

A ANOREXIA NERVOSA E A INVESTIGAÇÃO EM PSICOSSOMÁTICA

D. BOUÇA, D. SAMPAIO, J.C. DIAS CORDEIRO

Clínica Psiquiátrica Universitária. Faculdade de Medicina de Lisboa. Hospital de Santa Maria. Lisboa.

RESUMO

Os autores fazem uma breve revisão, da evolução do conceito e critérios de Diagnóstico da Anorexia nervosa e chamam a atenção para as formas de transição e associação com a Bulímia nervosa. A propósito das hipóteses etiológicas referem um estudo retrospectivo incidindo sobre 13 doentes sexo feminino internadas durante o ano de 1990 na Clínica Psiquiátrica do Hospital de Santa Maria em que encontravam dificuldades na relação precoce mãe-bébé, manifestada quer por insatisfação da criança referidas ao momento do aleitamento e da introdução da alimentação diversificada. Discutem e sugerem linhas de estudo para as doenças do comportamento alimentar, a partir de uma investigação multidisciplinar que englobe os factores biológicos, sócio culturais, do desenvolvimento individual e da dinâmica familiar.

SUMMARY

Anorexia nervosa and the psychosomatic research

The paper begins with a revision of diagnostic criterion of Anorexia Nervosa (AN), stressing the importance of early diagnosis and transitional forms between AN and Bulimia Nervosa. A retrospective study of 13 female patients with AN, treated during 1990 in Lisbon Psychiatric University Clínica (Hospital de Santa Maria, Lisboa) is then described. The Authors outline some common characteristics of the sample, mainly difficulties in the early relationship mother-child, shown by maternal dissatisfaction on feeding the baby and with changing of food. Concluding, the Authors point out some directions for eating disorder's investigation, starting with a multidisciplinary work including biological and cultural factors and understanding of individual development and family dynamics.

A inclusão da Anorexia Nervosa no grupo das doenças psicossomáticas permanece discutível. Se em muitas situações não é possível estabelecer um elo psicossomático, no período agudo da doença é evidente a repercussão biológica, manifestada através de sintomas físicos e parâmetros laboratoriais, traduzindo como que uma frenação das funções orgânicas, *A depressão das funções vitais* de Gull¹.

Nos treze casos que estudámos em pormenor, a relação com as doenças psicossomáticas é bem expressa na ligação entre acontecimentos vitais e o aparecimento ou agravamento dos sintomas (75% dos casos).

Exemplo:

Mãe de Sandra — A relação com o meu marido tem corrido mal há já vários anos. Estávamos a pensar na separação na altura em que a Sandra adoeceu. Agora isso fica para o 2.º lugar, até nos temos dado melhor.

Diana — Quando passei do ciclo para o Liceu senti-me estranha, sozinha. Não conhecia ninguém e as raparigas eram todas parvas e sem interesse. Só pensavam em namorar...

Sofia — Fui passar umas férias ao Brasil quando tinha 15 anos. Os meus pais tinham acabado de se separar, mas isso já eu esperava. No Brasil comecei com umas fomes incontroláveis... e depois aquele mal estar, aquela culpa por ter comido que me obrigava a vomitar...

CONCEITO

O Conceito de Anorexia Nervosa tem sofrido uma evolução marcada ao longo do tempo.

A primeira descrição clínica da doença foi feita por Morton² em 1964, embora com o nome de Caquexia Nervosa...

uma atrofia nervosa consumptiva sem febre, tosse ou dispneia.

