

TRANSTORNOS ALIMENTARES: ANOREXIA E BULIMIA NERVOSA¹

EATING DISORDERS: ANOREXIA AND BULIMIA

Eveline Fávero²

Andresa Petter Machado²

Aline Praetzel Schaurich³

RESUMO

A anorexia e a bulimia nervosa fazem parte dos transtornos alimentares da atualidade que ocorrem, principalmente, em adolescentes do sexo feminino. Estudaram-se essas psicopatologias em seus aspectos psicológicos e comportamentais, por meio de investigação bibliográfica, confrontada com dados coletados em entrevistas e questionários com adolescentes portadoras de anorexia nervosa, com familiares e profissionais que tratam das duas psicopatologias. Constatou-se a falta de informação sobre assuntos das adolescentes e de seus familiares bem como a dificuldade dos profissionais em diagnosticarem e tratarem esses transtornos. Essa dificuldade pode estar relacionada ao fato de que se tratam de psicopatologias complexas que precisam ser tratadas de forma interdisciplinar o que, na prática, nem sempre acontece.

Palavras-chave: anorexia nervosa, bulimia nervosa, adolescência

ABSTRACT

Anorexia and bulimia are part of today's eating disorders which occur, mainly, in female adolescents. These psychopathologies have been studied in their psychological and behavioral aspects, by means of a bibliographical research compared to data collected in interviews and questionnaires with female adolescents suffering from anorexia, their families and professionals who treat both psychopathologies. It was observed that the adolescents and their families lacked information on the subject, and that the professionals had difficulty in diagnosing and treating these disorders. This difficulty may be related to the fact that they are complex psychopathologies and need to be treated in an interdisciplinary way, which does not happen in practice.

Keywords: anorexia, bulimia, adolescence.

¹ Programa de Bolsas de Aprimoramento Discentes - PROADIS/UNIFRA-RS.

² Acadêmica do Curso de Psicologia - UNIFRA.

³ Orientadora - UNIFRA.

INTRODUÇÃO

O artigo resulta de uma pesquisa vinculada ao Programa de Bolsas de Aprimoramento Discentes PROADIS-UNIFRA, desenvolvida durante os meses de abril a novembro de 2002 e trata dos transtornos alimentares: anorexia e bulimia nervosa em seus aspectos psicológicos e comportamentais.

O estudo é de fundamental importância na formação do psicólogo, pois é freqüente esse profissional se deparar, na prática clínica, com essas psicopatologias. Além disso, estudar a anorexia e a bulimia nervosa possibilita diagnósticos mais acertados, tratamento adequado e informações importantes aos pacientes e seus familiares sobre o manejo e a gravidade de tais transtornos.

A pesquisa teve como objetivo estudar aspectos psicológicos e comportamentais de adolescentes do sexo feminino, portadoras de anorexia e bulimia nervosa, pelo viés psicanalítico. Destaca-se que existem outros fatores relacionados a essas psicopatologias, como os genéticos e os socioculturais que aqui não serão discutidos.

METODOLOGIA

Durante a pesquisa, utilizou-se metodologia de cunho qualitativo, por meio da investigação bibliográfica, confrontada com os dados coletados por meio de questionários, respondidos a próprio punho, por adolescentes do sexo feminino, portadoras de anorexia nervosa. Ainda foram feitas entrevistas com profissionais que tratam das duas psicopatologias (anorexia e bulimia nervosa), a fim de esclarecer dúvidas e complementar conhecimentos sobre esses transtornos e as possibilidades de tratamento. Foram feitas também entrevistas e questionários com familiares. Teve-se como sujeitos da pesquisa duas adolescentes do sexo feminino, com anorexia nervosa, duas psiquiatras e um familiar (mãe) de cada uma das adolescentes. As entrevistas foram semi-estruturadas e os questionários com perguntas abertas. Salienta-se que, durante a coleta de dados, não se teve acesso aos adolescentes com bulimia nervosa, portanto, essa psicopatologia será discutida a partir do referencial teórico e das entrevistas com os profissionais. No caso da anorexia nervosa, os dados foram discutidos a partir dos questionários e entrevistas com as adolescentes e seus familiares. Os nomes dos sujeitos da pesquisa foram omitidos por motivos éticos e substituídos por nomes fictícios. As adolescentes são aqui denominadas Ana (14 anos) e Marta (15 anos).

