

A ALIMENTAÇÃO E SUAS PERTURBAÇÕES

I – A ANOREXIA MENTAL E SUAS ABORDAGENS

Julia FERRO-BUCHER*

RESUMO

A Alimentação e suas perturbações é um tema abordado em quatro artigos. Este é o primeiro da série e introduz o tema da anorexia mental e suas abordagens. A partir do desenvolvimento histórico dos estudos sobre a anorexia, apresentam-se os aspectos epidemiológicos desta disfunção, discute-se o diagnóstico diferencial e discorre-se sobre as diferentes abordagens teóricas e de tratamento da anorexia mental.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos tem-se visto um aumento crescente de artigos em jornais e revistas populares sobre as mais variadas dietas, além da publicidade de academias de ginástica. Tem sido através do peso do corpo que o tema da beleza e de seu padrão físico tem se revelado um aspecto muito importante tanto para as mulheres quanto para os homens.

A linguagem popular em nosso país também apresenta alguns aspectos interessantes no que diz respeito à oralidade. Vê-se isso através de inúmeras expressões pejorativas: “não engulo grosserias”; “ele come todas essas mulheres”; “não trago aquele homem”; “é preciso ter estômago para suportar aquela mulher”; “isto é um abacaxi”, etc.; como também em

(*) Departamento de Psicologia Clínica da Universidade de Brasília.

expressões afetivamente significativas para as pessoas queridas: "meu doce de coco", "meu chuchu", "ela é uma uva", "meu quindim", "docinha", etc.

Essas metáforas contêm expressões afetivas nas quais o alimento e o ato de comer se apresentam tanto no sentido da rejeição, quanto da aceitação-incorporação.

Esta dimensão psico-cultural no que diz respeito à relação entre o alimento, o comer e o corpo leva a se perguntar por que tem crescido o número de pessoas com problemas vinculados ao ato de se nutrir.

É justamente nos países mais ricos que a incidência de tais problemas é maior. Nos Estados Unidos tem aumentado nesses últimos anos o número de organizações de ajuda para esse problema, em todas as regiões do país, bem como tem crescido o número de programas, associados aos hospitais, para combater as perturbações da alimentação. Em 1987 havia 29 programas e organizações espalhadas em todo o país. Além disso inúmeros programas de prevenção são realizados nas escolas dos Estados Unidos.

Nos países menos desenvolvidos economicamente pouco se sabe sobre a incidência dessa disfunção. Todavia, não é raro o clínico se deparar com ela.

Este trabalho, que é o primeiro de uma série de quatro estudos, introduz o tema da anorexia mental, apresentando uma síntese histórica dos estudos realizados, os aspectos epidemiológicos dessa disfunção, uma discussão sobre o diagnóstico diferencial e sobre as diferentes formas de tratamento da anorexia mental. Os estudos seguintes versarão sobre: a anorexia mental e o conflito familiar; introdução ao estudo da bulimia; a bulimia e o contexto familiar.

SÍNTESE HISTÓRICA

Pelo que sabemos, a sintomatologia da anorexia foi descrita, pela primeira vez, por Richard Morton em 1694, em seu livro "Fisiologia: ou tratamento da consumpção".

Morton (1694) escreveu que " ... a consumpção ou atrofia nervosa apresenta a seguinte trilogia: perda de apetite,

amenorréia e magreza significativa". Ele descreve também o caso clínico de uma jovem de 18 anos de idade que em julho de 1684 foi perdendo o apetite, sua digestão foi se tornando ruim, sua aparência pálida e outros sintomas foram surgindo, porém não tinha febre, nem tosse ou dificuldade respiratória. Em toda sua prática, afirma Morton, nunca viu um caso de tão elevado grau de consumpção (1689).

Em 1865 surge a palavra anorexia no Dicionário de Littré em Paris, como termo da Medicina, indicando ausência de apetite e que não deve ser confundido com desgosto ou enjôo.

Em 1868, Sir William Gull, em Oxford, apresentou uma comunicação intitulada "A apepsia¹ histérica", publicada no periódico "The Lancet", em 1873, com o nome de "anorexia histérica" e, em 1874, com o nome de "anorexia nervosa".

Em 1873, Lasègue, na França, publicou nos "Archives Générales de Medicine" o trabalho "De 1 'anorexia hysteryque", todavia sem fazer referência ao trabalho de Gull, anterior ao seu. Deduzimos que os dois pesquisadores chegaram às mesmas conclusões estudando as perturbações digestivas. Tanto Gull quanto Lasègue reconhecem em sua descrição aspectos emocionais na etiologia e prescrevem a separação da família, repouso, alimentação e terapia de suporte. Lasègue, ao estudar a anorexia, chegou a afirmar que "... o nome anorexia deveria ser substituído pelo de inanição histérica".

É no contexto desenvolvido por Lasègue, de anorexia nervosa ser vista como uma forma de histeria, que Freud em 1895 retoma o tema da "anorexia histérica" ao analisar o caso de Emy Von N com 40 anos de idade.

Freud visitou a paciente na hora do almoço, constatando que ela comia pouquíssimo. Ao tratá-la com a hipnose, ela teve como razões para sua dificuldade em se alimentar as seguintes reminiscências de sua infância: como não comia carne que lhe davam por puro capricho, a mãe guardava a comida que, ao se esfriar, provocava a solidificação da gordura da carne, sendo que a paciente devia comê-la quando a fome viesse. Outra das lembranças foi a de ter tomado conta de um irmão tuberculoso, ao lado do qual, junto ao leito, devia ela comer durante

(1) Apepsia = privação da digestão

a doença. Em cima da mesa havia sempre uma escarradeira na qual o irmão cuspiam por cima dos pratos. Tudo isso lhe causava forte repugnância, porém nada podia mencionar por temer ofender ao irmão. A essas reminiscências, surgidas no estado de hipnose, acrescentou a lembrança de que, quando se sentava para comer, ela via diante de si a escarradeira de outrora e sentia asco.