Mais tarde William Gull (1968) utilizou pela primeira vez o termo Anorexia Nervosa, descrevendo ... *uma forma particular de doença, ocorrendo mais frequentemente nas mulheres jovens, caracterizada por emaciação extrema; e a propósito de um caso diz: ... era estranho como um corpo tão emagrecido, podia fazer tanto exercício, aparentemente com agrado... e ainda ... havia uma depressão de todas as funções vitais: p. ex. amenorreia, bradicardia, hipopneia...*

Um pouco mais tarde (1873), Laségue³ utilizou o termo Anorexia histórica para descrever o mesmo quadro: *uma jovem rapariga entre os 15 e 20 anos de idade, sofre de uma emoção que tenta esconder. Gradualmente reduz a comida de uma forma progressiva; ao fim de umas semanas há uma verdadeira recusa alimentar que pode ser prolongada indefinidamente... ao fim de vários meses a família, o médico a família, o médico e os doentes desistem e desenvolve-se uma perversão mental que justifica o nome que usei à falta de melhor.*

Diz ainda Laségue ... *o que domina a situação de um estado de indiferença verdadeiramente patológico. A doente não suspira pela recuperação apesar de todas as coisas desagradáveis que se vão passando.*

DIAGNÓSTICO

A sistematização mais precisa do diagnóstico ocorre com os critérios de Feighner, em 1972 e mais recentemente com as classificações DSM III e DSM III R.

Daquela para esta desapareceu a exigência do início da doença antes dos 25 anos, e na DSM III R é também modifi-

cada a percentagem de perda de peso necessário, de 25% para 15%.

Assim, para se fazer o diagnóstico segundo a DSM III R, utilizam-se os seguintes critérios:

A — Recusa em manter um peso acima do mínimo normal para a idade e estatura, perda de peso de 15% abaixo do esperado ou falência em adquirir o peso esperado durante o período de crescimento, levando a um peso mantido 15% abaixo do normal.

B — Medo intenso de ganhar peso ou tornar-se gordo, mesmo quando emagrecido.

C — Distorção no modo como a imagem corporal é vivenciada, isto é, o indivíduo sente-se gordo mesmo quando emaciado, pensa que uma parte do seu corpo está demasiado gorda, quando obviamente está emagrecido.

D — Nas mulheres ausência de pelo menos 3 ciclos menstruais consecutivos quando esperados. Uma mulher é considerada amenorreica se os períodos menstruais ocorrem somente à administração de hormonas (estrogénios).

Na clínica temos encontrado situações em que é nítida a recusa em manter um peso adequado para a idade e estatura mantendo-se sempre abaixo desse valor com restrições alimentares por vezes de longa duração, com o receio de perderem o controlo sobre a ingestão alimentar e aumenta de peso, embora não cheguem a atingir os 15% de peso abaixo do esperado.

Ex.: Margarida — 19 anos, 1,56 m, 48 Kg de peso.

Há dois anos iniciou dieta restritiva de emagrecimento por se sentir gorda (56 Kg) Amenorreia há um ano. *Já estou habituada a comer assim. Se como um dia mais calorias passo um ou dois dias sem comer para compensar. Aumentar de peso nunca. Tenho medo de perder o controlo e nunca mais parar de engordar. Dizem que estou magra mas eu não acho. Gostava de ter menos anca e peito.*

Deverão estes casos ser considerados anorexias nervosas e tratados como tal?

Outra perturbação do comportamento alimentar é a Bulimia Nervosa, termo que se deve a Russell (1979)⁴ e que a descreveu como uma variante da anorexia nervosa, embora já Gull (1868)² tivesse descrito *crises de um ou dois dias de apetite voraz no decurso da Anorexia Nervosa*.

No momento actual a Bulimia Nervosa constitui uma entidade autónoma, definida pelos critérios diagnósticos da DSM III R do seguinte modo:

A — Episódios recorrentes de voracidade alimentar (consumo rápido de grandes quantidades de comida num curto período de tempo).

B — Sentimento de falta de controlo sobre o comportamento alimentar durante estes episódios.

C — O indivíduo frequentemente provoca o vómito, usa laxantes ou diuréticos, faz dietas rigorosas, ou jejum, ou exercício físico, para prevenir o aumento de peso.

D — Um mínimo de dois episódios de voracidade alimentar por semana durante pelo menos 3 meses.

