INTERNATIONAL JOURNAL OF EATING DISORDERS

ARTIGO DE POSICIONAMENTO DA ACADEMIA DE TRANSTORNOS ALIMENTARES

O PAPEL DA FAMÍLIA NOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

Daniel Le Grange,PhD , James Lock, MD,PhD, Katharine Loeb, PhD, Dasha Nicholls, MBBS MD

Universidade de Chicago, Departamento de Psiquiatria e Neurociência Comportamental, Chicago IL 60637

Universidade de Stanford, Departamento de Psiquiatria e Ciências Comportamentais, Stanford,CA 94304

Universidade Fairleigh Dickenson,Teaneck ,NJ 07666

Escola de Medicina Mt Sinai,Nova Iorque, NY 10029

Hospital para Crianças Great Ormond Street , Londres, UK

Endereço para correspondência: Daniel Le Grange, PhD,Universidade de Chicago,Departamento de Psiquiatria e Neurociências comportamental, 5841 .Avenida S. Maryland, MC 3077, Chicago, IL 60637.

E-mail: legrange@uchicago.edu Telefone: 773 702 9277; Fax : 773 702 9929

POSICIONAMENTO*:* é a posição da Academia de Transtornos Alimentares (AED) que, enquanto os fatores familiares podem desempenhar um papel na gênese e manutenção dos transtornos alimentares, o conhecimento atual refuta a ideia de que este seria o mecanismo exclusivo ou mesmo primário subjacente ao risco. Então, a AED é contrária a um modelo etiológico de transtornos alimentares no qual a influência da família é vista como a causa primária da Anorexia Nervosa ou Bulimia Nervosa, e condena a generalização de que as famílias são culpadas pela doença de seus filhos. A AED recomenda que as famílias sejam incluídas no tratamento dos pacientes jovens, ao menos que fique claro de que não há indicação clínica. O posicionamento neste manuscrito está em concordância com *World Wide Charter for Action* em transtornos alimentares

COMENTÁRIO

Visão Geral

Anorexia Nervosa (AN) e Bulimia Nervosa (BN) são sérios transtornos mentais e comportamentais com significativa morbidade psiquiátrica e médica [1]. Embora agora seja bem conhecido que a etiologia destas condições é complexa e, que o tratamento apresenta desafios únicos, certas teorias baseadas em causa familiar, que agora são vistas como simplistas e errôneas, ainda estão em circulação. Estas postulam por exemplo, que estilos particulares de interação entre membros da família são somente únicos para transtornos alimentares, como também têm papel específico na etiologia ou manutenção do comportamento da doença. Reminiscência de termos pejorativos tais como o desacreditado mãe ‘’esquizofrenigênica” e ‘’autistogênica” e, a ideia que certas atitudes parentais poderiam ser ‘’ anorexigênicas”, tem permanecido mesmo que a sustentação empírica seja fraca [2].

É desconcertante notar recentes exemplos de desinformação disseminada para o público. Por exemplo, um modelo de alto nível recentemente culpou pais e familiares pela ocorrência de transtornos alimentares acompanhando a atenção dada pela mídia para a morte de várias modelos de passarela por complicações de AN. Em resposta às afirmações a respeito do papel das famílias em geral, o objetivo deste artigo é revisar brevemente o que é conhecido sobre a influência familiar na AN e na BN. Uma vez que uma revisão extensa desta área é além do âmbito dos manuscritos de posicionamento da AED, o material citado é necessariamente seletivo para apoiar a posição, mas nós acreditamos que resume os conhecimentos atuais.

