

A ARTE DE NUTRIR VÍNCULOS: PSICOTERAPIA DE GRUPO NOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

Élide Dezoti Valdanha

Érika Arantes de Oliveira-Cardoso

Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo,
Ribeirão Preto-SP, Brasil

Rosane Pilot Pessa Ribeiro

Adriana Inocenti Miasso

Sandra Cristina Pillon

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo,
Ribeirão Preto-SP, Brasil

Manoel Antônio dos Santos

Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo,
Ribeirão Preto-SP, Brasil

RESUMO

Este estudo teve por objetivo compreender a experiência de um grupo psicoterapêutico para pacientes diagnosticados com transtorno alimentar (TA). Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com delineamento metodológico de estudo de caso, no qual o grupo é definido como o “caso” a ser investigado. Esse grupo é aberto e composto por pessoas de ambos os sexos. Foram selecionadas três sessões consecutivas, transcritas de memória pela coordenadora após o término dos encontros grupais. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo temática e analisados de acordo com o referencial teórico psicanalítico e da literatura da área. Os principais temas abordados nos grupos foram: as expressões sintomáticas do TA, dificuldades em aderir ao tratamento, conflitos intrafamiliares e resistência à mudança.

Palavras-chave: psicoterapia de grupo; transtornos da alimentação; vínculos.

THE ART OF NURTURING BONDS: GROUP PSYCHOTHERAPY IN EATING DISORDERS

ABSTRACT

This paper aimed to understand the experience of a group therapy for patients diagnosed with eating disorders (ED). It is descriptive and exploratory, defined methodologically as a case study. This group is open and composed of persons of both sexes. Three consecutive sessions transcribed from memory by the coordinator immediately after the end of the group meetings were selected. The collected data were organized through

Valdanha, E. D., Oliveira-Cardoso, E. A. de, Ribeiro, R. P. P., Miasso, A. I., Pillon, S. C., & Santos, M. A. (2014). A arte de nutrir vínculos: psicoterapia de grupo nos transtornos alimentares.

thematic content analysis and analyzed according to the psychoanalytic theoretical framework and scientific literature on the theme. The main topics discussed in the group were: the symptoms of ED, barriers to treatment adherence, family conflicts and resistance to change.

Keywords: group psychotherapy; eating disorders; relationships.

EL ARTE DE NUTRIR VÍNCULOS: LA PSICOTERAPIA DE GRUPO EN LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo comprender la experiencia de terapia de grupo para los pacientes diagnosticados con trastornos de la conducta alimentaria. Se trata de un estudio descriptivo, exploratorio, con diseño metodológico de un estudio de caso, en el que se define el grupo como el "caso" investigado. Este grupo abierto se compone de personas de ambos sexos. Se seleccionaron tres sesiones consecutivas, transcritas de memoria por el coordinador tras el final de las reuniones del grupo. Los datos fueron organizados a través de análisis de contenido temática y analizados de acuerdo con el marco teórico psicoanalítico y la literatura. Los principales temas tratados en el grupo fueron: los síntomas de la conducta alimentaria, dificultad para adherirse al tratamiento, conflictos familiares y la resistencia al cambio.

Palabras clave: psicoterapia de grupo; trastornos de la alimentación; vínculos.

Transtornos alimentares (TAs) são psicopatologias com etiopatogenia multifatorial. São considerados fatores desencadeadores e mantenedores desses quadros: o meio sociocultural (pressão social por um corpo magro e esbelto), a dinâmica familiar (com configurações vinculares vulneráveis e frágeis) e aspectos da personalidade do indivíduo (perfeccionismo, insatisfação, preocupação excessiva) (Chan & Ma, 2004; Oliveira & Santos, 2006; Santana, Ribeiro Junior, Giral, & Raich, 2012).

De acordo com o DSM-V – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (American Psychiatric Association, 2013), os principais TAs são anorexia nervosa (AN) e bulimia nervosa (BN). Os dois transtornos têm como denominador comum o medo patológico de ganhar peso, bem como atitudes inadequadas para que isso não aconteça (restrição alimentar, comportamentos compensatórios) e notável distorção da imagem corporal (Bighetti et al., 2007; Claudino & Borges, 2002; Leonidas & Santos, 2012).

Existem dois subtipos de AN. No *restritivo*, há restrição gradual de grupos alimentares, com períodos longos de jejum, resultando em rápida perda de peso e caquexia. No subtipo *purgativo*, há alternância entre períodos de jejum e episódios de compulsão alimentar, seguidos de comportamentos compensatórios, como a indução de vômitos, uso deliberado de laxantes e diuréticos, e prática de exercícios físicos em excesso (American Psychiatric Association, 2013; Bighetti et al., 2007).

Valdanha, E. D., Oliveira-Cardoso, E. A. de, Ribeiro, R. P. P., Miasso, A. I., Pillon, S. C., & Santos, M. A. (2014). A arte de nutrir vínculos: psicoterapia de grupo nos transtornos alimentares.

De maneira geral, os pacientes relatam que o início dos sintomas aconteceu após exposição a algum fator estressante ou traumático, como comentários sobre seu peso, término de relacionamento amoroso ou perda de um ente querido. Além dos sintomas alimentares, os pacientes podem apresentar funcionamento psicossocial debilitado, com relacionamentos interpessoais empobrecidos (Berge, Loth, Hanson, Croll-Lampert, & Neumark-Sztainer, 2011; Borges, Sicchieri, Ribeiro, Marchini, & Dos Santos, 2006; Leonidas & Santos, 2012; Quiles-Cestari & Ribeiro, 2012).