ASPECTOS PSICOLÓGICOS NA ANOREXIA NERVOSA

A anorexia nervosa tem maior incidência entre as mulheres, ocorrendo, eletivamente, na adolescência. Esse aspecto revela a ligação provável entre esse transtorno e os processos de mudança pubertários, como a dificuldade de acesso à autonomia, própria desta fase e a sensibilidade do adolescente às mudanças socioculturais. A necessidade de um recurso a uma atuação comportamental e a uma inscrição corporal revela a impossibilidade de uma expressão psíquica e simbólica dessas dificuldades pelo adolescente.

É característica da anorexia nervosa a perda de peso significativa, pois embora sinta fome, a anoréxica se nega a comer. Essa conduta pode levar à inanição e até a morte, o que faz com que, seguidamente, as anoréxicas sejam hospitalizadas (NUNES et al., 1998). Dentre os sintomas, está a perda do apetite que é uma consequência e não uma causa da anorexia nervosa. Com o apetite, a anoréxica perde a adequada regulação térmica do corpo, a fluidez intestinal é substituída por constipação pertinaz, uma espessa penugem passa a recobrir o corpo, cabelos e unhas se tornam opacos, fracos e quebradiços (RODULFO, 1997).

Segundo o DSM-IV-TR (2002), existem quatro critérios básicos que caracterizam a anorexia nervosa:

- a) recusa em manter o peso corporal, em um nível igual, ou acima do mínimo normal, adequado à idade e à altura;
- b) medo intenso de ganhar peso ou de se tornar gordo, mesmo estando com o peso abaixo do normal;
- c) perturbação no modo de vivenciar o peso ou a forma do corpo. Imagem corporal distorcida, negação do baixo peso corporal atual;
- d) amenorréia em mulheres pós-menarca.

Ainda de acordo com o DSM-IV-TR (2002), a anorexia nervosa pode ser classificada em dois tipos: **Anorexia Nervosa Restritiva**, ou seja, o indivíduo passa por longos períodos de tempo sem comer e **Anorexia Nervosa Periódica Purgativa**, na qual também ocorre esse comportamento, no entanto, o indivíduo tem períodos em que se alimenta, adotando, após, um comportamento compensatório, no qual faz o uso abusivo de laxantes e de exercícios físicos intensos.

Nas adolescentes pesquisadas, costataram-se os critérios apresentados no DSM-IV-TR (2002). Ainda o comportamento por elas adotado está de acordo com o tipo de anorexia nervosa periódica purgativa. Um familiar de Ana relata que, atualmente, a adolescente tem períodos de comer compulsivamente e, num deles, ingeriu grande quantidade de

amendoim torrado com mel e teve que ser internada para desintoxicação. Ela, adolescente, após os episódios, adota o comportamento de provocar vômito. A família ainda acrescenta que, no início da doença, a adolescente se negava a comer. Nessa época, justificava que os alimentos lhe faziam mal e o pouco que comia era selecionado: *arroz somente sem gordura, abacaxi e maçã eram as únicas frutas que comia. Sua aparência era esquelética. Ana parecia não ter forças para andar, sentia muito frio, precisando do sol para se aquecer (sic).*

Apesar da busca pelo corpo magro, a anoréxica teme tornar-se bulímica, pois possui o desejo bulímico que se reflete na paixão pelo alimento (colecionamento de receitas, ingestão de alimentos às escondidas). Como contra-investimento desse desejo, apresenta o medo intenso de engordar, o uso de laxantes e diuréticos e o excesso de exercícios físicos. O surgimento dos desejos reprimidos com o tratamento leva as anoréxicas a uma fase depressiva, pois sentem um vazio interno, desamparo e necessidade de um suporte externo (URRIBARRI, 1999).