Notas Históricas

A importância do apoio familiar e o possível papel prejudicial da inércia dos pais em face da desnutrição infantil com risco de vida, foi introduzida primeiramente na AN, aparecendo no final do século 19 [3] . Na verdade, a descrição seminal de Gull da doença , afirmou que era justificável, se não essencial, limitar o contato dos pais com o filho durante o tratamento, para prevenir a manutenção da doença por cumplicidade dos pais em comportamentos que buscavam frustrar a realimentação. A partir de 1960, o papel da família foi reformulada por Minuchin e seus colegas [4] o qual foi saudado por muitos como um fundamental novo modelo de conceito da AN. Este modelo de "família psicossomática" teve profunda influência, dando ênfase ao processo interativo patológico familiar na patogênese da AN, e defendendo uma forma particular de terapia familiar como um meio eficaz de deter a doença em pacientes mais jovens, através da alteração da estrutura familiar. Entretanto, recentes esforços para fundamentar o modelo [2,5] falharam em identificar algum item em particular da família, ligada à AN.

Uma mudança de paradigma foi originada com o trabalho no Hospital Maudsley em Londres em 1970 [6] .Esta mudança de paradigma deslocou a atenção para longe dos modelos que presumiam uma etiologia central e, passou a observar o papel da dinâmica familiar como um recurso em potencial na terapia, aliviando os pais de culpa e promovendo uma atitude de inclusão que hoje é refletida no AED na *World Wide Charter for Action*" em transtornos alimentares e é , nas diretrizes atuais de tratamento, aplicado a pacientes pediátricos. Então, o modelo de terapia familiar atual para AN e BN concentra-se mais na facilitação da comunicação e alfabetização emocional e, na assistência aos membros da família no desenvolvimento de habilidades para melhor negociar as diferenças de opiniões e de atitudes, reconhecendo que alguma rigidez emocional e de comportamento e podem ser associadas com transtorno alimentar.

Fatores Familiares na Etiologia dos Transtornos Alimentares

Apesar das mudanças de paradigma, pesquisas do passado e atuais, permanecem focadas no papel da família na causa ou contribuição dos transtornos alimentares. Pesquisas de fatores de risco familiares [7,8] nos transtornos alimentares permanecem escassas e, até ä data atual, os dados não apóiam a afirmação de que as famílias são causadoras da patologia. Embora os estudos transversais e pesquisas que buscam identificar as características que precedem o surgimento da doença são de importância vital na formação de

hipóteses sobre os fatores causais, eles não são sem limitações. Da mesma forma, os estudos prospectivos que procuram identificar preditores de futuras doenças [7] são cruciais para o desenvolvimento de modelos mais rigorosos de riscos; porém, os atuais estudos não têm poder estatístico adequado para identificar fatores de risco associados com transtornos relativamente raros ou incomuns como AN ou BN.

Pesquisa de fator de risco: Estudos transversais. Numerosos estudos têm procurado identificar as características de funcionamento parental e familiar que poderiam ocorrer antes do aparecimento dos transtornos alimentares.Entre os resultados destacam-se que a s pressões inadequadas dos pais distinguem pacientes com transtorno alimentar de controles psiquiátricos normais [9] e, que comportamento de pais "superprotetores/alta preocupação" foi mais comum em mães de pacientes com AN comparado aos controles [10] e, que a indiferença parental, discórdia familiar, falta de cuidado parental e maior adversidade distinguem BN, quadros mistos de AN/ BN e grupos deprimidos de controles , enquanto que indivíduos com NA mostraram um perfil de pré- morbidade aos controles normais. Uma série de estudos de base comunitária, com dados retrospectivos, indicou mais mudança na estrutura da família (por exemplo, a partida de um dos pais ou surgimento de padrasto/ madrasta na família) no ano anterior ao início da doença em grupo de mulheres com BN em relação ao período equivalente de controles normais [11], e que a alta expectativa dos pais, contato parental baixo, e maior crítica da família sobre a forma e o peso ocorreram antes do início da doença com mais frequência em pessoas com BN em relação ao controles psiquiátricos e o grupo controle normal [12]. Em outro estudo caso-controle baseado na comunidade, por este mesmo grupo de pesquisadores, que compararam histórias de desenvolvimento em grupos de indivíduos com AN e BN, controles normais e controles psiquiátricos, indivíduos com AN relataram terem experimentado significativamente mais problemas com os pais em relação aos controles saudáveis, incluindo separação, brigas, críticas, altas expectativas, envolvimento excessivo, sub- participação, baixo afeto e comentários críticos da família sobre a forma , peso ou comer em relação a controles saudáveis, porém, os indivíduos com AN não diferiram dos controles psiquiátricos, ou dos indivíduos com BN, nestas variáveis.