Os TAs vêm ganhando espaço no cenário científico nacional e internacional. A preocupação por entender melhor essas psicopatologias e o aumento do número de estudos relacionados ao tema podem ser associados com os seguintes fatores: recusa do paciente em procurar ajuda profissional, seja por não admitir que esteja doente ou por considerar que conseguirá superar os sintomas sozinho; necessidade de refinamento da percepção e precisão diagnóstica por parte dos profissionais; as síndromes parciais, ou seja, pacientes que não apresentam o transtorno totalmente desenvolvido por não preencherem todos os critérios diagnósticos; necessidade de desenvolver estratégias interventivas adequadas ao tratamento de pacientes e apoio aos familiares (Assumpção & Cabral, 2002; Borges et al., 2006; Pinzon & Nogueira, 2004).

A relação com a mãe (quase sempre conflituosa, no contexto dos TAs) ora é sentida como intrusiva, ora como uma vivência de intensa simbiose, com perda total dos limites egóicos, como se mãe e filha compartilhassem a mesma pele. Nesse modo de funcionamento psíquico fusional, a mãe não consegue auxiliar no processo de elaboração das angústias arcaicas vivenciadas pela filha. Nesse sentido, o laço primitivo entre mãe e filha permanece inquebrável, dificultando a diferenciação, que promove o desenvolvimento e a individuação. Enquanto isso, os pais se mostram como figuras ausentes, física ou emocionalmente distantes (Lawrence, 2002; Marcos & Cantero, 2009; Ribeiro, 2011).

Ao considerar a complexidade de fatores envolvidos em sua gênese e manutenção, para o tratamento dessa psicopatologia é preconizado acompanhamento multidisciplinar. As abordagens terapêuticas são as mais variadas, abrangendo os aspectos que constituem o quadro clínico dos TAs (Scorsolini-Comin & Santos, 2012). Assim, o tratamento deve contar com profissionais de áreas diversas, como psiquiatria, psicologia, nutrição, enfermagem, terapia ocupacional e nutrologia (Dos Santos, 2006; Silva & Santos, 2006).

Além do tratamento direcionado à pessoa diagnosticada, a literatura nacional e internacional sugere que é necessário oferecer suporte aos familiares (Canetti, Kanyas, Lerer, Latzer, & Bachal, 2008; Latzer, Lavee, & Gal, 2009; Marcos & Cantero, 2009; Tomiyama & Mann, 2008; Sim et al., 2009; Souza & Santos, 2010). A importância central da atenção à família já está bem estabelecida no contexto da assistência aos TAs (Souza & Santos, 2007, 2012; Souza, Moura, Nascimento, Lauand, & Santos, 2013; Valdanha, Scorsolini-Comin, Peres, & Santos, 2013). Os membros familiares geralmente ficam confusos frente às atitudes paradoxais do paciente em relação ao alimento e reagem com estranhamento e perplexidade ao que consideram inexplicável, absurdo ou ilógico no seu comportamento. Na tentativa de reduzirem esse estranhamento, buscam compreender o que está acontecendo, atribuindo diferentes

Valdanha, E. D., Oliveira-Cardoso, E. A. de, Ribeiro, R. P. P., Miasso, A. I., Pillon, S. C., & Santos, M. A. (2014). A arte de nutrir vínculos: psicoterapia de grupo nos transtornos alimentares.

significados ao que vivenciam no cotidiano familiar. Uma intervenção terapêutica grupal pode aproximar pessoas de vários núcleos familiares, em diferentes estágios do tratamento, possibilitando discutir os sintomas, condutas terapêuticas e estratégias de cuidado dentro da família (Cobelo, Saikali, & Schomer, 2004; Espíndola & Blay, 2009; Gazignato, Scorsolini-Comin, Souza, Kazan, & Santos, 2008; Souza & Santos, 2009). Essa troca pode contribuir de forma consistente para aplacar as angústias e promover reflexão sobre as mudanças na dinâmica familiar.

Em relação às pacientes, a estratégia grupal tem se revelado uma ferramenta capaz de mediar mudanças e instilar esperança, sobretudo em contextos de elevado nível de sofrimento (Santos, 2006). Nas últimas décadas, a psicoterapia de grupo começou a ser vista como uma alternativa interessante para o tratamento dos TAs, contrariando a visão sustentada até há pouco tempo, que contraindicava grupo para pacientes que desenvolvem esses sintomas. No início do tratamento, pacientes com TAs tendem a rejeitar a abordagem psicológica, já que não percebem a vertente emocional de sua doença (Santos, 2006). Scorsolini-Comin e Santos (2012), em estudo de revisão de literatura sobre tratamento psicoterápico no contexto dos TAs, encontraram que a maior parte das pesquisas publicadas sobre o tema investiga a psicoterapia de grupo, apontando-a como uma alternativa importante no cuidado prestado aos pacientes.