Um familiar de Marta relatou que, no início da doença, sofria muito por não saber o que fazer com a filha, pois via que ela não estava bem. Seguidamente era chamada no colégio para buscar Marta que não podia caminhar. Segundo a mãe, atualmente, a adolescente chega a ingerir sete pães franceses numa refeição, mas cada um que come, vai até o banheiro vomitar. Devido a esse comportamento, seus dentes já estão descalcificados.

Segundo o DSM-IV-TR (2002, p. 556) :

a perda de peso em geral é obtida, principalmente, por meio da redução da ingestão alimentar total. Embora os indivíduos possam começar excluindo de sua dieta aquilo que percebem como sendo alimentos altamente calóricos, a maioria termina com uma dieta muito restrita, por vezes limitada a apenas alguns alimentos. Métodos adicionais de perda de peso incluem purgação e exercícios intensos excessivos.

De acordo com os familiares entrevistados, as duas adolescentes iniciaram o processo de anorexia nervosa a partir de uma dieta, pois achavam que estavam com excesso de peso. De acordo com Shevach (URRIBARRI, 1999), o comportamento de evitar o alimento retrata a tentativa de controle que é característica da personalidade rígida e onipotente da anoréxica. Esse evitar real provoca prazer, pois as anoréxicas fantasiam que comeram, o que corresponde a um triunfo sobre o desejo. Negar a necessidade de alimento está relacionado a negar a necessidade da mãe.

Uma característica comum na anorexia e que apareceu nas entrevistas é o fato de a anoréxica, no momento da refeição familiar, encontrar uma

desculpa para se retirar da mesa pedindo para se alimentar no quarto. Estando sozinha, encontra uma maneira para não se alimentar. A mãe de Marta relata no questionário: “*certo dia quando fui procurar algo no armário dela (Marta), encontrei sacos com comida mastigada e cuspidas*” (sic). Ela continua: “*sempre que conversávamos, ela parecia entender e colaborar, mas na realidade o que acontecia é que ela arranjava outra forma de esconder os sacos*” (sic). Esse relato retrata um pouco da atitude onipotente da anoréxica de triunfar sobre o desejo, na forma como ela se relaciona com o alimento.

Na anorexia, segundo Jeammet (URRIBARRI, 1999), existe a impossibilidade de deslocamento e de defesas sólidas, o que demonstra a impossibilidade de uma representação puramente psíquica, levando o indivíduo a recorrer a uma expressão atuada e comportamental.

Segundo Brusset (in URRIBARRI, 1999), geralmente a mãe da anoréxica se caracteriza por ser superdominadora, além de não satisfazer as necessidades da maternagem. Sujeita ela própria às contrições de sua mãe, tem uma relação muito estreita com sua própria à qual tende a submeter com uma exagerada antecipação de suas necessidades. Por esse motivo, a anoréxica não consegue desenvolver a sua autonomia, querendo então ocupar o lugar da mãe para não se sentir sufocada.

De acordo com Rudolfo (1997), geralmente o pai da anoréxica se caracteriza por ser ausente, não reconhece a filha como mulher.

Ainda Norsa e Seganti (URRIBARRI, 1999) mencionam que o pai pode assumir um papel paralelo/antagônico ao materno, exercendo um tipo de maternagem sedutor/violento que tende a substituir a carência de maternagem da mãe, gerando confusões e sentimentos de culpa.

