

BASES PSICOSSOMÁTICAS DOS DISTÚRBIOS NUTRICIONAIS NA INFÂNCIA

PSYCHOSOMATIC BASES OF NUTRITIONAL DISORDERS IN CHILDHOOD

Sandra Ozeloto LEMES¹

Denise Elly Bellotto de MORAES²

Márcia Regina VÍTOLO³

RESUMO

A psicossomática tem sido amplamente integrada a diversas áreas de estudo. Neste trabalho o objetivo é discutir, sob o enfoque da psicossomática, alguns problemas orgânicos encontrados em crianças e suas bases psíquicas. Relata que as dificuldades no vínculo mãe-filho podem contribuir nas repercussões somáticas. A adequação das respostas maternas às necessidades fisiológicas da criança contribuem para o funcionamento harmonioso da criança, assim como as dificuldades maternas na compreensão dessas necessidades podem facilitar o desencadeamento de problemas psicossomáticos. Desta forma, os primeiros conflitos da interação mãe-criança encontram sua expressão na esfera da nutrição. Descreve que entre os quadros mais relevantes dos distúrbios nutricionais encontram-se: anorexia, obesidade, bulimia, ruminação ou mericismo. A abordagem terapêutica desses distúrbios deve, sempre que possível, ser realizada por uma equipe multiprofissional, já que as suas causas são multifatoriais. Portanto, a melhor assistência deve sempre levar em consideração a relação entre o físico e o psíquico como exposto no texto.

Termos de indexação: distúrbios psicofisiológicos, distúrbios nutricionais, criança, anorexia nervosa, obesidade, bulimina.

ABSTRACT

The psychosomatics has been widely integrated to several areas of study. The objective of this work is to discuss, under a psychosomatic prospect, the nutritional disorders found in children and the psychical bases of these disorders. Difficulties in the mother-child ties may contribute to somatic repercussions. The adequacy of mother's answers to the child's physiological and emotional needs contributes to a harmonious functioning, in the same way that mother's difficulties in understanding the child's demands may facilitate the development of psychosomatic disorders. In this way, the first conflicts in the mother-child

⁽¹⁾ Psicóloga, Pós-graduanda do Curso de Especialização em Nutrição Materno-Infantil da Disciplina de Nutrição e Metabolismo do Departamento de Pediatria da UNIFESP/EPM.

⁽²⁾ Psicóloga, Supervisora da Área de Psicologia do Curso de Especialização em Nutrição Materno-Infantil da Disciplina de Nutrição e Metabolismo do Departamento de Pediatria da UNIFESP/EPM.

⁽³⁾ Nutricionista, Doutora em Ciências Biológicas pela UNIFESP/EPM, Professora Titular do Curso de Nutrição da Faculdade de Ciências Médicas da PUCAMP.

interaction find their expression in the nutritional sphere. Anorexia, obesity, bulimia, rumination and regurgitation are among the more relevant aspects of the nutritional disorders. The therapeutic approach of these disorders may, as much as possible, be conducted by a multiprofessional team, since the causes are based on several factors. Thus, the best assistance should always consider the link between the physical and psychological bases as exposed in the text.

Index terms: *Psychophysiologic disorders, nutritional disorders, child, anorexia nervosa, obesity, bulimia.*

1. INTRODUÇÃO

Este texto não tem a pretensão de esgotar o tema, nem do ponto de vista dos distúrbios existentes, nem da sua abordagem terapêutica, mas sim de chamar a atenção dos profissionais de saúde para as bases psíquicas dos problemas somáticos encontrados em crianças.

Segundo PERESTRELLO (1987), não há dúvidas de que vivemos em plena era do florescimento da doença psicossomática. De modo geral, pode-se dizer que não existe setor na medicina no qual o fator psicossomático não esteja sendo estudado. Os pesquisadores mais conservadores dia-a-dia transigem e aceitam uma situação de fato: a presença dos estados afetivos como elementos integrantes dos quadros patológicos.