Entende-se que o enquadre grupal pode funcionar como potencializador de mudanças, que é facilitada pela promoção dos fatores terapêuticos grupais, tais como universalidade, aceitação, aprendizagem por meio do outro, auto-revelação, *insight*, altruísmo e instilação de esperança (Gazignato et al., 2008; Mackenzie, 1997). Esses elementos, alguns deles específicos da abordagem grupal, contribuem para melhorar a condição emocional dos pacientes. Eles podem resultar tanto das ações do terapeuta quanto dos demais participantes, atuando como agentes de mudança psíquica.

Ao considerar esses apontamentos, o presente estudo teve por objetivo compreender a experiência de um grupo psicoterapêutico para pacientes diagnosticados com TAs, inserido em serviço especializado interdisciplinar.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com delineamento metodológico do tipo estudo de caso, sendo o grupo definido como o “caso” a ser investigado. O grupo de apoio aos pacientes (GAP) diagnosticados com TAs é aberto, tem frequência semanal e duração de 1h30. É composto por pessoas de ambos os sexos – com prevalência maciça de mulheres – e de idades e camadas socioeconômicas diversificadas. Este grupo é parte obrigatória do tratamento preconizado pelo Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares, do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (GRATA-HC-FMRP). A equipe multidisciplinar é composta por psicólogos, nutricionistas, nutrólogos, psiquiatra, terapeuta ocupacional, estagiários e residentes. Na época em que o presente estudo foi realizado seguiam em tratamento no GRATA cerca de 24 pacientes e seus respectivos familiares, com

Valdanha, E. D., Oliveira-Cardoso, E. A. de, Ribeiro, R. P. P., Miasso, A. I., Pillon, S. C., & Santos, M. A. (2014). A arte de nutrir vínculos: psicoterapia de grupo nos transtornos alimentares.

retornos em intervalos variáveis (semanal a mensal). Os grupos eram frequentados, em média, por cinco pacientes.

O GAP é coordenado por uma psicóloga e co-coordenado por uma estagiária de Psicologia. Outra estagiária de Psicologia participa das sessões, na condição de observadora silente. Paralelamente, os familiares se reúnem em outra sala, em um grupo de apoio multifamiliar. São mães, pais, maridos e, eventualmente, namorados das pacientes com TAs, que acompanham as pacientes no retorno ambulatorial.

Foram analisados os relatos verbais produzidos durante as sessões, por meio de associação livre e do diálogo entre pacientes e coordenadora, no contexto naturalístico do grupo de pacientes. Foram selecionadas três sessões consecutivas. As sessões foram transcritas de memória pela coordenadora, logo após o término dos encontros grupais, com o auxílio da co-coordenadora e da observadora, com o objetivo de produzir um material mais fidedigno.

Os dados coligidos foram organizados e submetidos à análise de conteúdo temática, seguindo-se os seguintes passos metodológicos recomendados pela literatura (Minayo, 1994, 2012): (1) Pré-análise (leituras flutuantes e exaustivas, organização do material e sistematização de ideias e eixos estruturantes); (2) Exploração do material (categorização de dados que dão origem a unidades de registros, por similaridade dos conteúdos); (3) Tratamento dos dados obtidos e interpretação dos significados dos conteúdos temáticos, com base no referencial teórico psicanalítico e na literatura disponível na área.

Foram tomados todos os cuidados éticos preconizados para a pesquisa que envolve seres humanos. Para preservar o anonimato os participantes serão referidos como P1, P2, P3, e assim sucessivamente. A coordenadora do grupo será identificada pela letra C.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados mostram que os principais temas abordados nas sessões do GAP eram relacionados aos sintomas do TA. No caso de pacientes com AN: restrição alimentar, isolamento social e empobrecimento afetivo. Em relação às pacientes com BN: perda de controle sobre os impulsos, compulsão alimentar e manobras compensatórias visando à eliminação dos excessos cometidos (American Psychiatric Association, 2013). Os temas foram subdivididos em categorias temáticas, com o intuito de propiciar a visualização e compreensão dos dados obtidos a partir dos encontros grupais.

O QUE É O GRUPO? CONHECENDO ESSA ESTRATÉGIA INTERVENTIVA

Em um encontro no qual haviam comparecido apenas três participantes, duas estavam em seu primeiro dia de participação, portanto, no início do tratamento, ao passo que a terceira pessoa se encontrava no extremo oposto, em condição de receber alta

Valdanha, E. D., Oliveira-Cardoso, E. A. de, Ribeiro, R. P. P., Miasso, A. I., Pillon, S. C., & Santos, M. A. (2014). A arte de nutrir vínculos: psicoterapia de grupo nos transtornos alimentares.

naquele dia. Essa última foi convidada pela coordenadora para contar às novas colegas como funciona o “grupo de Psicologia”:

P1: A gente conversa sobre o que a gente quiser. Pode ser sobre o que a gente tá sentindo, se tem alguma coisa incomodando, sobre a nossa família... Enfim, qualquer coisa... (paciente diagnosticada com AN restritiva, 44 anos).

É possível perceber, na fala dessa paciente, que comparecia já havia cerca de 15 anos no grupo, uma legitimação em relação à proposta dos coordenadores, que é criar um clima grupal permissivo, concedendo ampla liberdade em relação ao que poderia ser discutido em cada encontro. Assim, são as próprias participantes que trazem espontaneamente os temas e questões que desejam examinar. De acordo com Zimerman e Osorio (1997), o fenômeno grupal pode ser entendido a partir de características psicológicas dos seres humanos. Nesse sentido, ele não é estático, pelo contrário, é extremamente dinâmico e mutável, de acordo com a combinação de elementos psíquicos que acontece no encontro dos indivíduos. Nesse sentido, oferecer um ambiente seguro e confiável é uma condição *sine qua non* para que as participantes sintam-se estimuladas a se revelarem no grupo.