E — Persistente preocupação face à imagem e ao peso. No momento actual, a nossa prática clínica tem demonstrado a existência de quadros bem caracterizados de Anorexia nervosa e Bulimia Nervosa, e outros em que a síndrome anoréxica e bulímica surgem em diferentes fases de evolução.

Ex: Diana, 20 anos de idade, internada com 26 Kg de peso em caquexia.

Início da doença aos 13 anos, na forma de um quadro bem definido de anorexia nervosa. Aos 16 anos inicia comportamentos bulímicos, com marcado aumento de peso e desde então o quadro clínico alternou entre um e outro síndrome, havendo no último ano a concomitância dos dois comportamentos, que conduziu progressivamente à caquexia.

O estudo destas formas de transição deverá constituir objecto de investigação aprofundada.

Nos casos que estudámos são também evidentes e constantes, (100%), distorções da imagem corporal com visão parcelar e desintegrada do corpo.

Ana — *Não me importo de engordar um pouco nos braços, nas pernas menos. A cara é que não pode engordar. Com bochechas fico horrorosa. O peito, não! Quero que fique assim como está.*

Apesar do progresso feito nos últimos anos, as hipóteses etiológicas explicativas da Anorexia Nervosa não são concluintes, persistindo quatro linhas de investigação:

1. A Anorexia Nervosa tem como base uma disfunção hipotalâmica, que se reflete em alteração da função endócrina. Sendo esta reversível com a recuperação nutricional e ponderal, fica sem resposta até que ponto os factores resultantes da desnutrição são a etiologia primária ou se mascaram um distúrbio central já existente, ainda que compensado.

2. Factores sócio-culturais com especial relevância na pressão *para ser magro*, veiculada pelos meios de comunicação social.

3. Desenvolvimento individual em que se verifica relação precoce perturbada no seio de uma família disfuncional.

Os nossos estudos têm revelado que em muitas situações (11 em 13 casos) existe uma insatisfação materna com a função alimentar na infância precoce, recordada pela mãe e referida ao momento do aleitamento e introdução da alimentação diversificada.

Nos 13 casos que revimos, internados no último ano na Clínica psiquiátrica do Hospital de Santa Maria encontramos esse sentimento de insatisfação, como pode verificar-se nos exemplos seguintes:

Mãe da Carla — *Não lhe dei peito porque o meu leite era fraco, não a fazia sossegar. Sempre que chorava eu tentava dar-lhe o biberão, mas ela adormecia logo e não conseguia dar-lhe a quantidade necessária.*

Mãe da Sandra — *Sempre foi muito má para comer. As horas que eu levava para lhe dar uma papa! Era desinteressada na comida. Era uma caseira para lhe dar o comer.*

A família das doentes anoréxicas têm sido objecto de muitas investigações na tentativa de encontrar uma estrutura familiar típica. Minuchin (1978)⁷ considerou como característica distintivas destas famílias a rigidez, a aglutinação e o evitamento de conflitos.

Esta definição tem sido criticada em outros trabalhos em que salientam que a aglutinação e a rigidez familiar ocorrem sobretudo nas famílias das anoréxicas mais jovens.

Na nossa revisão apesar de se referir a um número reduzido de casos e ainda sem confirmação por um grupo de controlo, não encontramos uma estrutura familiar típica, sendo mais notória a aglutinação e evitamento de conflitos nos casos de início mais precoce.

Mãe da Catarina (9 anos) — *Nunca houve problemas graves entre nós. Sempre nos demos todos bem, e a Catarina sabe que pode contar connosco para tudo. Não encontro razões para isto lhe ter acontecido.*

É contudo notório, em todos os casos, o papel predominante da figura materna na organização familiar no total dos 13 casos, com um pai demitido (4 em 13 casos), secundarizado, (6 em 13 casos) e por vezes mesmo ausente (3 em 13 casos).

Diana: *a minha mãe é forte, aguenta e resolve todos os problemas, sempre contei com ela e continuo a contar. Também gosto muito do meu pai; mas ele sempre foi muito ocupado.*

Sandra: a minha mãe teve que ser mãe e pai quando ele emigrou. Tem sido a melhor mãe do mundo, mas eu sei que o meu pai também gosta muito de mim, e preocupa-se muito com a minha doença.