Para AJURIAGUERRA (1986), as doenças psicossomáticas são caracterizadas por uma desorganização somática, transitória ou permanente, cuja gênese ou cujo desenvolvimento, comporta um determinismo de ordem psicológica, quer atual, quer de ordem regressiva, que evidencia a existência de organizações psicobiológicas precoces.

Para LINNA et al. (1991), os sintomas psicossomáticos podem surgir nas crianças a partir da sua inabilidade em dominar problemas intrínsecos, que são transferidos para um nível mais aceitável de angústia corporal ou queixa física. A sua ocorrência em crianças é alta, ainda que o diagnóstico, o tratamento e os cuidados sejam desafios para o trabalho psiquiátrico infantil.

Mas, qual será a razão pela qual um determinado indivíduo se torna anorético e um outro sofre de insônia ou enurese? A questão da escolha do órgão suscita opiniões divergentes. Uns evocam a predisposição causada pela constituição ou pela fraqueza de um sistema orgânico devido à idade ou a uma particularidade da doença; outros dizem que não se pode negar as diferenças individuais, assim como

a facilidade de algumas esferas orgânicas em determinadas idades, como as funções digestivas e o sistema nervoso do lactente. As questões da hereditariedade e das condições do ambiente também são fatores considerados importantes na escolha do órgão (KREISLER, 1978).

É interessante ressaltar que os distúrbios psicossomáticos são perturbações funcionais dos diferentes órgãos e aparelhos. Assim, o aparelho digestivo é o sítio onde grande número de reações emocionais da criança pode manifestar-se. Em moléstias sistêmicas, ou nos períodos de infecções gerais, a criança responde com sintomas nos órgãos do sistema digestivo (GRÜNSPUN, 1980).

Sob outro ponto de vista DEBRAY (1988) refere que o caráter freqüentemente sobredeterminado dos distúrbios que os bebês e as crianças pequenas podem apresentar, pode aparecer, às vezes, como diretamente ligado, senão herdado, da problemática infantil da mãe ou do pai. Porém isso não se constitui uma regra.

Para ALEXANDER (1936) o universo da criança centra-se na nutrição e nas fortes emoções de desprazer e gratificação que estão associadas a essa função e que em muitas fases do processo alimentar se mantêm relacionadas a certas atitudes emocionais. KREISLER et al. (1981), também partilham desse conceito referindo que os primeiros tipos de relacionamento mãe-filho estão intimamente ligados à prática alimentar.

Segundo DEBRAY (1988) tudo o que toca ao desenvolvimento do bebê e, depois, da criança pequena, e em particular o que se revela ligado à constituição progressiva de seu aparelho psíquico, não deixa de repercutir sobre as grandes funções de base, que são o sono e a alimentação.

Assim, AJURIAGUERRA (1983) refere que o ato de alimentar uma criança não é apenas uma atividade nutritiva, nem uma doação oral tão-somente;

é, da parte da mãe, uma doação não apenas pelo seio que ela dá, mas pela atitude que ela assume. Portanto, boas mães são em geral também boas nutrizes, pois a criança não é apenas satisfeita pelos alimentos, mas tem suas outras necessidades também satisfeitas. O autor acrescenta ainda que, quando a criança adquire um desenvolvimento motor suficiente para desejar comer sozinha, a mãe em geral introduz regras de conduta social muito rígidas. Inicia-se assim o estabelecimento de um jogo: de um lado a criança tenta submeter a mãe a seus caprichos e ter a sua atenção e de outro a mãe tenta impor o seu poder. Como conseqüência, observam-se mães preocupadas em "engordar" seus filhos como garantia de ser boas mães, ou mães ansiosas que fazem da hora da refeição um momento interminável.