À luz das limitações metodológicas de pesquisa retrospectiva /transversal, estes resultados sugerem que fatores familiares parentais que precedem o início da AN ou BN aumentam o risco para a psicopatologia em geral ; uma especulação mais razoável é que tais riscos gerais interagem com o que é inerente e, possivelmente

mais específico, vulnerabilidades biológicas enraizadas, dando forma a fenótipos particulares de transtornos alimentares (ver Klump et al [1]).

Pesquisas de fatores de risco longitudinal: Alguns estudos prospectivos que investigaram os efeitos das variáveis parentais e de funcionamento familiar na predição do início dos transtornos alimentares ou psicopatologia relacionadas à alimentação, falharam em encontrar fatores com significância [12, 13, 16] mas, outros conseguiram [10, 14, 15]. A força destes resultados, tanto positivos quanto negativos, é, contudo, posto em questão pela ausência de controles psiquiátricos para determinar a especificidade das associações prospectivas que foram encontradas, a falta de poder adequado para testar a predição dos casos de transtorno alimentar alimentar e, os instrumentos de avaliação dos fatores de risco de confiabilidade e validade questionáveis.

O papel da genética: Estudos de famílias ,de gêmeos e de genética molecular têm sido realizados em transtornos alimentares, com evidência de que as influências hereditárias são a base da suscetibilidade tanto da AN quanto da BN [17]. Embora a transmissão dos genes de suscetibilidade ä doença represente um tipo de influência " familiar" , é uma influência de um tipo diferente. Além disso, nenhuma doença específica conferindo genes ou regiões genômicas de interesse foram claramente replicadas, sendo que a ideia de que os genes sozinhos bastam para o desenvolvimento de transtornos alimentares parece implausível [18]. A natureza deste efeito transmissível permanece desconhecida e, é certo também de que o que está sendo transmitido geneticamente está interligado de forma complexa, com efeitos não- genéticos familiares e sociais, elementos que são muito difíceis de analisar. A este respeito, tal como outros complexos problemas psiquiátricos, é muito provável que uma multiplicidade de fatores de risco- genética, de desenvolvimento, psicológica e cultural- tem influência na ocorrência dos transtornos alimentares, auxiliando no entendimento de modelos empíricos etiológicos mas, de prevenção [19, 24]. Por exemplo, se os fatores adversos familiares podem ativar a suscetibilidade genética, talvez comportamentos de proteção de família possam ser mobilizados para fins de prevenção. Se é ou não possível atenuar os efeitos de pelo menos alguns fatores de risco através do uso de estratégias de base familiar que promovam comportamentos estabilizadores (por exemplo, um modelo de uma alimentação saudável não restritiva por parte dos pais, refeições familiares regulares) e ao fazê-lo, prevenir o desenvolvimento da doença em indivíduos de alto risco, continua a ser uma questão importante para estudos futuros.

O papel dos Pais na Resolução dos Transtornos Alimentares.