Para Rudolfo (1997), o pai é uma figura importante no desenvolvimento da identidade de gênero. É no momento de maior conflito de separação-indivuação que emerge uma representação do pai que é significativa tanto para as meninas como para os meninos. Em nossa cultura, devido à distribuição de trabalho para a menina e para o menino, a mãe representa os cuidados, enquanto o pai representa o mundo exterior. Diante disso, o pai se torna uma peça fundamental nesta nova etapa do processo de separação-indivuação. O caso amoroso com o mundo externo implica um caso amoroso com o pai.

A menina deseja ser reconhecida por seu pai porque está lutando para subjetivar-se, automatizar-se e esta busca, neste período precoce, é realizada por meio da identificação. O pai é escolhido porque representa um outro diferente da mãe, no qual a adolescente vai reconhecer a sua própria alteridade. Quando não encontra um pai disponível, na posição de identificar-

se com ela, esta não-disponibilidade obstaculiza a sua própria identificação, sucedendo-se, a partir disso, os diversos destinos psicopatológicos: “a falta de reconhecimento e a negação do laço identificatório prejudica o sentido de ser um sujeito sexual e conduz a mulher a buscar esse desejo de reconhecimento por meio de modalidades alternativas, mais ou menos patológicas” (Harris e Benjamin, in RODULFO, 1997, p. 137).

A familiar de Marta relata que o pai da adolescente se mostra pouco consciente do problema da filha e não se preocupa tanto quanto a mãe em solucioná-lo, o que pode se configurar numa atitude de ausência. A mãe diz também que nunca forçou a adolescente a procurar ajuda e que isso só aconteceu por exigência da escola. Relata: “*certo dia, a orientadora do colégio me chamou e mandou que eu providenciasse uma psicóloga e uma psiquiatra para ontem, e que a levasse com urgência*” (sic). No caso de Ana, a mãe menciona que não sabia da gravidade do problema e que teria que procurar ajuda, o que só aconteceu quando a filha precisou ser internada por problemas cardíacos.

Uma das dificuldades encontradas pelos familiares das adolescentes, quando buscaram ajuda profissional, foi a de que os profissionais não esclareceram as dúvidas sobre a doença e não alertaram para a gravidade do transtorno. A mãe de Marta escreve que, até o quadro da filha se agravar: “*nutricionista, orientadora educacional, ninguém me falou em anorexia ou bulimia, ou depressão. Os pais nunca pensam, ou não querem pensar – isto está acontecendo com meu filho – e se não aparece alguém para dizer, chamar a atenção, o problema cresce a cada dia e quando nos damos conta é muito mais difícil tratar*” (sic). Ainda, os profissionais procurados não chamaram a atenção dos pais para um tratamento interdisciplinar. A mãe relata: “*as duas profissionais que trabalharam inicialmente com minha filha não se entendiam e também não foi diferente quando nos mudamos (de domicílio) e tivemos que trocar de terapeutas também*” (sic).

Deve-se levar em consideração que as transformações corporais são percebidas com estranheza e assombro na adolescência. Essa característica da adolescência vai ao encontro aos apelos sociais, quando incentivam a converter o que seriam corpos libidinais em corpos de bonecas que é como se apresentam as modelos, cada vez mais magras e esqueléticas, (RODULFO, 1997).

A maneira de as adolescentes se reconhecerem num corpo de modelo, sem formas e uniforme, pode ser conseqüência do fracasso do amor identificatório o que leva ao apagamento da diferença dos sexos, assim como a conservação da bissexualidade psíquica⁴, como derivação

⁴ “Noção que Freud introduziu na Psicanálise por influência de Wilhelm Fliess: todo ser humano teria constitucionalmente disposições sexuais simultaneamente masculinas e femininas que surgem nos conflitos que o sujeito enfrenta para assumir o seu próprio sexo” (LA PLANCHE & PONTALIS, 2001, p. 55).

psicopatológica e não como ponto de partida para um desenvolvimento sadio. A anoréxica, por não querer se identificar com a mãe, busca “estacionar” o seu desenvolvimento corporal pelo não comer, o que a leva a ter um corpo sem formas femininas, um corpo infantil (URRIBARRI, 1999).