Para ROCHA (1991) a função da mãe deve ser de mediadora, ou seja, suficiente para que a criança possa desenvolver seus próprios recursos para lidar com a realidade e com os seus limites. Segundo KREISLER (1978) é na adaptação da mãe às necessidades fisiológicas do lactente que reside a harmonia das funções; da falta de adaptação pode resultar a doença.

2. ANOREXIA

Segundo KREISLER et al. (1981) a anorexia mental do bebê é um acontecimento cotidiano na prática e foi um dos primeiros distúrbios a ser reconhecido pelo pediatra como de origem psíquica.

A anorexia mental instala-se na maior parte das vezes por volta do sexto mês, período da relação efetiva com a mãe, às vezes na ocasião de uma doença, sobretudo quando se começa a dar outros alimentos, além do leite, impostos desajeitadamente (KREISLER, 1978).

A anorexia instala-se de forma rápida e permanece como um sintoma praticamente isolado. O crescimento ponderal torna-se somente mais fraco, embora continue a progredir, o que é bastante extraordinário se o compararmos com as quantidades muito reduzidas de alimentos aceitas por certas crianças (KREISLER et al., 1981).

Para AJURIAGUERRA (1983) as formas mais graves de anorexia quase sempre correspondem a uma situação conflitiva evidente na relação com a

mãe. É raro os lactentes que apresentam anorexia, não sofrem mais tarde atrasos na regulação esfíncteriana, distúrbios do sono, reações do tipo espasmo de soluço ou dificuldades de caráter e de comportamento.

KREISLER et al. (1981) distinguem dois tipos de anorexia do segundo semestre de vida da criança:

- A anorexia simples, que surge em sua origem como um distúrbio reacional ao desmame, a uma modificação alimentar ou a um incidente patológico benigno grave, que provoca uma anorexia orgânica passageira.

- A anorexia complexa, que se caracteriza pela intensidade do sintoma e por sua resistência aos métodos habituais de tratamento.

AJURIAGUERRA (1983) refere que não se deve considerar a anorexia de uma criança como um sintoma e tratá-la como tal, antes de se fazer uma avaliação extremamente detalhada da totalidade da conduta alimentar, condições nas quais ela se efetua, horários e número de refeições, quantidade de ingestão, ambivalência na qual se desenvolve a alimentação. É preciso saber que, até certo ponto, a alimentação da criança é um ritual, a qual deve estar, em parte, condicionada. Mas esse ritual deve concorrer unicamente para a satisfação das necessidades da criança, e não para a satisfação da mentalidade possessiva de certas mães, ou para as imperiosas exigências de algumas outras, que organizam refeições precipitadas e confusas.

A conduta social é um fator de grande influência na questão alimentar, pois a alimentação não é um processo único de consumo de alimento, mas sim um importante evento social, fonte de satisfação e de simultânea avaliação (MORAVA, 1992).

O destino da anorexia mental do segundo semestre de vida da criança é variável. Várias crianças melhoram se são tratadas cedo. Em outras, ou porque não foram abordadas de maneira conveniente, ou por ser a anorexia mental de natureza diferente, podem perpetuar-se durante semanas, meses ou até anos, sem que isso ameace seriamente a saúde da criança, e jamais a vida, ao contrário da anorexia nervosa (KREISLER et al., 1981).

A anorexia nervosa surge próximo à adolescência, sendo freqüente em meninas, que vivem num meio extremamente dependente, em geral muito mimadas, quase sempre filhas únicas. As restrições

alimentares podem começar em decorrência de um choque emocional ou de conflitos psicológicos evidentes, embora quase sempre elas se instalem de maneira progressiva sem causa aparente. No início, as reduções alimentares podem ser seletivas ou quantitativas, e isto é de consciência dos adolescentes. Posteriormente, os jovens passam a negar a realidade dos fatos e o que parecia um problema pessoal logo se apresenta claramente como um problema inter-relacional. O que de início parecia ter um sentido racional, é mais tarde percebido pela família como um mecanismo de autodestruição, do qual ela sentirá os componentes agressivos (AJURIAGUERRA, 1983). Assim BOWLER (1992), em seu estudo com anoréticos nervosos, constatou que a anorexia nervosa se desenvolve num contexto de depressão.