Em resposta à fala da participante anteriormente mencionada, uma das outras integrantes do grupo, adolescente e iniciante no tratamento, mostrou-se surpresa por ser um grupo “livre”, no qual elas podem selecionar os temas e direcionar a discussão para aquilo que consideram importante de ser compartilhado. Observa-se que novos participantes agem das mais variadas maneiras no primeiro grupo em que comparecem. Alguns são falantes e expõem suas angústias em relação à doença e ao tratamento. Outros mostram-se menos salientes e mais silentes, observadores ainda desconfiados do que estaria acontecendo naquele momento de encontro, de formação de novos vínculos e convite à reflexão sobre o próprio viver. Independentemente da postura adotada, todos os integrantes costumam evidenciar sua surpresa com a pluralidade de ideias e sentimentos que circulam em cada encontro do grupo.

O TRANSTORNO ALIMENTAR: O QUE É ISSO QUE ACONTECE COMIGO?

Quando o grupo acolhe novos membros, recém-chegados ao serviço, a turbulência gerada desestabiliza momentaneamente o funcionamento grupal. Os relatos são permeados de dúvidas, logo colocadas em pauta. Surgem diversos questionamentos direcionados aos coordenadores, relacionados aos aspectos formais do tratamento, como as faltas, horários, locais, consultas individuais, agendamento de retornos. Emergem temas já abordados anteriormente, mas que ainda suscitam angústias e confusões.

Em pacientes que já se encontram em tratamento há mais tempo, é possível observar que emergem, muitas vezes nas entrelinhas, outros questionamentos (Souza, Santos, & Scorsolini-Comin, 2009), como pode ser percebido na fala de uma participante de 16 anos, que se encontrava em sua primeira sessão de grupal:

Valdanha, E. D., Oliveira-Cardoso, E. A. de, Ribeiro, R. P. P., Miasso, A. I., Pillon, S. C., & Santos, M. A. (2014). A arte de nutrir vínculos: psicoterapia de grupo nos transtornos alimentares.

P2: *O que eu mais fico pensando é sobre o porquê isso aconteceu comigo. Assim, eu não acho que meu problema é só com a comida, não. Eu acho que eu tenho um monte de problema e queria saber por que chegou nesse ponto* (paciente diagnosticada com AN do tipo purgativa, 16 anos).

C: *Mais alguém do grupo já pensou sobre isso?*

P1: *Eu concordo com você. Eu acho que a comida é só um jeito da gente mostrar que tem muitos outros problemas. Eu acho que a gente tem dificuldade em relacionamento, problema em aceitar alguma frustração, quando alguma coisa não é do nosso jeito... A gente tem um monte de problema... Quando a gente sofre algum trauma também não consegue lidar* (paciente diagnosticada com AN restritiva, 44 anos).

Em outro encontro grupal as participantes contam da dificuldade inicial em aceitar o diagnóstico e o plano de tratamento proposto pela equipe multiprofissional.

P3: *Quando me falaram que eu estava com anorexia, eu não acreditava. Achava que era doença de adolescente, que gente adulta não tinha. Falava que era gastrite, depressão, qualquer coisa* (paciente diagnosticada com AN, 50 anos).

P4: *Eu só passei a acreditar quando me internaram, aí que eu vi que estava doente mesmo* (paciente diagnosticada com AN, 13 anos)

P5: *Eu até hoje não acho que eu tenho isso [TA]. Fui internada, fiquei dois meses, mas não tô nem aí. Eu não tenho isso [TA]* (paciente diagnosticada com AN, 18 anos).

P6: *Cada um tem seu tempo... Eu também demorei pra aceitar a doença, pra aceitar a ajuda da equipe. Isso foi quando eu vomitei pela primeira vez, que eu vi que estava doente e precisava de muita ajuda* (paciente diagnosticada com BN, 42 anos).

A dificuldade em aceitar o diagnóstico inicial é comum em pacientes com TAs. Frequentemente, a psicopatologia é vivenciada como um “estilo de vida” e não um problema, e a gravidade do quadro, na maioria das vezes, não é consciente ao paciente, ou até mesmo aos familiares (Leonidas & Santos, 2012; Morgan, Vecchiatti, & Negrão, 2002). Isso pode retardar a busca de ajuda, constituindo uma das barreiras que vão complicar o itinerário terapêutico das pacientes e contribuir para a cronificação dos sintomas.

AS RELAÇÕES FAMILIARES: QUEM DEVE ME ACOMPANHAR NO TRATAMENTO?