Considerando o comportamento das anoréxicas, elas estabelecem um estilo de relação com os outros baseados na complacência, tendendo a sempre agradar e dizer sim às expectativas dos outros, embora depois não as realizem completamente, estilo que se reatualiza na relação terapêutica (Brusset, in URRIBARRI, 199).

ASPECTOS PSICOLÓGICOS NA BULIMIA NERVOSA

A bulimia nervosa é um transtorno alimentar que tem como características recorrentes episódios de ataque incontroláveis à comida, seguidos de comportamentos compensatórios inadequados, cuja meta é prevenir o peso (OLIVEIRA, 2001). Segundo Kaplan & Sadock (1998), há uma predominância dessa psicopatologia em mulheres jovens (0,5-1%).

Bulimia é um termo de origem grega, cunhado por Russel, apud Oliveira (2001), que se refere à capacidade de sentir fome a ponto de comer um carneiro inteiro. De forma também exagerada, há uma busca de recursos que visam a esvaziar o conteúdo alimentar ingerido, ou seja, uma recorrente oscilação de tudo ou nada.

As bulímicas assim como as anoréxicas também possuem uma imagem corporal distorcida, embora muitas vezes apresentem um peso abaixo dos padrões normais. Uma característica importante é que durante os episódios de ingestão descontrolada de alimentos, a pessoa com bulimia nervosa somente cessa ao sentir mal-estar, ou com interrupção externa, como a chegada de uma pessoa, ou quando acabam os alimentos (NUNES et al., 1998).

Segundo o DSM-IV-TR (2002), a bulimia nervosa pode ser classificada como do tipo **Purgativa** quando há auto-indução de vômitos, uso abusivo de laxantes, diuréticos e enemas e do tipo **Sem-purgação**, quando a bulímica faz uso de jejuns prolongados ou exercícios físicos excessivos.

Como consequência da auto-indução de vômito e do uso abusivo de laxantes, a bulímica pode apresentar descalcificação dos dentes (devido ao contato freqüente com o suco gástrico), cabelos e unhas quebradiços e constipação intestinal.

Segundo Oliveira (2001), a pessoa com bulimia nervosa, geralmente, apresenta uma personalidade transgressora, mostrando-se extrovertida e sociável o que está associado à labilidade emocional, impulsividade,

tendência ao uso abusivo de álcool e manifestações freqüentes de ansiedade e depressão. Com a insatisfação corporal, pode ocorrer também sentimento de baixa auto-estima e depressão que pode levar ao suicídio. Essas características foram corroboradas nas entrevistas com uma das profissionais entrevistadas.

Dentre os aspectos psicológicos que podem desencadear episódios de bulimia nervosa estão as situações estressantes como perdas, rompimentos afetivos, dificuldades de relacionamento, rejeição e aborrecimentos. Essas situações provocam sentimentos de ansiedade, tristeza e irritabilidade, fazendo com que o indivíduo recorra aos episódios para aliviar a tensão (NUNES et al., 1998).

Quanto às origens da bulimia nervosa, encontram-se referências à matriz narcísica da qual se deriva a diferenciação do ego e dos objetos. Qualquer perturbação na relação mãe-bebê, nesse período precoce do desenvolvimento, pode abalar a estruturação do ego em estado nascente, favorecendo a constituição de um ego frágil, inseguro e destituído de confiança básica (OLIVEIRA, 2001).

A ruptura da simbiose é extremamente dolorosa para o bebê, ameaçando a ilusão de unidade geradora do sentimento de onipotência. O papel da mãe é fundamental nesse período, pois, se for capaz de favorecer uma adaptação ativa ao bebê, a criança será capaz de renunciar à onipotência, aceitar a separação e voltar-se ao mundo exterior. Para isso, é necessário que a mãe ofereça uma condição confortável e segura da apresentação do mundo ao bebê, além de ser uma presença viva e permeada de amor, segundo Winnicott, apud Oliveira (2001).