Freud prossegue seu relato indicando que o efeito terapêutico desta investigação hipnótica foi imediato e duradouro, uma vez que a paciente cessou seu propósito de fazer dieta durante 8 dias e já no seguinte comeu e, dois meses mais tarde, lhe escreveu anunciando que comia muito bem e estava engordando.

Freud associou o quadro histérico das abulias dos pacientes a estigmas psíquicos em consequência de uma diminuição geral da capacidade funcional.

As abulias podem ter para Freud dois aspectos: consequência da fobia e existência de associações não resolvidas e saturadas de afeto. A anorexia deste caso descrito por ele é um exemplo de uma tal abulia. "Se come tão pouco é porque não acha gosto nenhum pela comida e este último depende, por sua vez, de que o ato de comer se acha vinculado, desde época precoce, a recordações repugnantes, o que torna impossível o ato de comer". Como conciliar o prazer de comer com o sentimento de repugnância?

O medo ao castigo em criança a obrigava a comer com repugnância a comida fria, depois o medo de magoar o irmão a impedia de exteriorizar os afetos que a dominavam enquanto comia com ele. Assim sendo, os afetos foram recalçados e só vieram à tona através de hipnose realizada por Freud.

Em 1899 Freud, em carta a Fliess, relaciona a anorexia mental como uma das consequências da neurose infantil. Foi pela erotização das perturbações alimentares e pela fixação do erotismo oral, que ele concluiu pela existência de um traumatismo importante ocorrido mais ou menos precocemente na vida desses pacientes.

Em 1913, Dejerine e Gauckler reafirmam a relação entre as emoções e a perda do apetite, caracterizando a anorexia mental. Um ano depois a tese organicista ressurgiu com todo o

vigor. Durante muitos anos ela se manterá em oposição à tese psicalítica, que dá ênfase à dimensão emocional.

Simmonds, patologista na Universidade de Hamburgo, em 1914, ao analisar a glândula pituitária de uma paciente falecida por intenso emagrecimento, considerou a anorexia mental como conseqüência de uma lesão dessa glândula. A mudança da dosagem de hormônio hipofisiário seria uma das causas da anorexia.

Alguns anos depois Berkman (1930) e Venables (1930) realizaram pesquisas independentes, retomando a idéia da anorexia como uma entidade única, ao constatar que os problemas fisiológicos são reversíveis após a remissão da doença.

Rahman et al. (1940) em seus estudos apresentaram a anorexia mental como uma entidade psicossomática. Dois anos depois, Escamilla e Lisser (1942) retomam os trabalhos de Simmonds (1914) e verificam que o número de casos observados por ele não justificava a conclusão de que a anorexia mental tinha uma causa orgânica.

Posteriormente, inúmeros estudos e pesquisas têm se realizado, ora aperfeiçoando o diagnóstico, ora enfatizando os aspectos epidemiológicos, ora focalizando as dimensões biológicas (Kaplan e Woodside, 1987), comportamentais (Mc Gee K. e Mc Gee J. 1986), psicodinâmicas (Kestemberg, 1975; Dolto, 1984), psicossomáticas (Selvini — Palazzoli, 1963, 1967; Minuchim, et al., 1978; Minuchim, 1980; Kog et al. 1985, 1986).

Inicialmente os estudos da anorexia mental se centraram sobretudo nos aspectos intrapessoais do paciente, numa perspectiva ora orgânica, ora emocional. Com o florescimento da abordagem sistêmico — comunicacional enfatizou — se o contexto do paciente e sua interação com o contexto familiar e vice-versa. Este enfoque trouxe maior compreensão aos casos estudados.

EPIDEMIOLOGIA

Os dados epidemiológicos sobre a incidência da anorexia mental no Brasil são desconhecidos.

Nos Estados Unidos, onde há um grande número de estudos e pesquisas sobre o tema, a incidência das perturbações alimentares é extremamente elevada. Bentler (1987) indica em seu trabalho que essa síndrome representa um grande problema de saúde nos Estados Unidos. Mitchell e Eckert (1978) observam que tanto a anorexia quanto a bulimia são problemas de saúde concernentes a países industrializados. Todavia, como não se conhecem as estatísticas dessa disfunção em outros países, torna-se difícil estabelecer uma comparação.

Os estudos de Theander (1970) na Suécia, de Jones et al. (1980) em Monroe Country-New York; de Szmukler (1985) na Escócia indicam um aumento da incidência de 4,06 casos por 100.000 pessoas por ano, sugerindo que em países desenvolvidos, onde não existem problemas de carência alimentar, paradoxalmente o problema está aumentando.

Sobre a taxa de mortalidade, em consequência da anorexia enquanto síndrome psicossomática, Munichim et al. (1978) observam que em 10 a 15% dos casos o paciente morre, indicando assim que é uma síndrome potencialmente fatal. A Associação de Psiquiatria Americana em 1980 indicou uma taxa de mortalidade de 15 a 21%.

Levenkron (1982), ao analisar os poucos dados estatísticos pesquisados, constatou que 92% dos casos encontrados são de mulheres na faixa etária dos 11 aos 60 anos. Todavia, a instalação da doença é comum entre os 13 e 22 anos.

Pesquisas indicaram que o número de perturbações alimentares é mais elevado entre dançarinos, modelos, atrizes e atletas do que no restante da população feminina (Joseph, Wood e Goldberg, 1982; Hamilton, Brooks-Gunn e Wanen, 1985).

Durante muito tempo a anorexia foi encontrada nos jovens adolescentes das classes média e alta. Ultimamente a anorexia tem sido encontrada em todos os níveis de classes sociais (Garfield e Garner, 1982).

Em cada 25 adolescentes enfermos, um sofre de anorexia (Levenkron, 1982). Esses dados puderam ser obtidos nos Estados Unidos, porque tanto as associações médicas quanto as agências de governo indicam essa psicopatologia nos seus levantamentos estatísticos.