Estudos de tratamento, especialmente os que utilizam os pais na terapia, podem ajudar na nossa compreensão do papel da família nos transtonos alimentares. Contudo, os ensaios controlados de tratamento tanto para AN e BN permanecem em pequeno número. Mesmo assim, um achado consistente nos trabalhos realizados recentemente é de que o envolvimentofamiliar parece útil tanto na redução da morbidade psicológica quanto médica, especialmente em pacientes mais jovens com doença de curta duração [25,26,27] e , que esta forma de tratamento é aceitável tanto aos pais quanto aos pacientes [28,29] .Além disso, inclusão dos pais no tratamento poderia explicar, ao menos em parte, as taxas mais baixas de atrito em estudos do tratamento de adolescentes, cerca de 15%, em comparação com estudos de tratamento de adultos, onde as taxas de desistência média chegam a 50% [30] . Claramente, estudos controlados randomizados de terapia familiar mais definitivos são necessários, juntamente com estudos comparando a terapia de família com outras modalidades de tratamento [31] assim como pesquisas avaliando o valor da aprendizagem baseada em competências para os cuidadores de adultos com transtorno alimentar [32].

A aplicabilidade da terapia familiar na BN tem sido assunto de poucos estudos [33,28,34,35]. Para os subgrupos com BN que foram tratados com terapia familiar no estudo original de Russell[33] , os efeitos da terapia familiar foram pequenos. Posteriormente, depois de uma pequena série de casos demonstrando viabilidade de terapia familiar para adolescentes com BN [34] , dois estudos clínicos randomizados demonstraram que tratamento familiar pode ser útil para alguns adolesecentes com BN [28, 35]. Schmidt e colegas constataram que terapia familiar foi superios a terapia de auto- ajuda cognitiva comportamental para adolescentes com BN, mas mais adolescentes recusaram tratamento familiar [35]. Le Grange e colegas identificaram que terapia familiar manualizada foi superior a terapia individual não específica, mas a proporção de pessoas que mostraram uma melhora significativa foi pequena. Estes resultados sugerem que o tratamento baseado no método familiar pode ser promissor para alguns adolescentes com BN, mas definitivamente mais estudos são extremamente necessários.

Familiares cuidadores de pessoas com transtornos alimentares frequentemente experimentam estresse, ansiedade e diminuição de qualidade de vida [37,39] .É portanto uma hipótese que, diminuir a sobrecarga do cuidador, pode ser importante para aumentar os resultados [38].Enquanto tentativas têm sido feitas para melhor entender tanto os aspectos positivos quanto os componentes estressantes dos cuidador , ainda há conhecimento limitado de como melhor entender e melhorar a angústia do cuidador, especialmente quando os pacientes permanecem seriamente doentes [40]. Literatura para os pais é enormemente

importante para a melhora da educação sobre a doença com o intuito de reduzir os níveis de angústia, experiências negativas de cuidados, assim como a culpa e a vergonha [32, 41,42].

Conclusões

Parece não haver uma estrutura específica ou um padrão de funcionamento nas famílias com um membro que sofra de transtorno alimentar; ao invés disso, os transtornos alimentares ocorrem em uma multiplicidade de contextos familiares. Como o papel da família na vida emocional e psicológica da criança é incontestável, é de enorme valor incluir as famílias no tratamento de crianças e adolescentes, e também, a identificação de recursos na família que podem acelerar a recuperação. Embora não haja evidência apoiando o conceito de familiares " anorexigênicos", em certos casos o envolvimento da família pode ser clinicamente contra- indicado (por exemplo, psicopatologia parental severa). Então, a avaliação das famílias requer atenção apurada das capacidades dos pais, da motivação, e do conhecimento de histórias de adversidades ou eventos traumáticos. Porém, mesmo quando alguma circunstância de adversidade está presente, o desenvolvimento de uma estratégia de socorro e apoio deve ser estabelecida como prioridade para aliviar a sobrecarga familiar ao invés de acusação e culpa. Desta forma, é nossa posição que as famílias devam ser envolvidas rotineiramente no tratamento da maioria das pessoas jovens com transtorno alimentar. Exatamente como o envolvimento deverá ser estruturado e, como será útil, varia para cada família.

Agradecimentos

Nós gostaríamos de agradecer a Michael Strober, PhD, por sua inestimável contribuição na versão final, como também nas primeiras versões deste manuscrito.