Na nossa perspectiva as hipóteses explicativas da Anorexia Nervosa só podem ser estabelecidas a partir de uma investigação multidisciplinar que englobe os factores biológicos, socioculturais, do desenvolvimento individual e da dinâmica familiar.

PERSPECTIVAS FUTURAS DE INVESTIGAÇÃO

No estado actual da clínica e investigação, parece necessário melhorar os procedimentos metodológicos, com vista a podermos ter uma actuação mais eficaz na prevenção e tratamento das doenças do comportamento alimentar.

Em Portugal não existem estudos que nos dêem indicação da prevalência destas afecções e os estudos noutros países necessitam de uma maior definição de conceitos, p. ex. o que se entende por *comportamentos bulímicos*.

Na nossa perspectiva devem desenvolver-se investigações nos campos:

— Epidemiológico — com inquéritos às populações que não frequentem os serviços de saúde (ex. escolas, associações desportivas, etc.).

— Análise retrospectiva de casos tratados, caracterizando a atitude alimentar na infância precoce e ao longo do desenvolvimento, no sentido de encontrar *factores predictivos* face ao posterior aparecimento de doenças de comportamento alimentar.

— Estudos prospectivos a partir de perturbações alimentares detectadas na infância, por ex. nos Serviços e Consultas de Pediatria, bem como nas dificuldades de adaptação detectadas ainda mais precocemente nos Serviços de Obstetrícia.

— Estudos médicos englobando os parâmetros clínico laboratoriais, endocrinológicos e cerebrais. Cinco dos nossos casos estão documentados com TAC cerebrais, como o exemplo seguinte:

Diana, ao momento do internamento com 26 Kg de peso, apresentava na TAC crâneo encefálica uma atrofia difusa cortical, com acentuação muito marcada dos sulcos corticais e do vértis. Alargamento dos ventrículos e aprofundamento das valas silvicas, imagens reversíveis com o tratamento.

— Estudo utilizando marcadores biológicos que clarifiquem a relação entre a Anorexia Nervosa as perturbações afectivas.

— Avaliação psicopatológica através de entrevista semi estruturada à doente e família, em detrimento de questionários de auto preenchimento de fiabilidade discutível.

Neste âmbito, parece-nos importante estudar mais aprofundadamente o perfil psicológico das doentes anoréxicas e famílias, através da utilização sistémica de testes psicológicos, bem como a investigação das alterações da imagem corporal, que permitem uma avaliação qualitativa e quantitativa numa fase precoce da sintomatologia.

O nosso trabalho tem demonstrado que as dificuldades encontradas na investigação em psicossomática se tornam ainda mais marcadas na Anorexia Nervosa, exigindo uma colaboração cada vez mais estrita entre os técnicos de diferentes especialidades e formações, única forma de obter uma melhoria dos instrumentos de diagnóstico precoce e intervenção terapêutica.

BIBLIOGRAFIA

1. GULL W.: Anorexia hysteria (1868) — in Andersen *Practical comprehensive treatment of anorexia nervosa and bulimia*. J Hopkins U Press, Nova Iorque, 1985.
2. MORTON R.: Of a nervous consumptions (1964) — in Andersen *Practical comprehensive treatment of anorexia nervosa and bulimia*. J Hopkins U Press, Nova Iorque, 1985.
3. LASÉGUE: On hysterical Anorexia (1873) — in Andersen *Practical comprehensive treatment of anorexia nervosa and bulimia*. J Hopkins U Press, Nova Iorque, 1985.
4. RUSSELL G.: Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1979; 9: 429-448.
5. NEWMAN M., HALMI K.: The endocrinology of anorexia nervosa and bulimia. *Endocrinology and neuropsychiatric Disorders*, 1988.
6. GARFINKEL P.: Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine* 1984; 46 (3): 255-266.