Kalucy et al. (1977) indicaram que 16% das mães e 23% dos pais de anoréticos tiveram na adolescência uma história de baixo peso ou de fobia de peso.

Lucas (1981) indicou em seus trabalhos uma possível transmissão hereditária desta síndrome, que poderia estar aumentando pela ocorrência desta doença em gêmeos. Esses estudos não têm consistência estatística e não há nenhuma avaliação sistemática comprovando essas relações. Todavia, levantam hipóteses para se considerar a interação entre o paciente, sua enfermidade e o contexto familiar. Não se trataria necessariamente de hereditariedade no sentido biológico, mas de uma herança proveniente de uma "cultura" peculiar da família. É nesse contexto familiar que os estudos realizados com anoréticos indicam alguns dados relevantes para a compreensão dessa síndrome. Essas famílias se apresentam como emaranhadas, rígidas, superprotetoras e com dificuldades de resolverem conflitos (Selvini-Palazzoli, 1963 — 1967; Rosman et al., 1977; Minichim et al. 1978; White, 1983; Ferro-Bucher, 1987).

No que concerne ao prognóstico, Halmi (1975) considera um bom indicador, quando a manifestação da síndrome se inicia em idade mais baixa, e pior, quando se inicia em idade mais elevada.

Esses dados estatísticos encontrados na literatura devem, contudo, ser avaliados com prudência. Primeiramente deve-se definir bem o que se entende por anorexia mental, distinguindo os seus aspectos orgânicos e mentais. Necessita-se, a partir do diagnóstico diferencial, de ter dados sistematizados para se conhecer quantitativamente qual é a incidência e quais são as características da população atingida. Não se sabe, por exemplo, se o surgimento dessa síndrome nas classes baixas não é uma consequência da popularização da Medicina. A ausência de estatísticas nos países economicamente menos desenvolvidos também deixa grande lacuna em nível da epidemiologia da síndrome.

Convém observar que, embora se tenham críticas pertinentes aos dados quantitativos, a incidência dessa síndrome chama a atenção dos psicólogos, psiquiatras, psicanalistas e dos médicos em geral.

Um dos maiores problemas existentes ainda hoje, tendo em vista as bases das avaliações estatísticas, é a do diagnóstico dessa enfermidade.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Antes de abordar os aspectos referentes ao diagnóstico diferencial, ver-se-á a origem da palavra anorexia. Ela vem do grego **AN** significando sem, ausência de, e **OREXIS** significando apetite.

Hoje sabe-se que anorexia é uma síndrome com uma multiplicidade causal e da qual se torna importante distinguir-se o contexto em que se apresentam seus sintomas.

Primeiramente deve-se distinguir as causas orgânicas das quais a anorexia pode ser um sintoma. Por exemplo, nos casos de tuberculose, nas gastrites alcoólicas, no câncer, nas doenças infecciosas e nos estados febris, não é raro surgir comportamento anorético. Nesses casos, não se trata de anorexia mental, mas de uma anorexia conseqüente de uma enfermidade orgânica. Todavia, quando se trata de perturbações do apetite, sem que haja em sua origem uma causa orgânica, trata-se de anorexia mental, também denominada anorexia nervosa por alguns autores.

Convém observar que a anorexia mental apresenta inúmeros sintomas físicos decorrentes da inibição de se alimentar, amplamente descritos na literatura médica. Destacam-se a amenorréia, a constipação, o metabolismo basal baixo, a desidratação, a secura da pele, a queda de pelos e sobretudo a diminuição do peso ou emagrecimento exagerado.

Em 1972, Feighner et al. apresentaram critérios para o diagnóstico, a serem utilizados na pesquisa psiquiátrica. Esses critérios são em resumo os seguintes:

Idade: inferior a 25 anos.

Peso: no mínimo com 25% a menos do seu peso original.

Atitudes: Obstinação quanto ao comer; idéia distorcida em relação ao alimento ou ao peso que aumente; negação da doença com recusa em reconhecer suas necessidades de nutrição; regozijo aparente com a perda de peso, com manifestações claras de que a recusa do alimento é algo que dá prazer; uma imagem do corpo idealizada como de extrema magreza; inusual ocultação do alimento.

História Médica: Não há doenças orgânicas que possam se considerar para esta desordem e perda de peso; não há tão pouco desordem psiquiátrica.

Sintomas Orgânicos: Manifestações de pelo menos dois dos seguintes sintomas:

- amenorréia
- bradicardia
- períodos de hiperatividade
- episódios de bulimia
- vômitos (pode ser por indução própria)

Esses critérios foram de grande importância nos Estados Unidos, tanto para a pesquisa quanto para o tratamento dos anoréticos. Foi a partir deles que a Associação Americana de Psiquiatria, em 1980, estabeleceu os critérios para o diagnóstico da anorexia mental que vigora naquele país. (DSM III).

A delimitação da anorexia, a partir desses critérios, facilitou as pesquisas epidemiológicas. Todavia, convém observar que, do ponto de vista psicológico, a anorexia mental pode estar vinculada a uma estrutura neurótica ou mais raramente pode estar vinculada a uma estrutura psicótica, psicopática ou até uma confluência estrutural mais complexa. A maioria dos estudos psicodinâmicos a analisam enquanto manifestação psico-neurótica. Inúmeros trabalhos psicanalíticos a vinculam à histeria e outros ainda consideram a anorexia nervosa entre as neuroses compulsivas, obsessivas e de ansiedade, principalmente fóbicas. Estes trabalhos se diferenciam em termos de abordagem teórica. A descrição do comportamento anorético, a sintomatologia apresentada por ele, a constatação de mecanismos psicológicos experienciados, que apresentam concordâncias entre os diferentes enfoques. As diferenças estão na interpretação dos fatos e na abordagem terapêutica para lidar com o problema.