A descoberta do TA em uma família usualmente causa forte impacto e reações de perplexidade, tanto nos pais e irmãos, quanto na família extensa e no grupo de amigos. Ocorrem mudanças na rotina familiar – por exemplo, nos hábitos de compartilhar as refeições. Ao mesmo tempo, nota-se um crescente envolvimento emocional entre os pais e o filho afetado, o que impõe uma resignificação do cotidiano,

Valdanha, E. D., Oliveira-Cardoso, E. A. de, Ribeiro, R. P. P., Miasso, A. I., Pillon, S. C., & Santos, M. A. (2014). A arte de nutrir vínculos: psicoterapia de grupo nos transtornos alimentares.

da convivência e das relações intrafamiliares (Leonidas & Santos, 2012; Valdanha, Scorsolini-Comin, & Santos, 2013). Na maioria das vezes é a mãe quem acompanha o paciente no tratamento, devido à naturalização da mulher na posição de cuidadora, o que revela uma construção de gênero que fica muito evidenciada no contexto da saúde (Marcos & Cantero, 2009). As relações familiares são temas constantes nas discussões dos grupos, aflorando inclusive nas conversas sobre quem é o acompanhante que o paciente gostaria de levar ao tratamento, como apresentado na vinheta clínica a seguir:

P2: Eu acho que a anorexia tem um pouco de mim, um pouco da minha família. Principalmente da minha mãe, que a gente é muito junta, aí acaba sempre brigando e tendo um monte de problema. Eu já falei um monte de coisa pra ela que hoje eu me arrependo, um monte de coisa pra machucar mesmo. O que eu mais queria [emociona-se e a voz fica embargada] é que ela pudesse entender tudo o que acontece comigo, que ela pudesse entender... (paciente diagnosticada com AN, 16 anos).

C: Você entende o que acontece com você?

P2: Também não...

C: Você sente que sua mãe não entende o que está acontecendo com você, no entanto ela está aqui [no ambulatório] nesse momento. Parece que ela está tentando compreender. É ela quem vem te acompanhando, ela está aqui, interessada em você, em te ajudar. [...] Quem mais você gostaria que viesse?

P2: A minha irmã. A gente também é muito próxima e acho que às vezes ela perde a paciência comigo, sem que eu faça nada. Quem sabe ela vindo aqui, ela também possa me entender?

Nessa outra vinheta clínica, uma paciente de 42 anos, diagnosticada com BN e que está iniciando o tratamento, expõe suas dificuldades em encontrar quem a acompanhe no tratamento em seus dias de retorno, o que é colocada pela equipe como condição obrigatória do tratamento. A paciente evidencia dificuldade em aceitar a importância da participação do familiar no caminhar do tratamento:

P7: Eu vim sozinha hoje (paciente diagnosticada com BN, 48 anos).

C: Por quê?

P7: Não tem ninguém pra vir comigo. O meu marido trabalha, não tem como ele sair. Eu tenho que vir sozinha mesmo.

C: Essa não é uma opção, é obrigatório para poder participar do tratamento a presença de um familiar. O que você acha de chamar outra pessoa?

P7: Não tem jeito, acho que vou abandonar o tratamento mesmo.

C: Parece uma opção bem radical. Acho que podemos tentar pensar em algo juntas, já que você precisa desse tratamento. Será que as outras participantes conseguem pensar numa opção para ajudarmos a P7?

P3: E a sua mãe, ela não pode vir? (paciente diagnosticada com AN, 50 anos)

P7: É muito difícil pra ela vir. Ela também tem as coisas dela, não sei se seria bom... Não quero atrapalhar a vida de ninguém, quem teria que vir é o meu

marido. A minha mãe não acha que precisa vir, porque ela acha que eu não preciso de tratamento. A gente está sempre juntas, acaba batendo muito de frente. Não sei se seria bom ela vir.

Pessoas com AN estão constantemente tomadas por angústia de abandono iminente ou por sentimentos de invasão pelo outro, os quais se alternam de modo recorrente, mostrando a ambivalência vivida nos relacionamentos. A angústia de abandono e os sentimentos de invasão estão relacionados a sensações de vazio ou de transbordamento, respectivamente (Gaspar, 2005; Lawrence, 2002). Isso evidencia algumas das polaridades que regem o funcionamento emocional dessas pacientes, que vivem alternando situações extremas, tais como: uma persistente sensação de insatisfação (ora se queixam do vazio, ora de estarem cheias, oscilando entre extremos, como o nada e o tudo, a carência e o excesso, a impotência e a onipotência. Para se defenderem dessas vivências perturbadoras, as pacientes utilizam mecanismos de defesa radicais, que podem levá-las a reagir com maior abertura ou fechamento nas relações estabelecidas.

Nas vinhetas apresentadas, é possível perceber a fragilidade e porosidade que permeia os vínculos familiares (Dallos & Denford, 2008; Enten & Golan, 2009), patentes na literatura dos TAs. O sintoma pode ser interpretado como tentativa mal sucedida de articular uma resposta aos padrões disfuncionais de interação estabelecidos nas famílias (Soifer, 1980). Os cuidados parentais são vivenciados como invasivos, e as famílias evidenciam dificuldades em dar suporte à criança em seu processo de separação-indivuação e em seus movimentos de exploração do ambiente exterior (Ribeiro, 2011).

Os laços de dependência afetiva existentes entre mãe e filha com AN não encorajam as tentativas de emancipação necessárias para a constituição da autonomia (Lane, 2002; Lawrence, 2002). O relacionamento mãe-filha aparece permeado por sentimentos de amor/ódio/culpa, que aprisionam a díade em torno de um vínculo simbiótico e paralisante. A mãe é apontada como a primeira pessoa a acompanhar a filha no tratamento, porém nem sempre é aquela pessoa que a filha realmente deseja como acompanhante, já que a proximidade muitas vezes é sentida como invasiva, sombria e nebulosa.