Para YEN (1992), a personalidade de um anorético nervoso varia muito. Eles apresentam insegurança social, excessiva dependência e obediência, espontaneidade limitada, perfeccionismo e autonomia diminuída. Esses pacientes possuem muitas vezes auto-realizações e parecem ser totalmente bem sucedidos em academias de ginásticas e no trabalho.

O trabalho realizado por McLAREN (1991) com crianças com anorexia nervosa na Ásia, nos chama a atenção para a importância do fator cultural. Ele coloca em questão a possível raridade, como se acreditava, da anorexia nervosa na Ásia. O autor destaca que os pacientes anoréticos só não chegam até os hospitais e aos centros especializados devido à tradição cultural das mulheres comerem pouco e muitas vezes o mínimo, uma vez que o peso médio e o sobrepeso são considerados um privilégio masculino. Portanto, todas as mulheres anoréticas ou não, estariam dentro do padrão estético feminino daquela região.

PROBST et al. (1992), em estudo realizado com anoréticos, constataram que eles possuem uma distorção da imagem corporal, superestimando suas medidas. YEN (1992) também concorda com essa afirmação e refere que o anorético apresenta assim, um peso de 15% abaixo do esperado. O baixo peso resulta de intensas dietas, que são combinadas com a indução ao vômito, uso de laxantes e abuso de diuréticos. O baixo peso também está relacionado com o abuso na realização de exercícios (PROBST et al., 1992; YEN, 1992).

LASK & WAUGHT (1992) também fazem menção à imagem corporal distorcida do anorético,

referindo que a discrepância entre o real e a percepção do tamanho do corpo indubitavelmente tem significância psicológica, mas não pode ser determinada com certeza se essa imagem corporal não estiver associada com fatores que se manifestam e que se perpetuam no corpo.

Para concluir, estudos têm focalizado o prognóstico de anorexia e bulimia. E, recentemente, tem-se notado que o prognóstico em anoréticos é pior do que em bulímicos. Isso, devido à resistência dos pacientes anoréticos. Experiências clínicas confirmam esse dado, ainda que futuras investigações devam focalizar essa questão (YEN, 1992).

3. OBESIDADE E BULIMIA

Nos pacientes com anorexia existe uma diminuição do apetite devido a fatores emocionais inconscientes; já na obesidade, o apetite é exagerado (AJURIAGUERRA, 1983).

Segundo MORAVA (1992) a obesidade é primeiramente um distúrbio de comportamento alimentar. Ela geralmente não está associada com qualquer sintoma psicológico, mas pode-se muitas vezes encontrar estes fatores em seu desenvolvimento. KREISLER (1978) parece concordar com esse ponto de vista, referindo que os estudos contemporâneos revelam a fixação precoce da tendência para a obesidade nos planos simultaneamente fisiológico e psicológico. As dietas exageradas, sobretudo em gorduras nos primeiros meses de vida, podem levar a uma obesidade definitiva. Esse fato revela a importância de intervenções precoces.

A obesidade já é, em grande parte, um problema das crianças, e muitas crianças com excesso de peso serão adultos com excesso de peso (MORAVA, 1992). Os pais obesos freqüentemente terão crianças obesas, pois nas famílias em que o consumo de alimento é alto e encorajado, a probabilidade da obesidade é elevada. Para as crianças, a dificuldade social e a psicológica são conseqüências da obesidade. Para as mais novas, os pais são os mais poderosos fatores de influência (MOILANEN, 1991).

Com efeito, é com freqüência sobre a base de uma alimentação por demais abundante e dada ao menor grito que o bebê vai se achar engajado numa via onde qualquer desgosto, de qualquer natureza, será afagado por um aporte alimentar. E as

gratificações de diversas origens podem, desde cedo, ser solucionadas através da alimentação (DEBRAY, 1988).