Testes foram aplicados em anoréticos. Entre eles, o T. A. T., que apresentou nos seus resultados uma atitude de dependência infantil em relação aos pais, uma forte fixação à figura materna com sentimentos de culpa e ambigüidade. O teste de Rorschach revelou agressividade nas respostas coloridas, principalmente de caráter oral (Theilgaard, 1965).

Para Waltos (1986) convém considerar o diagnóstico adicional de personalidade borderline e a depressão maior.

Do ponto de vista orgânico, a anorexia apresenta uma multiplicidade de sintomas como já indicamos anteriormente.

Para o estabelecimento de um bom diagnóstico convém não subestimar os aspectos orgânicos. Somente após um bom diagnóstico orgânico é que se deve avaliar psicologicamente o paciente.

Uma vez tendo sido dado o diagnóstico de anorexia mental, as abordagens para o tratamento da anorexia são variados.

ABORDAGENS PSICOTERAPÊUTICAS DA ANOREXIA MENTAL

Abordagem organicista — Sabe-se, historicamente, que as primeiras constatações da anorexia mental foram feitas por médicos que, compreensivelmente, procuravam explicá-la e tratá-la como respostas orgânicas. Porém, desde cedo foi percebida a dimensão psicodinâmica nessa enfermidade.

Apesar de Simmonds (1914) ter dado uma interpretação orgânica para a anorexia mental, inúmeros estudos procuravam analisar as implicações biológicas da anorexia, indicando as complicações médicas que ela apresenta. Outras pesquisas tentaram evidenciar aspectos hereditários na base da anorexia, mas seus resultados não são conclusivos. (Scott, 1986; Mitchell e Eckert, 1987).

Kaplan e Woodside (1987) apresentaram uma ampla revisão dos fatores biológicos decorrentes da anorexia e da bulimia. No que concerne à anorexia, eles examinaram as consequências da fome provocando mudanças dermatológicas, apresentando problemas de pele, nos pelos das axilas e do púbis, nos cabelos, nas unhas e na coloração da pele. Mudanças cardiovasculares como bradicardia e hipotensão; mudanças endócrinas que podem levar a irregularidades menstruais, chegando à amenorréia e à hipotermia; mudanças nos músculos que sustentam o esqueleto.

Os autores enfatizam as pesquisas que indicam as perturbações neuro-fisiológicas na anorexia, indicando sobretudo problemas que ocorrem na menstruação, na reprodução em consequência da diminuição dos níveis de estrogênio e testosterona e na diminuição da libido. Outro sintoma é a diminuição dos níveis de hormônio produzido pela tireóide e a alteração da termoregulação corporal.

No que diz respeito ao tratamento para a anorexia mental, utiliza-se uma reabilitação nutricional com o uso de alimentação líquida suplementar, através de um tubo nasogástrico ou nutrição parenteral total, dependendo das condições do paciente, e uma farmacoterapia para a redução da ansiedade com ansiolíticos ou neurolépticos (Russell et al., 1983).

O tratamento médico é voltado para a hospitalização, ao confinamento à cama, com alimentação forçada e supervisionada e a psicoterapia tradicional (Agras e Kraemer, 1983).

Embora os aspectos orgânicos continuem sendo estudados, a ênfase hoje é também dada aos fatores psicológicos, mas com uma abertura maior ao enfoque multidisciplinar e à interação com os fatores psicossociais na patogênese e nas alterações da doença.

Abordagem psicossomática — Essa abordagem parte do conceito aristotélico de que o indivíduo, como ser complexo, é um todo, um "consensus unus", o indivíduo nem é só orgânico, nem é só psíquico, mas forma um todo.

No caso da anorexia mental existe um quadro orgânico que se traduz por vômito, dispnéia, emagrecimento, anemia, etc. e esses aspectos se observam em qualquer anorexia, seja de origem orgânica ou de origem psíquica. Por exemplo, a náusea é um sintoma orgânico que pode ser de origem orgânica ou de origem psíquica.

Daí, a importância em se identificar com clareza o quadro orgânico do quadro psicológico para se ter uma diferenciação exata entre as síndromes orgânicas e psíquicas.

Os aspectos psicológicos a serem considerados devem levar em conta a percepção que o paciente tem em relação ao alimento. Quais são os conteúdos emocionais a ele vinculados bem como ao ato de comer? As investigações psicodinâmicas

consideram a significação simbólica do alimento assim como o sentido da alimentação na vida infantil. O alimento pode ter um valor simbólico para o anorético e essa abordagem pode dar a chave para elucidar seu problema.

Foi por volta dos anos 30 que surgiu um grande interesse em explorar a inter-relação entre os aspectos psicológicos e os fisiológicos visando a integrar a terapia somática à terapia psicológica. Esta abordagem continuou sendo pesquisada e foi se adaptando às transformações trazidas por outros enfoques. (Rahman, L. et al. 1939; Waller, J. et al., 1940).

Trabalhos mais recentes, sobretudo os realizados junto aos pacientes hospitalizados, estudam a anorexia, considerando o paciente como um ser psicossomático. Esses estudos descrevem o trabalho junto aos pacientes incluindo nas terapias suas famílias como veremos na abordagem sistêmico-comunicacional (Minuchim et al., 1978; Seltzer e Wencte, 1984; Wirsching e Stierlin, 1985).

Abordagem Psicodinâmica — Nessa abordagem apresentamos a perspectiva psicanalítica no estudo da anorexia mental.

Como já dissemos, Lasègue (1873) chamou a atenção para a relação entre a síndrome da anorexia com os quadros histéricos. Freud (1889) foi, a seguir, o grande investigador da histeria nos seus primeiros estudos. Seus seguidores realizaram psicanálises de pacientes anoréticos e estruturaram um quadro teórico para a compreensão dessa síndrome.