O ENCONTRO GRUPAL: “EIS O MELHOR E O PIOR DE MIM...”

Em um encontro do qual participaram três pacientes com sintomas bulímicos (principalmente indução de vômitos), os comportamentos compensatórios foram o eixo principal: “um lado que temos, mas que é obscuro e indesejável quando vivemos socialmente”.

P9: É a primeira vez que eu consigo falar disso aqui, de comer, comer, comer e vomitar. É difícil falar disso, principalmente quando tem alguém que não vomita

também, alguma anoréxica. Parece que você sente que o fracasso é maior ainda. (paciente de 22 anos diagnosticada com AN do subtipo purgativo)

P8: É mesmo, é difícil falar disso. Tô feliz que a gente está conseguindo. Dá vergonha. (paciente diagnosticada com BN, 20 anos)

C: O que envergonha?

P8: Vomitar é sujo, nojento, doentio. Ninguém gosta de vomitar.

P10: É desprezível.

P9: Você não come porque você quer, você come sofrendo, chorando, se dilacerando. E depois vem o vômito para tentar diminuir isso.

C: Penso na busca de uma sensação corporal para tentar diminuir uma tristeza, uma emoção, uma dor interna.

P8: No momento parece que é a única coisa que dá pra fazer. Qualquer coisa que tire a tristeza.

Os momentos de compulsão e purgação são sentidos e narrados pelas pacientes como manifestações descontroladas e humilhantes, que devem ser escondidas, pois geram vergonha e sentimentos de auto-recriminação (Abreu & Filho, 2004). O coordenador deve estar atento às necessidades de expressão das pacientes e conduzir o grupo de modo a promover uma atmosfera permissa, que favoreça a auto-revelação dos membros, permitindo uma releitura acerca de suas vivências por meio da compreensão dos aspectos inconscientes dos recursos de enfrentamento utilizados. A literatura mostra que a modulação da distância ou proximidade afetiva aparece como elemento essencial no relacionamento profissional-paciente, em que o profissional deve saber equilibrar sua postura de uma maneira que seja empático ao sofrimento do paciente, o que possibilita proximidade e a condição de ajuda, mas que também mantenha a distância necessária à manutenção de um relacionamento profissional, para não invadir demasiadamente o espaço da paciente (Souza & Santos, 2013a, 2013b).

Acredita-se que o ambiente protegido do *setting* terapêutico pode facilitar não apenas a expressão dos conflitos psíquicos, como auxiliar, indiretamente, a adesão ao restante do tratamento. Além disso, o coordenador deve assumir um papel ativo dentro do grupo, reforçando positivamente aspectos de enfrentamento adaptativo, valorizando a comunicação franca e aberta, respeitando o tempo e ritmo das necessidades de cada paciente e fortalecendo possibilidades de aliança terapêutica (Santos, 2006). Para Gayotto (2003), o coordenador não é o detentor do saber, mas sim é o guardião do saber produzido pelo grupo.

Para a pessoa diagnosticada com TA, a perda de peso é sentida como uma conquista, um motivo de júbilo pois sinaliza seu triunfo sobre os impulsos, evidenciando seu autocontrole. No sentido oposto, ganhar peso seria um fracasso da autodisciplina, um vacilo imperdoável, um colapso em seu rígido sistema de controle, o que se torna inaceitável para pacientes tão controladoras e perfeccionistas (Fernandes, 2006; Gaspar, 2005).

Na vinheta apresentada anteriormente, as participantes conversam sobre um aspecto de suas personalidades que as envergonha e merece punição. Cabe ao coordenador auxiliá-las a reconhecerem a percepção equivocada que estão tendo da

realidade, ao entenderem que o não-comer é símbolo de *status* e disciplina espartana. É possível auxiliar as pacientes a minimizarem os sentimentos “desprezíveis” que experimentam, ao entrarem em contato com a abjeção que se repete nos episódios diários de vômito, para que elas não busquem inconscientemente a punição por meio da violência corporal autoinfligida.

Ao final do encontro grupal mencionado, como proposta da coordenadora, cada participante foi convidada a pensar e enunciar uma palavra, que representaria, na sua perspectiva, o momento do encontro grupal. Assim, surgiram palavras como: impotência, inclusão e fortalecimento. Foi possível perceber que as participantes se sentiam como partes integrantes do grupo, ativas dentro dele e bem recebidas pelas outras e pela equipe de coordenação, porém os sentimentos de angústia e impotência frente aos sintomas também tiveram espaço para serem vividos e conversados (Bechelli & Santos, 2001a, 2001b).

Pacientes com TAs parecem buscar incessantemente o apoio de alguém que possa ajudá-las nessa travessia pontilhada de sofrimento, mas sem se perder em seu mar de dores. Como se fizessem coro às palavras da cantora e compositora Marisa Monte: “Só não se perca ao entrar, no meu infinito particular”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve por objetivo compreender a experiência do grupo psicoterapêutico para pacientes diagnosticadas com TAs. A análise da experiência do GAP, sob o olhar da coordenadora do grupo, mostrou que o espaço terapêutico grupal é vivenciado pelas pacientes como um importante recurso para o manejo da livre expressão de sentimentos, intercâmbio de experiências e aquisição de *insights* sobre os padrões de relacionamento empobrecidos e estereotipados. Desse modo, a estratégia grupal pode propiciar continência e acolhimento do sofrimento psíquico, além de favorecer a formação de vínculos saudáveis.