Referências

1. Klump KL, Bulik CM, Kaye WH, Treasure J, Tyson E. Academy for eating disorders position paper: eating disorders are serious mental illnesses. Int J Eat Disord 2009;42:97-103.

2. Dare C, Le Grange D, Eisler I, Rutherford J. Redefining the psychosomatic family: The

pre-treatment family process in 26 eating disorder families. Int J Eat Disord 1994;16:211-

226.

3. Silverman J. Charcot's comments on the therapeutic role of isolation in the treatment of anorexia nervosa. Int J Eat Disord 1997;21;295-298.

4. Minuchin S, Rosman B, Baker L. Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context. Cambridge: Harvard University Press; 1978.

5. Humphrey LL. Observed family interactions among subtypes of eating disorders using structured analysis of social behavior. J Consult Clin Psychol 1989:57;206-214.

6. Dare C, Eisler I. Family therapy for anorexia nervosa. In: Garner DM, Garfinkel PE, editors. Handbook of treatment for eating disorders. New York: The Guilford Press, 1997, p. 307-324.

7. Jacobi C, Hayward C, de Zwaan M, Krawmer HC, Agras S. Coming to terms with risk factors for eating disorders: Application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. Psychol Bull 2004;130;19-65.

8. Kazdin AE, Kraemer HC, Kessler RC, Kupfer DJ, Offord DR. Contributions of risk-factor research to developmental psychopathology. Clin Psychol Rev 1997;17;375-406.

9. Horesh N, Apter A, Ishai J, Danziger Y, Miculincer M, Stein D, Lepkifker El, Minouni M. Abnormal psychosocial situations and eating disorders in adolescence. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996;35:921-927.

10. Shoebridge P, Gowers SG. Parental high concern and adolescent-onset anorexia nervosa: A case-control study to investigate direction of causality. Br J Psychiatry 2000;176:132-137.

11. Welch SL, Doll HA, Fairburn CG. Life events and the onset of bulimia nervosa: a controlled study. Psychol Med 1997;27;515-522.

12. Graber JA, Brooks-Gunn J, Paikoff RL, Warren MP. Prediction of eating problems: An 8-year study of adolescent girls. Dev Psychol 1994;30 :823-834.

13. McKnight Investigators. Risk factors for the onset of eating disorders in adolescent girls: results of the McKnight longitudinal risk factor study. Am J Psychiatry 2003;160:248-254.

14. Beato-Fernandez L, Rodriguez-Cano T, Belmonte-Lario A, Martinez-Delgado C. Risk factors for eating disorders in adolescents: A Spanish community-based longitudinal study. Eur Child Adolesc Psychiatry 2004;13:287-294.

15. Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Brook JS. Childhood adversities associated with risk for eating disorders or weight problems during adolescence or early adulthood. Am J Psychiatry 2002;159:394-400.

16. Nicholls D, Viner R. Childhood risk factors for lifetime anorexia nervosa by age 30 years in a national birth cohort. J Am Acad Child Adolesc Pychiatry 2009 Jun 26; {Epub ahead of print].

17. Striegel-Moore RH. Bulik CM. Risk factors for eating disorders. Am Psychologist 2007;62:181-198.

18. Bulik CM, Reba L, Siega-Riz AM, Reichborn-Kjennerud T. Anorexia nervosa: definition, epidemiology, and cycle of risk. Int J Eat Disord 2005;37:S2-S9.

19. Striegel-Moore RH. Bulik CM. Risk factors for eating disorders. American Psychologist

2007;62:181-198.

20. Stein A, Woolley H, Cooper S, Winterbottom J, Fairburn CG, Cortina-Borja M. Eating habits and attitudes among 10-year-old children of mothers with eating disorders: Longitudinal study. Br J Psychiatry 2006;189:324-329.

21. Mazzeo SE, Zucker NL, Gerke CK, Mitchell KS, Bulik CM. Parenting concerns of women with histories of eating disorders. Int J Eat Disord 2005;37,S77-S79.

