptação à doença.

O papel dos pais nos tratamentos destas doenças é fundamental para a boa evolução dos doentes (Dare et al., 1994; Eisler et al., 1997, 2000; Russell et al., 1987; Dodge et al., 1995; Robin et al., 2001; Nielsen e Bara-Carril, 2003; Lemmon e Josephson, 2001). Desta forma é fundamental que as suas dúvidas, medos, crenças e sentimentos sejam compreendidas, e ajudar os pais na adopção de estratégias mais eficazes e melhores formas de estarem e de comunicarem.

1 – A compreensão e expressão dos sentimentos, ajuda-os a integrar melhor a erupção emocional que produz um sofrimento psicológico, e que, poderá levar a um colapso racional, impedindo a imersão de novas soluções e de estratégias de lidar com a doença. Se os pais estiverem submersos pelos sentimentos, terão uma maior dificuldade em desempenhar um papel de “porto de abrigo”, de contenção e ajudar os filhos da melhor maneira.

Os doentes, frequentemente, sentem a necessidade deste “porto de abrigo” estável, constante e coerente, uma entidade disponível, presente, atenta e firme, capaz de as apoiar e ajudar a ultrapassar as dificuldades encontradas.

2 – A compreensão de que os comportamentos disruptivos dos doentes, potenciam posturas e comportamentos desadequados nos pais. Assim, a detecção e identificação destes comportamentos e posturas dos pais, com ou sem a ajuda dos técnicos, pode ser um passo muito importante.

a) É relevante avaliar a eficácia e finalidade destes comportamentos, isto é, se os filhos reagem bem a esta postura? Melhoram?

b) É útil reflectir sobre quais as estratégias de intervenção com os filhos, isto é, que comportamentos têm sido mais bem aceites, e que são efi-



cazes, no sentido de obter melhoras, quer a nível sintomático (aumento de peso, redução da frequência do vômito) e do bem-estar emocional.

c) É fundamental adoptar novas posturas eficazes perante os doentes. Estas posturas são específicas de cada relação individual entre um pai/mãe e um filho, tendo de ser ajustadas ao longo do tempo. Em que a finalidade seria o bem-estar da relação e dos intervenientes. Sampaio (2006), “ao mesmo tempo que os pais se adaptam às mudanças dos filhos, reavaliam muitas vezes as suas vidas passadas e redefinem objectivos face ao futuro (...)”, sublinha a importância da reflexão sobre novas estratégias com os filhos.

3 – A distinção entre os aspectos positivos dos aspectos disfuncionais dos doentes. Habitualmente, observa-se uma dificuldade em visualizar aspectos positivos dos filhos, reconhecer as qualidades e as melhoras e projectar um bom futuro. A visão fatalista e, algumas vezes, irreversível da vida dos filhos é, usualmente, um problema difícil de resolver. Tudo é negativo, as melhoras nunca são suficientes, estão sempre insatisfeitos com os filhos, nada do que fazem é reconhecido ou apreciado, desvalorizando o que alcançaram, acabando por potenciar os aspectos doentes dos mesmos. As fantasias que os pais têm em relação aos filhos, à doença, e de que forma a doença influencia a sua vida pode ser uma variável muito importante. Estas são um “inimigo invisível”, que pode aprisioná-los numa representação que não corresponde à realidade, bloqueando e impedindo a contemplação de novas representações, de soluções salutares e de outros horizontes.

4 – A reflexão sobre o estado da situação da doença, avaliando todo o processo (as evoluções, melhoras e as recaídas), pode ser uma estratégia importante para se ter uma visão mais abrangente de um todo, e não haver apenas um enfoque em situações do dia-a-dia, ou de um episódio traumático e perturbador.

5 – O restabelecimento de canais de comunicação. As dificuldades de comunicação estão presentes em todas as relações interpessoais, quer do foro pessoal, social ou profissional. Referindo-se à comunicação na família, Bouça (1997) afirma “o mais difícil para os pais é talvez a dificuldade de comunicação que os jovens trazem para a vida na família, como se criassem um mundo à parte, sem lugar para os adultos”.

Em situações de ameaça e de tensão emo-

cional, como o contexto vivido por estas famílias, as dificuldades agravam-se e, habitualmente, o conteúdo das mensagens é mal percebido pelos receptores, podendo, assim, gerar-se inúmeros mal entendidos.

Sampaio (2006) afirma “numa família em crise, dominada pela comunicação distorcida e paradoxal, não há vencedores nem vencidos: só uma mudança partilhada poderá ultrapassar o momento disfuncional e levar o agregado familiar a um novo nível de entendimento (...)”.