Os principais temas abordados nos grupos foram: os significados atribuídos pelas pacientes às expressões sintomáticas do TA, as dificuldades em aderir ao tratamento, os conflitos intrafamiliares e a resistência à mudança. Esses achados têm implicações diretas no manejo grupal realizado pela coordenadora do grupo. Notou-se que uma das tarefas desempenhadas de forma reiterada pela coordenadora foi preservar um clima grupal que possibilitasse que os(as) participantes se apropriem de suas questões emocionais, ao mesmo tempo em que desenvolvam suas habilidades relacionais para aprender com o outro (aprendizagem por intermédio do outro). Para tanto, buscou-se tirar o foco que, tradicionalmente, tende a ser colocado unicamente no problema – seja ele o transtorno/diagnóstico psiquiátrico ou as situações adversas trazidas espontaneamente à discussão grupal, de modo a valorizar os recursos pessoais, que muitas vezes permanecem desconhecidos e, portanto, inexplorados.

Trata-se de um grupo de difícil manejo por parte da coordenação, devido a características específicas das pacientes com TAs, que evidenciam dificuldade em aceitar o tratamento, em especial o tratamento psicológico, pois não se percebem como

pessoas que necessitam de ajuda. A percepção de um mundo interno – permeado por fantasias, sentimentos e dor – é quase inexistente. Assim, a ênfase no “nutrir vínculos” – enquanto sinônimo de “nutrir a vida” – é necessária nesses casos que se negam a atender uma das necessidades humanas mais básicas, que é se alimentar. É necessário, por parte do coordenador, adotar uma postura compreensiva, empática e de aceitação genuína do outro.

REFERÊNCIAS

- Abreu, N., & Filho, R. C. (2004). Anorexia nervosa e bulimia nervosa: Abordagem cognitivo-construtivista de psicoterapia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(4), 177-183.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of eating disorders* (5th Ed.). Arlington, VA. American Psychiatric Publishing.
- Assumpção, C. L., & Cabral, M. D. (2002). Complicações clínicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(3), 29-33.
- Bechelli, L. P. C., & Santos, M. A. (2001a). *Psicoterapia de grupo: noções básicas*. Ribeirão Preto-SP: Legis Summa.
- Bechelli, L. P. C., & Santos, M. A. (2001b). Psicoterapia de grupo e considerações sobre o paciente como agente da própria mudança. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(3), 383-391.
- Berge, J. M., Loth, K., Hanson, C., Croll-Lampert, J., & Neumark-Sztainer, D. (2011). Family life cycle transitions and the onset of eating disorders: a retrospective grounded theory approach. *Journal of Clinical Nursing*, 21(9-10), 1355-1363.
- Bighetti, F., Santos, M. A., Ribeiro, R. P. P., Oliveira, E. A., Unamuno, M. R. L., & Dos Santos, J. E. (2007). Transtornos alimentares: Anorexia e bulimia nervosas. In: C. E. Kalinowski (Org.), PROENF, *Programas de Atualização em Enfermagem, Saúde do Adulto*. (pp. 9-44). Porto Alegre: Artmed/Panamericana.
- Borges, N. J. B. G., Sicchieri, J. M. F., Ribeiro, R. P. P., Marchini, J. S., & Dos Santos, J. E. (2006). Transtornos alimentares: quadro clínico. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 39(3), 340-348.
- Canetti, L., Kanyas, K., Lerer, B., Latzer, Y., & Bachar, E. (2008). Anorexia nervosa and parental bonding: the contribution of parent-grandparent relationships to eating disorder psychopathology. *Journal of Clinical Psychology*, 64(6), 703-716.
- Chan, Z. C. Y., & Ma, J. L. C. (2004). Aetiology of anorexia nervosa in Hong Kong: A social work qualitative inquiry. *Child and Family Social Work*, 9(2), 177-186.
- Claudino, A. M., & Borges, M. B. F. (2002). Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(3), 07-12.
- Cobelo, A. W., Saikali, M. O., & Schomer, E. Z. (2004). A abordagem familiar no tratamento da anorexia e bulimia nervosa. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(4), 184-187.