AJURIAGUERRA (1983) refere que o problema da obesidade comum deve ser abordado a partir de dois fatores essenciais que ninguém contesta: de um lado, as ingestões alimentares excessivas, em particular do ponto de vista qualitativo, aumentam o peso, enquanto que as restrições alimentares o diminuem; de outro lado, cada indivíduo reage de modo particular, do ponto de vista ponderal, aos excessos ou às restrições alimentares.

Mas qual a razão por que algumas mães sentem a necessidade de superalimentar as crianças? Nos primeiros meses de vida a nutrição faz supor os gestos essenciais de comunicação entre mãe e filho, e é nessa comunicação que reside o erro, que consiste em satisfazer imediatamente e sem demora qualquer necessidade ou mal-estar por meio do alimento. O pedido, a insatisfação são cumulados por uma resposta uniforme, como uma chave que serve para todas as fechaduras, a satisfação alimentar (KREISLER, 1978).

GOLFETO (1991) em seu trabalho "A psicossomática de um caso clínico infantil", discute o caso de uma menina de 10 anos e meio, com o seguinte quadro psicossomático: asma, obesidade e dores de cabeça. Com base na evolução da criança em tratamento, houve uma melhora significativa em relação às dores de cabeça e asma; enquanto que com relação à obesidade, fonte de angústia para a paciente, não houve evolução, o que o autor acabou considerando como um prognóstico desfavorável, já que a menina permaneceu obesa na adolescência e fase adulta. Através deste prognóstico, é cabível a hipótese que o estado emocional do paciente freqüentemente ajude a determinar o curso da doença.

Por outro lado, segundo AJURIAGUERRA (1983) não se pode subestimar a importância das pressões sociais e seus efeitos desfavoráveis sobre o psiquismo das crianças obesas.

KREISLER et al. (1981) referem que mais da metade das crianças obesas adquirem bulimia durante o primeiro ano de vida. Essas formas precoces são também as mais tenazes, o que é confirmado pelas observações de médicos, os quais encontram em seus

pacientes uma proporção considerável de obesidade precoce.

A bulimia constitui um sintoma em que a criança tem um apetite exagerado, come muito e a todo momento, com uma avidez e voracidade notáveis. Em muitos casos, a bulimia aparece acompanhada de obesidade, mas também existem crianças bulímicas muito ágeis e que não são gordas. Convém não confundir a bulimia com o grande apetite natural do adolescente, cuja motivação é a necessidade imposta pelo crescimento corporal (SOIFER, 1991).

Segundo ALEXANDER (1936) são raros os casos de bulimia devidos a fatores orgânicos, como os casos de hipertiroidismo, em que o apetite é exagerado em função do aumento do metabolismo. Na bulimia psicógena, a problemática não é uma expressão do aumento da necessidade do organismo de alimentar-se. O comer se transforma em uma recompensa substitutiva de tendências emocionais frustradas que não estão relacionadas com o processo de nutrição.

Para YEN (1992) os bulímicos possuem dificuldade em controlar os impulsos, apresentando quadros que incluem roubos, abusos de substâncias e comportamento suicida.

KENT & CLOPTON (1992) realizou um estudo comparando famílias de pacientes bulímicos com famílias de não bulímicos e constatou que nas famílias de bulímicos existe menor cuidado, menor coesão e maior superproteção. Além de alto nível de conflitos e hostilidade.

4. RUMINAÇÃO OU MERICISMO

O mericismo, segundo ROCHA (1991) é um distúrbio que aparece com freqüência no segundo semestre de vida. Trata-se de um vômito provocado; a criança parece rejeitar parte dos alimentos, enquanto uma fração de bolo alimentar é reutilizada por uma forma de ruminação. É um comportamento repetitivo, que sobrevém quando a criança está só ou sente estar. O aspecto mais inquietante não é tanto a perturbação no nível alimentar, mas o desinteresse marcante da criança com relação ao meio que a cerca, um estado singular em crianças tão pequenas que pode ser descrito como retraimento autista.