Os pais têm dificuldade em compreender o ponto de vista dos doentes, particularmente os núcleos patológicos da doença, e estas sentem-se incompreendidas pelos pais, e consecutivamente, agredidas por eles. É fundamental restabelecer bons canais de comunicação entre a família.

Continuamente, a comunicação, com os filhos, foca-se em comida, peso e refeições e deixando de parte os temas de conversação normais em todas as famílias. Este foco pode levar a um círculo rígido e fechado, em que não há expansão, nem alternativas. Assim, a mudança demora a surgir, mantendo-se a situação imutável, propagando o sofrimento psíquico dos pais e dos doentes.

Nesse sentido, pretende-se que haja uma expansão, com novos temas de conversação e adoptar outras formas de comunicação, surgindo uma linguagem mais afectiva, isto é restabelecer canais de comunicação.

Os sentimentos de impotência perante a falta de comunicação com os pais é um dos temas mais debatidos, acabando por procurar no profissional de saúde (o elemento forte e com experiência) “o farol para sair do nevoeiro”. Quando não lhes são dadas as respostas que desejam ou que fantasiavam ser importantes, ficam, usualmente, ansiosos e revoltados. Mas, geralmente, não falam ou expressam o que estão a sentir, potenciando estes sentimentos.

As queixas em relação aos profissionais de saúde são frequentes: não têm formação, ou não os ajudam ou não fazem o suficiente pelos filhos (Winn *et al.*, 2004). São aspectos que têm de ser compreendidos e abordados, procurando perceber que conteúdo latente está por detrás destas queixas.

Relativamente à comunicação entre pais e técnicos, é fundamental ouvir as queixas dos pais, e perceber o seu significado, compreendendo e empatizando com o seu sofrimento, e devolvendo aos pais esta compreensão, com o intuito de uma maior

integração e elaboração das emoções e preocupações que sentem.

Apoio aos Pais: o papel do grupo de Famílias

Devido ao sofrimento psicológico sentido por estes pais, as equipas que trabalham com estas patologias têm desenvolvido estruturas para lhes dar apoio a nível: individual, de casal, familiar e grupos de apoio.

Os grupos são específicos para estas patologias, e visam a adaptação e aquisição de uma nova postura perante os comportamentos disruptivos dos doentes.

Tem como objectivo abordar temáticas frequentes das DCA e desenvolver uma maior compreensão sobre estas doenças e como lidar com elas.

Através da inter-ajuda combate-se o isolamento social, os pais acabam por perceber que não estão sozinhos e que existem outros que sentem o mesmo, e que se deparam com as mesmas dificuldades, dúvidas e incertezas.

As principais temáticas abordadas nestes grupos são:

a) Os medos mais frequentes, nomeadamente:

Da **situação crónica**, algo comum e inquietante. A procura de informação, frequentemente, conduz a ideias confusas, à má interpretação dos conteúdos e ao aumento das dúvidas. Aliado com o contacto com outras famílias na mesma situação, sentindo o mesmo desespero e ansiedade, é usual que pensem que os doentes não vão conseguir ultrapassar este problema.

A **morte** e o suicídio são dois aspectos angustiantes e perturbadores que não estão directamente relacionados. A passividade dos filhos a fixação nos sintomas (vomitar, uso de laxantes, restrição alimentar, etc...) e a persistência em comportamentos disruptivos, incita a que temam por um destino trágico para os mesmos. Outras vezes, algumas têm comportamentos de automutilação, o que leva os pais a fantasiar sobre o suicídio, embora muitas vezes esse medo não se baseie em fantasias mas no discurso dos filhos.

O **conflito com os filhos**, é, frequentemente, evitado, ficando os pais aterrorizados com os possíveis efeitos destes conflitos, fantasiando que estes podem ser indicadores de um mau prognóstico, sinal de um retrocesso a nível do tratamento, e agravamento fatal da doença. As ideias pré conce-

bidas sobre a gestão de conflitos são um aspecto a explorar, podendo ter uma influência determinante na forma como vão lidar com os filhos. A dificuldade em regular os conflitos é, habitualmente, acentuada e desgastante, consumindo-se energia e tempo procurando evitá-los.

Alguns autores debruçaram-se sobre a necessidade e no papel dos limites na educação dos jovens. Citando Bouça (1997) “(...) é muito importante que haja regras e princípios na família, consistentes, bem conhecidos e aceites por todos, porque a sua ausência gera insegurança e desprotecção”, também Sampaio (2006) reforça esta postura por parte dos pais “o apoio firme dos pais, desde a infância até à adolescência, exprime a continuidade de uma vinculação positiva e estruturante (originada na infância precoce) e fornece o necessário ambiente sereno para a posterior saída de casa”.