A atuação bulímica, para Brusset (in URRIBARRI, 1999) tem a sua nascente numa “falta fundamental”. Aquilo que cabe nesse espaço vazio seria a figura da mãe. Do ponto de vista regressivo, a mãe capturada das experiências remotas do desenvolvimento psicológico, penetra e preenche o espaço estéril dessa falta essencial. No lugar da elaboração desses sentimentos, está a atuação. As bulímicas repetem incansavelmente o mesmo ato, na busca de conter o desespero de qualquer perda narcísica ou sentimento de falta.

Uma perturbação do amor pode se manifestar numa perturbação da alimentação, pois, por trás da comida, existem sempre os atributos maternos: amor, nutrição, segurança. O objeto comida funciona para a bulímica como um substituto da mãe. Quando a bulímica se dá conta de que essa substituição é ilusória, ela recorre à repulsa e à expulsão do alimento “venenoso” que não preenche a falta. Dada a impossibilidade de ficar com tudo na bulimia, fica-se com nada. (Laplanche, apud OLIVEIRA, 2001).

No campo relacional, essa experiência se repete. A relação oscila entre o “eu preciso de você” e o “eu não preciso de você”. O terapeuta, no

início do tratamento, é referido como o salvador, o “tudo”. Qualquer atitude terapêutica que implique separação ou ausência é seguida de um rechaço, um ataque, ou recusa ao tratamento, traduzindo o movimento de ficar com tudo ou nada (OLIVEIRA, 2001).

CONCLUSÕES

No decorrer do estudo sobre os aspectos psicológicos e comportamentais de adolescentes com anorexia e bulimia nervosa, constatou-se o desconhecimento por parte dos familiares e das próprias adolescentes pesquisadas sobre os sintomas e o diagnóstico, bem como a gravidade desses transtornos. Isso evidencia a falta de acesso a informações acerca de tais psicopatologias.

Além disso, verificou-se a insegurança dos profissionais quanto ao diagnóstico e tratamento desses transtornos em que as garantias de cura são pequenas. Essa dificuldade pode estar relacionada ao fato de que muitas pessoas procuram tratamento devido às comorbidades presentes nessas psicopatologias e não pelo transtorno alimentar propriamente dito. Primeiro, o profissional trata a comorbidade e, somente após, descobre o transtorno. Ainda o despreparo dos profissionais pode estar relacionado ao fato da anorexia e bulimia nervosa serem transtornos da atualidade que, devido a sua complexidade, precisam ser mais estudados e tratados de forma interdisciplinar.

Outro aspecto relevante, no estudo, foi a possibilidade de poder relacionar teoria e prática, proporcionando um maior aprendizado acadêmico dessas psicopatologias, uma vez que a inexperiência e as dificuldades profissionais se devem, muitas vezes, ao estudo apenas teórico desses transtornos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DSM-IV-TR: **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Tradução de Cláudia Dornelles. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

KAPLAN, H.; SADOCK, B. **Manual de psiquiatria clínica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

LAPLANCHE, Jean. PONTALIS. **Vocabulário da psicanálise**. São Paulo: Martins fontes, 2001.

NUNES, M. A. A. *et al.* **Transtornos alimentares e obesidade**. Porto Alegre: ArtMed, 1998.

OLIVEIRA, Marilene D. de. **O impasse narcísico na bulimia nervosa**. Revista da Associação Brasileira de Medicina Psicossomática. Vol. 5. Janeiro – junho, 2001.

RODULFO, Marisa. **As bonecas dietantes e anoréxicas – uma questão de gênero**. In: Adolescência entre o passado e o futuro. Associação Psicanalítica de Porto Alegre. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1997.

URRIBARRI, Rodolfo (org.). **Anorexia e bulimia**. São Paulo: Escrita, 1999.