Para DEBRAY (1988) o mericismo tem um aspecto muito particular, que reside no fato de que se trata realmente de uma conduta contra a natureza, pois o sentido habitual do trânsito digestivo: da boca ao estômago e depois ao intestino, ao colo, ao reto e ao ânus, se acha invertido; o alimento entra e sai da boca após passar um período mais ou menos breve no estômago. Se a quantidade de alimento que vai conseguir, apesar de tudo, passar do estômago ao intestino for insuficiente, compreende-se que o bebê possa se enfraquecer e, com o passar do tempo, correr risco de vida.

O mericismo refere-se a uma daquelas observações dramáticas em que se apresenta uma manifestação de autodestruição que deixa consternado o observador adulto. Mas a clínica psicossomática é justamente a da autodestruição. Por isso é tão difícil aceitá-la na realidade (KREISLER et al., 1981).

A criança acaba fabricando uma disfunção da qual tira um prazer. O próprio exercício do mericismo, no seu aspecto motor, pode também ser considerado como uma espécie de atividade lúdica. Um esquisito jogo, na verdade, que chega ao ponto de por em perigo a vida de um jovem jogador. O prazer procurado tem como conseqüência um desvio dos interesses em benefício de uma satisfação patológica e em prejuízo da ligação com a mãe (KREISLER, 1978).

O mericismo ora é isolado, ora sucede ou alterna com outras atividades repetitivas, como a sucção do polegar ou dos outros dedos, e, nas crianças mais velhas, com a manipulação de uma parte do corpo: cabelos, orelhas, órgãos genitais, etc. Cumpre assinalar que o apetite é conservado. Com freqüência, a criança é mesmo voraz (KREISLER et al., 1981).

5. ABORDAGEM TERAPÊUTICA

A diversidade das doenças psicossomáticas admite um grande número de meios terapêuticos, cujo leque se abre desde a simples consulta até as psicoterapias elaboradas. A sua escolha faz-se de acordo com a natureza das perturbações, sua gravidade e outras circunstâncias. Todos os autores incluem a criança, os pais e o médico numa relação triangular e, quando se descrevem os tratamentos da criança, por detrás desenha-se constantemente a maneira como a família interpreta esse tratamento (KREISLER, 1978).

ROCHA (1991) também concorda com essa forma de trabalho em que os pais participam do tratamento. Para ela, o sintoma não pode ser visto apenas como o resultado de uma doença da criança. Ao contrário, deve ser encarado como resultado de forças que se manifestam em diferentes sistemas: fisiológico, psicológico, ambiental. A compreensão da dinâmica familiar permite um conhecimento maior e mais profundo da criança e dos seus distúrbios.

KREISLER et al. (1981) e DEBRAY (1988) concluíram que é a unidade mãe-filho, ao nível orgânico e psicológico, que precisa ser trabalhada. Os autores consideram as manifestações psicossomáticas precoces como sinais de futuras perturbações orgânicas, por isso acentuam o valor do tratamento da unidade mãe-filho para uma abordagem preventiva.

Para KREISLER et al. (1981) a abordagem, seja ela preventiva ou curativa, tanto da criança quanto familiar, pode ser feita na maioria das vezes pelo próprio pediatra. Isso, desde que ele disponha dos meios necessários ajustados à sua prática, o que torna imprescindível que uma dimensão mais emocional do ser humano penetre no ensino e na prática da pediatria. Para ALEXANDER (1936) o primeiro passo é fazer um diagnóstico médico que inclua a valorização completa dos fatores da personalidade; posteriormente, formula-se um plano de tratamento. O autor sugere, também, que a psicoterapia deve caminhar simultaneamente com o tratamento médico.