Devido ao impacto que este diagnóstico tem nos pais, sentem-se abandonados e sozinhos neste processo. Não sabendo como actuar, nem o que fazer. O medo é um sentimento que bloqueia, conduzindo a um “congelamento” da pessoa, sentindo-se com menos capacidades para reagir e para se adaptar à nova realidade.

Durante este processo de doença e de tratamento, os pais experimentam múltiplas dificuldades na relação com os filhos e com a doença.

A grande maioria queixa-se da parte doente e da dificuldade dos doentes e da dificuldade em lidar com este núcleo. Os comportamentos patológicos são, habitualmente, incompreensíveis e destabilizadores, conduzindo, frequentemente a reacções emocionais intensas e ambivalentes.

b) A **dificuldade na compreensão** da vida mental dos filhos é marcada. Os pais dedicam muito tempo reflectindo e procurando respostas. Usualmente, têm ideias interessantes, congruentes e correctas sobre o sofrimento dos doentes. Bouça (1997) refere “estes comportamentos de instabilidade reflectem a reorganização possível que os adolescentes fazem do seu mundo interno, enquanto vão testando as suas capacidades e procurando respostas para as suas dúvidas”, neste sentido, também os filhos procuram algo, e talvez, por esse motivo pode ser tão complicado para os pais perceberem e compreenderem o que estes estão a sentir e estão a pensar.

Os pais constataam, frequentemente, uma dificuldade dos filhos em se tornarem **autónomos**,



adultos e assumirem responsabilidades. Consecutivamente relatam uma regressão por parte dos filhos, chegando mesmo a caracterizá-los como crianças, ávidas de afecto e de colo. Fala-se, assim, de uma dependência, mais a um nível emocional do que funcional, porque a grande maioria destes filhos são capazes de estudar ou de trabalhar, a um nível cognitivo e intelectual são conhecidas e reconhecidas capacidades, mas a um outro nível parecem altamente dependentes e apresentam acentuadas dificuldades em gerir as situações.

c) A **comunicação** e **exteriorização** dos afectos são outros aspectos identificados como uma dificuldade. Relativamente à discriminação e à compreensão do que sentem, ou do que ocorre a nível afectivo e emocional.

d) O **controlo dos impulsos** é outro obstáculo relatado pelos pais, que aparece relacionado com o baixo limiar à frustração. Perante uma contrariedade, os doentes reagem de forma disruptiva, não conseguindo ultrapassar o problema, ficando quase bloqueadas, como se tivessem um handicap.

e) A dificuldade nas **relações interpessoais** e na **vida social** são outros aspectos referenciados. O isolamento social é um dos problemas que mais aflige os pais. Bem como a dificuldade em estabelecer relações profundas e estruturadas com os outros, quer a nível de amizade, como de relações amorosas.

f) A **tensão familiar** é outra dificuldade apontada pelos pais. As relações entre pais e filhos, usualmente, geram tensão, devido a ideais, representações e opiniões diferentes. Este conflito de gerações é algo comum em várias famílias, mas quando existe uma situação de DCA, observa-se um aumento exponencial desta tensão. A vivência emocional é potenciada e os conflitos irrompem com maior facilidade e frequência. Reflectindo sobre conflitos, Sampaio (2006) afirma “mesmo quando os conflitos em casa atingem dimensões preocupantes, são em regra transitórios e não se traduzem por comportamentos anti-sociais fora da esfera doméstica”, e sublinha a importância dos confrontos, como sendo fundamentais para o desenvolvimento, surgindo em várias fases da vida das pessoas.

Ajudar os pais a compreenderem o mundo dos filhos parece ser algo fundamental, podendo desmistificar algumas ideias, dúvidas e crenças, bem como proporcionar uma ligação mais estreita e de qualidade com os mesmos. Citando Sampaio (2006),

“compete aos pais aceitar, respeitar e conhecer as diferenças entre os filhos e aguardar o momento mais propício para uma conversa”, vincando a importância da disponibilidade para aceitar novas ideias, para compreender o ponto de vista dos filhos (Bouça, 1997).

Conclusão

Uma DCA é um acontecimento de vida difícil e que desempenha uma ameaça quer para o doente e para os familiares mais próximos. Todos os envolvidos neste processo apresentam um elevado nível de sofrimento psicológico.

A atitude activa dos pais no tratamento é um factor de bom prognóstico. No entanto, este envolvimento pode ser disruptivo, sendo por isso importante adequar as estratégias de intervenção para cada doente.