Deutsch (1940) apresentou o caso de uma paciente de 22 anos com anorexia mental, numa reunião da Associação Americana de Psicanálise. Ela apresenta a história da vida da paciente, discorrendo sobre a cadeia de interações da mesma com o seu contexto e descreve o desenrolar das sessões psicanalíticas, enfatizando a amnésia de situações traumáticas vividas pela jovem em sua infância, bem como assinala os aspectos transferenciais ocorridos no tratamento.

É importante observar que tanto Freud quanto Hélène Deutsch enfatizam a importância da história de vida do paciente, como ele a introjeta a partir de uma rede emocional onde os níveis consciente e inconsciente estão de forma intrincados a serviço dos mecanismos utilizados pelos afetos.

No caso descrito por Deutsch convém observar que ela, enquanto psicanalista, impõe algumas condições para a paciente, ou seja, a faz prometer não perder peso. Diz-lhe que ela não precisaria ganhar, mas não poderia perder. Após a paciente fazer essa promessa, Deutsch a pesou e indicou à paciente que ela estava com 41 quilos. Se ela começasse a perder peso, o tratamento seria interrompido. Por sua vez, ela prometeu à paciente que nunca a obrigaria a comer e nunca a questionaria se ela comeu, o que ela comeu, etc. Essa regra funcionou durante todo o tratamento, com resultado.

Como dissemos anteriormente, a preocupação fundamental do psicanalista é procurar chegar às origens do conflito que provoca o sintoma anorético e a partir daí reestruturar a psicodinâmica do paciente.

O quadro teórico que norteia o tratamento é essencialmente baseado nos conceitos de transferência, de recalque, de deslocamento, do complexo de Édipo.

Kestenberg (1974) constatou nos anoréticos as seguintes características: rica capacidade de fantasmática, o que favorece a repartição dos investimentos narcísicos e objetivos; observa também uma posição muito regressiva de luta contra a dependência, porque há poucos contactos desses pacientes com sua própria história mantida difusa... "raras são as lembranças rememoradas, poucas as lembranças projetadas e raramente elas mergulham profundamente na infância... os caminhos de passagem entre o hoje e o ontem são obstruídos e o retorno é vivido como perigosamente impossível". Outra observação de Kestenberg é a de que as possibilidades de introjeção são pobres e amplamente contornadas pelos mecanismos projetivos. A dificuldade vem do fato de que tudo aquilo que é interiorizado torna-se mau. Ela encontrou também dificuldades de introjeção e de identificação evolutiva em função da fantasmática nesses pacientes ser arcaica pré-genital; e um ideal de ego hipertrofiado.

Essas características encontradas no universo psíquico do anorético são trabalhados numa perspectiva psicanalítica.

Os psicanalistas têm-se interessado pelo problema da anorexia mental e, a partir de seu quadro conceitual, têm elaborado uma teoria sobre a estrutura psíquica do anorético, dando suporte para o tratamento desses pacientes.

Uma ilustração interessante sobre a maneira dos psicanalistas abordarem os casos é da leitura psicanalítica feita ao estudo do caso (Caso Barbie) atendido por Milton Erickson (de linha comportamental e um dos precursores da terapia familiar) nos EE.UU. Enquanto Erickson se utiliza de um quadro referencial de estratégias visando às mudanças nos padrões do comportamento anorético de Barbie e utilizando sua família para tal, a leitura psicanalítica do seu trabalho coloca o caso no contexto teórico explicativo do que ocorre em nível inter-relacional entre Barbie, Erickson e a família de Barbie (Lodeon, J., 1984).

Estudos psicológicos que procuraram identificar características na estrutura de personalidade dos anoréticos constataram que eles são introvertidos, submissos, perfeccionistas, dependentes, obstinados, insensíveis às suas necessidades interiores (Garfinkel & Garner, 1982). Todavia outros estudos testaram essa estrutura de personalidade encontrada, indicando que não há um modelo de anoréticos, pois há muita heterogeneidade em suas personalidades. (Holmgren et al., 1983; Yager e Strober, 1985).

A abordagem psicodinâmica tem como preocupação básica trabalhar com a estrutura de personalidade do anorético no sentido de reorganizá-la.

Abordagem comportamental — A anorexia mental é considerada nesta abordagem como proveniente de desordem adquirida no processo de aprendizagem e de condicionamento.

O contexto do paciente é percebido como uma seqüência de contingências necessitando controle. A terapia comportamental desenvolvida por Ullmann e Krasner (1966) e Joseph Wolpe (1969) baseou-se sobretudo nas teses de condicionamento de Pavlov, no condicionamento operante de Skinner e na aprendizagem por modelagem ou imitação.

No que concerne à anorexia mental, os terapeutas comportamentais percebem o comportamento do indivíduo como uma resultante de condicionamentos, de estímulos reforçadores anteriores. Para Mc Gee, K. e Mc Gee, J. (1986:19)... "quando o paciente anorético vê o alimento, ele pensa no alimento ou ainda se prepara para entrar na sala de jantar; sua experiência é intensa e estimula sua ansiedade".

O comportamento de evitamento tão característico dos pacientes anoréticos, quando eles estão expostos ao alimento ou à situação de alimentação, pode ser visto como um comportamento operante.

Mc Gee, K. e Mc Gee, J. (1986) destacam os seguintes elementos a serem considerados nos programas de tratamento comportamental: 1) privação dos contactos sociais; 2) plano de contingência, por exemplo, o acesso a atividades sociais devem estar vinculadas ao cumprimento de vários aspectos do plano de tratamento. Os autores exemplificam que para o paciente ver programas de TV ele necessitará ter comido alguma refeição ou atingido a um determinado peso; 3) Feedback de informações — onde é enfatizada a necessidade de serem dadas informações precisas e freqüentes ao paciente, no que diz respeito ao número de calorias consumidas e/ou aumento de peso ganho ou perdido. O próprio paciente deve organizar os gráficos sobre o seu próprio progresso; 4) reforço negativo — a maior parte dos programas de tratamento comportamental envolve uma hospitalização inicial. Muitas vezes o hospital serve como reforço negativo e o paciente coopera com o programa para evitar o desprazer de permanecer no hospital.