Para KENNEDY & GARFINKEL (1992), a realização da técnica cognitiva-comportamental em grupo ou individual produz uma melhora no comer (os pacientes tornam-se mais tranquilos com relação à utilização de métodos que controlam o peso e a dieta). Existe então uma melhora na atitude em relação ao corpo, figura e peso. Essa técnica tem como fundamento o uso de drogas antidepressivas. HARTMANN et al. (1992) também partilham dessa técnica, combinada com a orientação psicanalítica e técnicas psicodinâmicas.

SIMPSON & RAMBERG (1992) defendem que, ao tratar de doenças alimentares, é prudente utilizar um curto período de tempo, devido ao risco de vida que os pacientes podem estar correndo.

FENICHEL (1981) considera que a psicanálise seria indicada para sintomas que resultem de atitudes inconscientes crônicas, para fazer conscientizar essa atitude e, desta forma, superá-la.

Quando se trata de psicoterapia da criança com problemas psicossomáticos é preciso levar em conta que esses distúrbios são decorrentes da sua incapacidade para elaborar psiquicamente os conflitos que passam, então, a expressar-se no corpo, de forma primitiva, não verbal e assimbólica. Alguns autores divergem quanto à linha psicoterapêutica a ser seguida, mas são unânimes em aceitar que deve haver um acompanhamento. A maioria concorda que os tratamentos medicamentosos e a hospitalização só devem ser utilizados quando extremamente necessários (ROCHA, 1991).

Assim, para FISBERG (1995), o trabalho multiprofissional seria o mais recomendado, pois ele funciona na sociedade como multiplicador e atinge sua finalidade última, que é oferecer a melhor assistência. A assistência, portanto, levará ao paciente a promoção de sua saúde, seja emocional, seja orgânica, nutricional ou fonoaudiológica, protegendo e recuperando a saúde ao intervir com medidas que podem levar à melhora do padrão da doença.

Seguindo a mesma linha de pensamento, VÍTOLO (1993) relata que o tratamento dietético dos distúrbios nutricionais na infância, deve ser encarado como uma medida de apoio e não como única forma de solução, pois considerando que resultam de múltiplos fatores e que o comprometimento emocional está presente de forma predominante, seria contraditório atuar em um contexto multiprofissional e esperar resultados positivos somente da conduta dietética.

6. CONCLUSÃO

As manifestações e distúrbios psicossomáticos constituem-se em uma das muitas formas de expressão da psiquê em conflito. Isso acontece quando o indivíduo é incapaz de elaborar psiquicamente os seus conflitos, de integrar um traumatismo psíquico de qualquer outro modo que não seja o somático.

Nas crianças, essa incapacidade para integrar e elaborar psiquicamente as tensões decorrentes dos conflitos pode ser explicada pela imaturidade psíquica (nos bebês), ou por uma crise regressiva no desenvolvimento evolutivo da criança. No primeiro caso, o bebê pode receber a ajuda da mãe, caso ela seja continente e possua uma boa intuição com relação aos sentimentos do seu bebê.