22. Loeb KL, Le Grange D, Lock J. Family-based treatment for the prevention of anorexia nervosa. Unpublished Manual. Mount Sinai School of Medicine, 2005.

23. Neumark-Sztainer D, Eisenberg ME, Fulkerson JA, Story M, Larson NI. Family meals and disordered eating in adolescents: longitudinal findings from Project EAT. Arch Ped Adolesc Med 2008;162:17-22.

24. Martinez-Gonzalez MA, Gual P, Lahortiga F, Alonso Y, de Irala-Estevez J, Cervera S. Parental factors, mass media influences, and the onset of eating disorders in a prospective population-based cohort. Pediatrics 2003;111:315-320.

25. Eisler I, Dare C, Russell GFM, Szmukler GI, Le Grange D, Dodge E. Family and individual therapy in anorexia nervosa: A five-year follow-up. Arch Gen Psychiatry 1997:54:1025-1030.

26. Eisler I, Simic M, Russell G, Dare C. A randomized controlled treatment trial of two forms of family therapy in adolesdent anorexia nervosa: a five-year follow-up. J Child Psychol Psychiatry 2007;48:552-560.

27. Lock J, Couturier J, Agras WS. Comparison of long term outcomes in adolescents with anorexia nervosa treated with family therapy. Am J Child Adolesc Psychiatry 2006;45:666-672.

28. Le Grange D, Crosby R, Rathouz P, Leventhal B. A randomized controlled comparison of family-based treatment and supportive psychotherapy for adolescent bulimia nervosa. Arch Gen Psychiatry 2007;64:1049-1056.

29. Lock J, Agras WS, Bryson S, Kraemer H. A comparison of short- and long-term family therapy for adolescent anorexia nervosa. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2005;44:632-639.

30. Halmi CA, Agras WS, Crow SJ, Mitchell J, Wilson GT, Bryson S, et al. Predictors of treatment acceptance and completion in anorexia nervosa: implications for future study designs. Arch Gen Psychiatry 2005;62:776-781.

31. Le Grange D, Eisler I. Family interventions in adolescent anorexia nervosa. Child Adolesc Psychiatric Clin N Am 2009;18:159-173.

32. Treasure J, Smith G, Crane A. Skills-based learning for caring for a loved one with an eating disorder: The new Maudsley Method. London: Routledge, 2007.

33. Russell GFM, Szmukler GI, Dare C, Eisler I. An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. Arch Gen Psychiatry 1987:44:1047-1056.

34. 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.

35. Schmidt U, Lee S, Beecham J, Perkins S, Treasure JL, Yi I, et al. A randomized controlled trial of family therapy and cognitive behavior therapy guided self-care for adolescents with bulimia nervosa and related conditions. Am J Psychiatry 2007; 164:591-598.

36. Le Grange D, Lock J. Treatment manual for bulimia nervosa: A family-based approach. New York: The Guilford Press, 2007.

37. Treasure J, Whitaker W, Whitney J, Schmidt U. Working with families of adults with anorexia nervosa. J Fam Ther 2005;27:158-170.

38. Kyriacou O, Treasure J, Schmidt U. Understanding how parents cope with living with someone with anorexia nervosa: Modelling the factors that are associated with carer distress. Int J Eat Disord 2008;41:233-242.

39. Cottee-Lane D, Pistrang N and Bryant-Waugh R. Childhood onset anorexia nervosa:

The experience of parents. Eur Eat Disord Rev 2004;12;169–177.

40. Szmukler GI. Caregivers for people with mental health problems. Eat Disord Rev 2007;18.

41. Lock J, Le Grange D. Help your teenager beat an eating disorder. New York: Guilford Press; 2005.

42. Bryant-Waugh R, Lask B. Eating Disorders: A Parents Guide. Revised Edition. New York: Brunner-Routledge; 2004.