Como se pode perceber, esta abordagem tem um grande interesse em desenvolver uma técnica visando à mudança do comportamento. Contrariamente aos pesquisadores de linha psicodinâmica não é relevante, nas estratégias de tratamento, a origem dos processos que levam à anorexia.

Ulman (1966) já observava que “o terapeuta comportamental se preocupa com o **quê** as pessoas estão fazendo e não com o **porquê** do que elas estão fazendo, com o objetivo de delinear um programa que reforçará a mudança comportamental e extinguirá o comportamento patológico.

Abordagem Sistêmico-Comunicacional — Esta abordagem trouxe uma grande contribuição ao tratamento da anorexia mental por considerar o sistema no qual o anorético está inserido. Em primeiro lugar o anorético está inserido no seu sistema familiar. Posteriormente, ele é inserido, na maioria dos casos, no contexto médico ou numa equipe multidisciplinar de saúde física e mental.

A família do anorético é o ponto de partida na análise de sua conduta perturbada a partir dos processos familiares. O anorético, enquanto sintoma, surge como uma necessidade emergente, produto das características interacionais do sistema familiar. As questões básicas a que se pretende responder a partir da teoria dos sistemas são: Que funções cumpre o sintoma nesse sistema? Que fatores interpessoais coincidiram com a aparição dos sintomas? As respostas dessas questões tem nos dado muitos subsídios para a compreensão do anorético e sobretudo tem sido a base organizadora do seu tratamento.

Uma contribuição importante foi de Selvini-Palazzoli (1963, 1967) que, baseando-se na teoria da comunicação, aponta para dificuldades de comunicação disfunções conjugais e disfunções nas lideranças na família anorética. Ela utiliza técnicas e estratégias de intervenção no seu tratamento visando a "desafiar diretamente os padrões rígidos da organização e relacionamento familiar".

O membro da família portador do sintoma nesta abordagem é visto como o paciente identificado ou "aquele que deve ser curado" em contraste com os outros membros da família. (Sluzki, 1973; Minuchin, 1978).

A abordagem sistêmico-comunicacional analisa o anorexia enquanto uma síndrome psicossomática produto de sistema familiares rígidos e simbólicos.

Minuchin et al. (1978) identificaram as características estruturais da família do anorético como semelhantes às da família psicossomática em geral. Inicialmente ele trabalhou junto a famílias psicossomáticas com asma e com crianças diabéticas. Ele observou no trabalho com crianças diabéticas que, entre elas, várias sofriam organicamente de incontáveis crises de acidose e, em conseqüência, necessitavam de hospitalização. Minuchin designou esta variação de psicossomática, em oposição ao que ele chamou de criança "normal" diabética. A observação dos padrões relacionais típicos nas famílias dessas crianças o levou a consolidá-las como famílias psicossomáticas. As principais características encontradas nas famílias faziam com que fossem classificadas como: emaranhadas, superdotadas, rígidas com ausência de resolução de conflitos e tendo o filho envolvido no conflito parental.

Com os anoréticos, Minuchin desenvolveu a famosa e conhecida "Lunch Session", refeição na qual fazem parte ele mesmo, o anorético e sua família juntos. Isto lhe permitiu identificar os mesmos elementos e padrões funcionais observados nas outras famílias psicossomáticas.

White (1983) critica o tipo de intervenção direta que visa a desafiar esses padrões rígidos. Desta forma poderia provocar muita resistência e aumentar a rigidez do sistema familiar. Ele introduz em sua perspectiva a análise da função do sistema rígido de crenças implícitas, perpetuadas através das gerações. Para White os sintomas do anorético refletem a maneira pela qual ele se coloca em segundo plano, reforçando a tradição da família.

A estratégia de intervenção terapêutica utilizada por ele tem por objetivo o combate à influência ameaçadora das crenças implícitas através da conscientização da família, do sistema de crenças e de suas conseqüências específicas. Inicialmente ele procura conhecer, a partir de informações sobre o processo transgeracional, quais as regras e crenças implícitas na família e qual tem sido o seu sistema de comunicação que levaram à fabricação do sintoma. Isto leva a família a se conscientizar de seu modo de funcionamento.

Posteriormente, ele trabalha com os membros da família no sentido de organizarem seus relacionamentos com valores e formas alternativas, sem sugerir ou pressionar o anorético a abandonar o sintoma. Seu estudo junto a 11 famílias anoréticas apresentou melhora significativa do sintoma.

Hoje verifica-se que estudos descritivos sugerem que relações familiares disfuncionais estão freqüentemente em associação com o desenvolvimento e persistência das desordens alimentares. (Stroger, M.; Humphrey, L., 1987).

Esta nova abordagem tem contribuído para a compreensão teórica do problema do anorético bem como para o seu tratamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste artigo introdutório, visamos a situar a anorexia mental numa dimensão histórica e nos diferentes quadros conceituais que norteiam os tratamentos.

Através da sucinta apresentação das diferentes abordagens a este problemas, observamos pontos de divergências conceituais, diferentes de objetivos, mas quase nada se conhece sobre os resultados desses procedimentos. Neste sentido, é grande a lacuna em relação à avaliação dos resultados terapêuticos nas diferentes técnicas apresentadas.

Nossa escolha em designar essa enfermidade de anorexia mental e não anorexia nervosa como é nomeada por vários pesquisadores foi para acentuar que se trata de uma síndrome produto de dificuldades psicológicas, de funcionamento mental e não uma conseqüência de causas orgânicas ou biológicas.

Como podemos perceber a anorexia mental é uma síndrome complexa e, apesar de inúmeros esforços por parte dos médicos, psiquiatras, psicólogos, ainda permanece um grande problema.