Em qualquer um dos dois casos acima, desde que eles sejam ocasionados por manifestações psicossomáticas, estas manifestações são temporárias e fazem parte dos recursos de que a criança dispõe naquele momento para lidar com as suas angústias. O problema é caracterizado quando o corpo sofre no lugar da mente, aí então é que se pode falar em distúrbios psicossomáticos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALEXANDER, F. *Medicina psicossomática sus fundamentos y aplicaciones*. Cuba : Cultural, 1936. p.31-56.
- AJURIAGUERRA, J. *Manual de psiquiatria infantil*. São Paulo : Masson, 1983. p.181-197.
- _____, MARCELLI, D. *Manual de psicopatologia infantil*. São Paulo : Masson, 1986. p.126-136.
- BOWLER, C. Late-onset anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, London, v.160, n.5, p.717, 1992.
- DEBRAY, R. *Bebês: mães em revolta*. Porto Alegre : Artes Médicas, 1988. p.76-103.
- FENICHEL, O. *Teoria psicanalítica das neuroses*. Rio de Janeiro : Atheneu, 1981. p.221-234.
- FISBERG, M. Baixa-estatura: abordagem ambulatorial multidisciplinar. *Revista Paulista de Pediatria*, São Paulo, v.13, n.1, p.15-19, 1995.
- GOLFETO, J.H. A psicossomática de um caso clínico infantil. *Revista ABP-APAL*, São Paulo, v.13, n.2, p.68-74, 1991.
- GRÜNSPUN, H. *Distúrbios psicossomáticos da criança*. Rio de Janeiro : Atheneu, 1980. p.187-228.
- HARTMANN, A., HERZOGG, T., DRINKMANN, A. Psychotherapy of bulimic nervous. What is effective? A Meta Analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, Oxford, v.36, n.2, p.159-167, 1992.
- KENNEDY, S., GARFINKEL, P.E. MD Advances in diagnosis and treatment of anorexia nervosa and bulimia. *Canadian Journal of Psychiatry*, Ottawa, v.37, n.5, p.309-315, 1992.
- KENT, J.S., CLOPTON, J.R. Bulimic women's perceptions of their family relationships. *Journal of Clinical Psychology*, Brandon, v.48, n.3, p.281-292, 1992.
- KREISLER, L. *A Criança psicossomática*. Lisboa : Editora Esta, 1978. p.33-54.

- _____, FAIN, M., SOULÉ, M. *A criança e seu corpo: psicossomática da primeira infância*. Rio de Janeiro : Zahar, 1981. p.91-158.
- LASK, B., WAUGHT, R.B. Early-onset anorexia nervosa and related eating disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, Oxford, v.33, n.1, p.281-300, 1992.
- LINNA, S.L., MOILANEM, K.H., ERNVALL, M.L., KARPPINEM, M.M. Prevalence of psychosomatic in children. *Psychotherapy and Psychosomatics*, Basel, v.56, p.85-87, 1991.
- McLAREN, P. Anorexia nervosa in asian children. *British Journal of Psychiatry*, London, v.159, n.10, p.591-592, 1991.
- MOILANEN, I. Psychosomatic symptoms in adolescent twins. Longitudinal twin study with special reference to psychosomatic symptoms. *Psychotherapy and Psychosomatics*, Basel, v.56, n.1-2, p.88-93, 1991.
- MORAVA, E. Social, psychic and mental factors affecting nutritional behavior. *Bibliotheca Nutritio et Dieta*, Basel, v.49, p.131-136, 1992.
- PERESTRELLO, D. *Trabalhos escolhidos: psicologia médica, psicossomática, psicanálise*. Rio de Janeiro : Atheneu, 1987. p.63-72.
- PROBST, M., COPPENOLLE, H.V., VANDEREYCKEN, W., GORIS, M. Body image assessment in anorexia nervosa patients and university students by means of video distortion: a reliability study. *Journal of Psychosomatic Research*, Oxford, v.36, n.1, p.89-87, 1992.
- ROCHA, A.P.B. Psicossomática na infância: um estudo sob o ponto de vista psicanalítico. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v.40, n.6, p.335-342, 1991.
- SIMPSON, W.S., RAMBERG, J.A. Sexual dysfunction in married female patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Sex and Marital Therapy*, New York, v.18, n.1, p.44-54, 1992.
- SOIFER, R. *Psiquiatria infantil operativa, psicopatologia*. Porto Alegre : Artes Médicas, 1991. v.2: p.97-98.
- VÍTOLO, M.R. Orientação dietética e educação nutricional. *Pediatria Moderna*, São Paulo, v.24, n.4, p.145-146, 1993.
- YEN, J. L. MD General overview and treatment considerations of anorexia and bulimia. *Comprehensive Therapy*, Ayer, v.18, n.1, p.26-29, 1992.

Recebido para publicação em 5 de setembro de 1995 e aceito em 9 de setembro de 1996.