As dificuldades dos pais podem desempenhar um papel determinante no curso e evolução das doenças dos filhos, porque, muitas vezes, têm uma função bloqueadora, impedindo que surja um processo de mudança.

A necessidade de partilharem o que sentem e de desintoxicar alguns sentimentos negativos pode ser um factor determinante na boa adaptação destes pais às doenças.

Devido ao estado de vulnerabilidade e fragilidade dos filhos é importante que os pais, adoptem uma postura baseada na estabilidade, disponibilidade e coerência, de forma a constituírem-se como um porto de abrigo seguro.

A necessidade de uma reestruturação no ambiente familiar, promovendo mudanças a diferentes níveis, pode ser um factor crucial e positivo na boa evolução das doenças.

Em muitas situações é importante uma intervenção dos profissionais de saúde junto destes familiares para ajudá-los a ultrapassarem este problema, sendo a participação em grupos de apoio uma das estratégias de ajuda relevantes.

Referências

- Bliss EL, Branch CH. Anorexia Nervosa: Its History, Psychology, and Biology. New York: Hoeber, 1960.
- Bouça D. Madrugada de lágrimas. Porto: Edinter, 1997.
- Bruch H. Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa, and the Person Within. New York: Basic Books; 1973.
- Dare C, Le Grange D, Eisler I, Rutherford J. Redefining the psychosomatic family: Family Process of 26 eating disorder families. *International Journal of Eating Disorders*, 1994; 16, 211-226.
- Dodge E, Hodes M, Eisler I, Dare C. Family therapy for bulimia nervosa in adolescents: An exploratory study. *J Fam Ther*, 1995; 17:59-77.
- Eisler I, Dare C, Russell GF, Szukler G, le Grange D, Dodge E. Family and individual therapy in anorexia nervosa: a year follow-up. *Arch Gen Psychiatry*, 1997; 54:1025-1030.
- Eisler I, Dare C, Hodes M, Russell G, Dodge E, Le Grange D. Family Therapy for Adolescent Anorexia Nervosa: the Results of a Controlled Comparison of two Family Interventions. *J Chil Psychol Psychiatry*, 2000; 41(6): 727-36.
- Folkman S, Chesney M, Christopher-Richards A. Stress and coping in caregiving partners of men with AIDS. *Psychiatric Clinics of North America*, 1994; 17: 35-53.
- Haigh R, Treasure J. Investigating the needs of carers in the area of eating disorders: Development of the Carers' Needs Assessment Measure (CaNAM). *European Eating Disorders Review*, 2003; 11(2): 125-141.
- Holtkamp K, Herpertz-Dahlmann B, Vloet T, Hagenah U. Group psychoeducation for parents of adolescents with eating disorders: the Aachen program. *Eat Disord* 2005; 13(4): 381-90.
- Honey A, Halse C. The specifics of coping: Parents of daughters with anorexia nervosa. *Qualitative Health Research*, 2006; 16(5): 611-629.
- Lemmon CR, Josephson AM. Family therapy for eating disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 2001; 10, 519-542.
- Morgan HG, Russell GF. Value of family background and clinical features as predictors of long-term outcome in anorexia nervosa: four-year follow-up study of 41 patients. *Psychol Med*, 1975; 5(4):355-71.
- Nielsen S, Bara-Carril N. Family, burden of care and social consequences. In J. Treasure, U. Schmidt, & E. van Furth (Eds.), *Handbook of eating disorders* (2nd ed., pp. 191-206). Chichester, UK: John Wiley, 2003.
- Robin AL, Siegel PT, Moye AW, Gilroy M, Dennis AB, Sikand A. A Controlled Comparison of Family versus Individual Therapy for Adolescents with Anorexia Nervosa. *J Am. Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2001; 40(2): 129-30.
- Russell GF, Szukler GI, Dare C, Eisler I. An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*, 1987;44: 1047-1056.
- Sampaio D. *Lavrar o Mar*. Lisboa: Caminho, 2006.
- Treasure J, Murphy T, Szukler G, Todd G, Gavan K, Joyce J. The experience of caregiving for severe mental illness: A comparison between anorexia nervosa and psychosis. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 2001; 36(7): 343-347.
- Winn S, Perkins P, Murray J, Murphy R, Schmidt U. A Qualitative Study of the Experience of Caring for a Person with Bulimia Nervosa. Part 2: Carers' Needs and Experiences of Services and Other Support. *International Journal of Eating Disorders*, 2004; 36: 269-279.

Autor

Filipe Barbosa
Psicólogo, Hospital de Santa Maria

Contactos

Filipe Barbosa
Rua Prof. Armindo Monteiro, bloco 4, 6.º B – 1600-596 Lisboa
Email: filipebarb@gmail.com