Não resta dúvida que a anorexia mental saiu de uma perspectiva linear, na qual tanto a elaboração teórica do problema quanto as formas de tratamento se centralizaram no paciente, para uma perspectiva sistêmica na qual os aspectos intrapessoais desta síndrome exigem novas considerações teóricas e formas de tratamento interacionais em nível multidisciplinar.

A visão multidisciplinar na análise do problema é a grande conquista no tratamento do anorexia.

Do ponto de vista epidemiológico observamos que, embora as pesquisas apontem para uma elevada incidência desta síndrome nos países industrializados e ricos, não é possível compararmos com os outros países, uma vez que em muitos deles: não há dados sistematizados disponíveis; a Medicina nem sempre é socializada, o que torna a hospitalização dispendiosa; o número de pessoas com carência alimentar por razões econômicas é elevado, o que pode gerar confusão do ponto de vista diagnóstico.

A estruturação dos elementos visando a um diagnóstico diferencial foi um passo para a realização de pesquisas em nível nacional e em nível transcultural.

Finalizando, consideramos que há uma grande necessidade de futuras investigações visando à avaliação dos tratamentos dessa enfermidade em suas diferentes abordagens,

bem como o estudo dos programas de tratamento que se realizam nos hospitais e centros, que a ela se dedicam nos dias atuais.

ABSTRACT

Eating disorders is the subject of four articles. This first article of the series introduces the subject of anorexia mental and presents several approaches to it.

We begin with the developmental history of the study of anorexia, presenting the epidemiological aspects. Differential diagnosis is discussed along with theoretical and therapeutic approaches used.

BIBLIOGRAFIA

- AGRAS W. S. e KRAEMER, H. C. (1983) – The treatment of anorexia nervosa: Do different treatments have different outcomes? **Psychiatric Annals**, **13**, 928-935.
- AMERICAN Psychiatric Association (1980) – **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** (3rd ed.) pág. 69 – Washington D. C.: Author. (by Psychiatric Association).
- BERKMAN, J. M. (1930) – Anorexia nervosa, anorexia, inanition and low based metabolic rate. **American Journal of Medical Science**, **180**, 411-424.
- BEUTLER, L. (1987) – Introduction to the Special Series – **Journal of Consultin and Clinical Psychology**, **55** (5), 627.
- DEJERINE, T. e GAUCKLER, E. (1913) – **The psychoneuroses and their treatment by psychotherapy**. Philadelphia: J. B. Lippincotto Co.
- DEUTSCH, H. (1940) – Anorexia Mentale par Hélène Deutsch – in **Lecop-Héron – Anorexie Mentale** nº 2, **91**, 36-44, 1984, Paris: Centre Etienne Marcel.

- DELTO, F. (1984) – Entretien avec Françoise Dolto sur l'anorexie Mentale – in **Le Cop-Héron – Anorexie Mentale** nº 2, 91, 5-28, Paris: Centre Etienne Marcel.
- ESCAMILLA, R. F. e LISSER, H. (1942) – Simmonds' disease: a clinical study with review of the literature: differentiation from anorexia nervosa by statistical analysis of 595 cases, 101 of which were proven pathologically. **Journal of Clinical Endocrinology**, 2, 65-96.
- FEIGHNER, J. P., ROBBINS, E., GUZE, S. B., WOODRUFF, R. A. Jr., WINOKUR, G. e MUNOZ, R. (1972) – Diagnostic criteria for use in psychiatric research. **Archives of General Psychiatry**, 26, 57-63.
- FERRO-BUCHER, J., NUNER, V., TURRA, I., REGE, M. (1987). Anorexia Mental e o contexto familiar. Estudo Clínico – Resumos S. B. P. C. – 39ª Reunião Anual – Brasília – DF.
- FREUD, S. (1895) – Um caso de cura pelo hipnotismo com alguns comentários sobre a origem dos sintomas histéricos através da contra-vontade (Caso Frau Emmy Von N.) ESBR. Vol. I. Imago Ed. – RJ.
- GARFINKEL, P. F.; GARNER, D. M. (1982) – A anorexia nervosa: a multidimensional perspectiva. New York: Brunner/Mazel.
- GULL, W. W. (1868) – Adress in medicine. **Lancet**, 2, 171-176.
- _____ (1874) – Anorexia nervosa (apepsia hiptrica, anorexia hysterica). **Transcripts of the Clinical Society of London**, 7, 22-28.
- HAMILTON, L. H., BROOKS-GUNN, J. e WARREN, P. M. (1985) – Sociocultural influences on eating disorders in professional female ballet dancers. **International Journal of Eating Disorders**, 4, 465-477.
- HOLMGREN, S., HUMBLE, K., NOSSING, L., ROOS, B. E., ROSMARK, B. e SOHLBERG, S. (1983) – The anorectic bullimic conflict. **Internacional Journal of Eating Disorders**, 2, 3-14.
- JONES, D. F., FOX, M. M., BABIGIAN, H. M. e HUTTON, H. E. (1980) – Epidemiology of anorexia nervosa in Monroe