- Dallos, R., & Denford, S. (2008). A qualitative exploration of relationship and attachment themes in families with an eating disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13(2), 305-322.
- Dos Santos, J. E. (2006). GRATA: Nossa história, trabalho e desafios. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 39(3), 323-326.
- Enten, R. S., & Golan, M. (2009). Parenting stiles and eating disorder pathology. *Appetite*, 52(3), 784-787.
- Espíndola, C. R., & Blay, S. L. (2009). Percepção de familiares sobre a anorexia e bulimia: Revisão sistemática. *Revista de Saúde Pública*, 43(4), 707-716.
- Fernandes, M. H. (2006). *Transtornos alimentares: Anorexia e bulimia*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Gaspar, F. L. (2005). A violência do outro na anorexia: uma problemática de fronteiras. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 8(4), 629-643.
- Gayotto, M. L. (2003). *Liderança! Aprenda a coordenar grupos*. Petrópolis: Vozes.
- Lane, R. C. (2002). Anorexia, masochism, self-mutilation and auto-erotism: the spider mother. *Psychoanalytic Review*, 89(1), 101-123.
- Latzer, Y., Lavee, Y., & Gal, S. (2009). Marital and parent child relationships in families with daughters who have eating disorders. *Journal of Family Issues*, 30(9), 1201-1220.
- Lawrence, M (2002). Body, mother, mind: anorexia, femininity and the intrusive object. *The International Journal of Psychoanalysis*, 83(4), 837-850.
- Leonidas, C., & Santos, M. A. (2012). Imagem corporal e hábitos alimentares na anorexia nervosa: uma revisão integrativa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(3), 550-558.
- Mackenzie, K. R. (1997). *Time-managed group psychotherapy: effective clinical applications*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Marcos, Y. Q., & Cantero, M. C. T. (2009). Assesment of social support dimensions in patients with eating disorders. *The Spanish Journal of Psychology*, 12(1), 226-235.
- Minayo, M. C. S. (1994). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco.
- Minayo, M. C. S. (2012). Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 621-626.
- Morgan, C. M., Vecchiatti, I. R., & Negrão, A. B. (2002). Etiologia dos transtornos alimentares: Aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(3), 18-23.
- Oliveira, E. A., & Santos, M. A. (2006). Perfil psicológico de pacientes com anorexia e bulimia nervosas: a ótica do psicodiagnóstico. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 39(3), 353-360.
- Pinzon, V., & Nogueira, F. C. (2004). Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(4), 676-682.
- Quiles-Cestari, L. M., & Ribeiro, R. P. P. (2012). The occupational roles of women with anorexia nervosa. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 20(2), 234-242.
- Ribeiro, M. F. R. (2011). *De mãe em filha: a transmissão da feminilidade*. São Paulo: Escuta.

Valdanha, E. D., Oliveira-Cardoso, E. A. de, Ribeiro, R. P. P., Miasso, A. I., Pillon, S. C., & Santos, M. A. (2014). A arte de nutrir vínculos: psicoterapia de grupo nos transtornos alimentares.

- Santana, M. L. P., Ribeiro Junior, H. C., Giral, M. M., & Raich, R. M. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescência: Una revisión. *Nutrition Hospital*, 27(2), 391-401.
- Santos, M. A. (2006). Sofrimento e esperança: grupo de apoio com pacientes com anorexia e bulimia nervosas. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 39(3), 386-401.
- Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. A. (2012). Psicoterapia como estratégia de tratamento dos transtornos alimentares: análise crítica do conhecimento produzido. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 29(Suplemento), 851-863.
- Sim, L. A., Homme, J. H., Lteif, An. N., VandeVoort, J. L., Schak, K. M., & Ellingson, J. (2009). Family functioning and maternal distress in adolescent girls with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 42(6), 531-539.
- Silva, L. M., & Santos, M. A. (2006). Construindo pontes: relato de experiência de uma equipe multidisciplinar em transtornos alimentares. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 39(3), 415-424.
- Soifer, R. (1980). *Psicodinamismos da família com crianças: Terapia familiar com técnica de jogo* (E. F. Alves, Trad.). Petrópolis: Vozes.
- Souza, L. V., & Santos, M. A. (2007). *Anorexia e bulimia: Conversando com as famílias*. São Paulo: Vetor.
- Souza, L. V., Santos, M. A., & Scorsolini-Comin, F. (2009). Percepções da família sobre a anorexia e bulimia nervosa. *Vínculo*, 6(1), 26-38.
- Souza, L. V., & Santos, M. A. (2013a). Proximidade afetiva no relacionamento profissional-paciente no tratamento dos transtornos alimentares. *Psicologia em Estudo (Maringá)*, 18(3), 395-405.
- Souza, L. V., & Santos, M. A. (2013b). Quem é o especialista? Lugares ocupados por profissionais e pacientes no tratamento dos transtornos alimentares. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 18(2), 259-267.
- Souza, L. V., Moura, F. E. G. A., Nascimento, P. C. B. D., Lauand, C. B. A., & Santos, M. A. (2013). O atendimento à família no tratamento dos transtornos alimentares: um relato de experiência. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 45, 47-57.
- Tomiyama, A. J., & Mann, T. (2008). Cultural factors in collegiate eating disorder pathology: when family culture clashes with individual culture. *Journal of American College Health*, 57(3), 309-313.
- Valdanha, E. D., Scorsolini-Comin, F., Peres, R. S., & Santos, M. A. (2013). Influência familiar na anorexia nervosa: em busca das melhores evidências científicas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 62(3), 225-233.
- Valdanha, E. D., Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. A. (2013). Anorexia nervosa e transmissão psíquica transgeracional. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 16(1), 71-88.
- Zimerman, D. E., & Osorio, L. C. (1997). *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Sobre os autores

Élide Dezoti Valdanha é mestre e doutoranda em Psicologia pela Universidade de São Paulo.

Érika Arantes de Oliveira-Cardoso é doutora em Psicologia pela Universidade de São Paulo e psicóloga do Centro de Psicologia Aplicada da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Rosane Pilot Pessa Ribeiro é professora associada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Adriana Inocenti Miasso é professora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Sandra Cristina Pillon é professora titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Manoel Antônio dos Santos é professor associado da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Endereço para correspondência com os autores: elidevaldanha@usp.br

Recebido: 04/08/2014

Revisado: 26/09/2014

Aprovado: 22/10/2014