- Country, New York: 1960-1976. **Psychosomatic Medicine**, **42**, 551-558.
- JOSEPH, A., WOOD, I. K. e GOLBERG, S. C. (1982) – Determining populations at risk for developing anorexia nervosa based on selection of college major. **Psychiatry Research**, **7**, 53-58.
- KALUCY, R. S., CRISP, A. H. e HARDING, B. (1977) – A study of 56 families with anorexia nervosa. **British Journal of Medical Psychology**, **50**(4), 381-395.
- KAPLAN, A. e WOODSIDE, D. B. (1987) – Biological aspects of anorexia nervosa and bulimia nervosa. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, **55-5**, 645-653.
- KAESTEMBERG (1975) – **Le corps et la faim**. Paris: Presses Universitaires de France.
- KOG, E. e VANDEREYCKEN, W. (1985) – Family characteristics of anorexia and bulimia: A review of research literature. **Clinical Psychology Review**, **5**, 159-180.
- KOG, E., VANDEREYCKEN, W. e VERTOMMEN, H. (1985) – Towards e verification of the psychosomatic family model: a pilot study tem families with an anorexia/bulimia nervosa patient. **International Journal of Eating Disorders**, **4**, 525-538.
- KOG, E., VERTOMMEN, H. e De GROOTE, T. (1986) – Family Interaction research in anorexia nervosa: the use misure of a self-report questionnaire. **International Journal of Family Psychiatry**, **6**, 227-243.
- LASÈGUE, C. (1873) – On hysterical anorexia. **Medical Times Gazette**, **2**, 265-266; 367-369.
- LEVENKRON, S. (1982) – **Treating and Overcoming Anorexia Nervosa**. New York: Warner Brooks Inc.
- LODEON, J. (1984) – Les cas “Baebie” – commentaires in **Le Coq-Héron**, Anorexie Mentale n^o 2, **91**, 45-51, Paris: Centre Etienne Marcel.
- LUCAS, A. R. (1981) – Toward an understanding of anorexia nervosa as a disease entity. **Mayo Clinic Proceeding**, **56**, 254-264.

- McGEE, K. e McGEE, J. (1986) – Behavioral Treatment of Eating Disorders in the Evaluation and Treatment of Eating Disorders edited by Diane Gibson – New York: The Haworth Press Inc. pp. 15-25.
- MINUCHIN, S. (1984) – An Anorectic Family in Family Kaleidoscopy, U. S. A., Harvard College, pp. 90-114.
- MINUCHIN S., ROSMAN, B. L. e BAKER, L. (1978) – Psychosomatic Families: Anorexia nervosa in context. Cambridge M. A.: Harvard University Press.
- MITCHELL, J. e ECKERT, E. (1987) – Scope and significance of Eating Disorders – Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55-5, 628-634.
- MORTON. R. (1689) – Phthisiologica, seu exercitationes de phthisi tribus libris comprehensae: totunque opus varies histories illustratum. London: Samuel Smith.
- _____ (1694) – **Phthisiologica: or, a treatrise of consumptions.** London: Smith and Walford.
- MOULTON, R. (1942) – A psychosomatic study of anorexia nervosa including the use of vaginal Smear. **Psychosomatic Medicine** 4(1), 62.
- RAHMAN, L., RICHARDSON, H. B. e RIPLEY, H. S. (1939) – Anorexia nervosa with psychiatric observations. **Psychosomatic Medicine** 1939, 1, 335.
- ROSMAN, B. L., MINUCHINI, S., BAKER, L. e LEIBMAN, R. (1977) – A family approach to anorexia nervosa: study, treatment and outcome, In: R. A. Vigersky (Ed.), **Anorexia Nervosa** (pp. 341-348). New York: Raven Press.
- RUSSELL, D. FREDMAN, M. L. FEIGHLIN, D. H. I., JEEJUBHOY, K. N., SWINSONI, R. P. & GARFINKEL, P. E. (1983) – Delayed gastric emptying and improvement with domperidone in a patient with anorexia nervosa. **American Journal of Psychiatry**, 140, 1235-1236.
- SCOTT, D. W. (1986) – Anorexia nervosa: a revoew of possible genetic factors. **International Journal of Eating Disorders**, 5, 1-20.
- SELVINI-PALAZZOLI, M. (1967) – La strutturazione della coscinese corporea. **Infanzia Anormale**, 73, 9-30.

- _____ (1063) – *L'anoressia mentale*. Milano: Feltrinelli.
- SELTZER, J. e WENCTE (1984) – Treating Anorexia Nervosa in the Somatic Hospital: A multi-systemic approach *Family Systems Medicine*, 2 – 2, 28-36.
- SIMMONDS, M. (1914) – Veber Hypo-physisschwund mit tödlichen ausgang. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 40, 322-323.
- STROBER, M., HUMPHREY, L. (1987) – Familial contributions to the Etiology and Course of Anorexia Nervosa and Bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 – 5, 654, 659.
- SZMUKLER, J. I. (1985) The Epidemiology of anorexia nervosa and bulimia. *Journal of Psychiatric Research*, 19, 143-153.
- THEANDER, S. (1970) – Anorexia Nervosa: A psychiatric investigation of 94 female patients. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 46, (Suppl. 214), 1-194.
- THEILGAARD, A. (1965) – *Psychological festing of patients with anorexia nervosa*. In: J. E. Meyer & H. Feldman (Eds.), Gottingen (p. 122), Stuttgart: Thiene.
- ULLMANN, L. e KRANSNER, L. (1966) – *Case studies in behavior modification*. New York: Holt Rinehart and Winston.
- VENABLES, J. F. (1980) – Anorexia Nervosa: a study of the pathogenesis and treatment of nine cases. *Gruy Hospital Reports*, 80, 212-226.
- WALLER, J. V., KAUFFMANN, R. e FELIX, D. (1940) – Anorexia Nervosa. A psychosomatic entity. *Psychosomatic Medicine*, 2, 3-16.
- WALTOS, D. (1986) – Historical Perspectives and Diagnostic Considerations in D. Gibson (Ed.), *The evaluation and treatment of eating Disorders*, pp. 1-13, N. Y.: The Haworth Press.
- WHITE, M. (1938) – Anorexia Nervosa: A transgeracional system perspective – *Family Process* 22(3): 225-273.
- WIRHING, M. e STIERLIN, H. (1985) – Psychosomatics I: Psychosocial Characteristics of Psychosomatic Patients

and their Families. **Family Systems Medicine**, 3, 1, 281-289.

WOLPE, J. (1969) – **The practice of behavior therapy.** New York. Perganin Press.

YAGER, J. e STROBER, M. (1985) – Family aspects of aeting disorders. In R. E. Hales & A. J. Frances (Eds.) **Psychiatry Update: Annual review** (vol. 4, pp. 481-502). Washington, D. C.: Americam Psychiatric Association.