



Transtornos Alimentares e seus Aspectos Psicológicos

Alicia Weisz Cobelo, Ana Paula Gonzaga e Manoela Nicoletti

Introdução

Os transtornos alimentares constituem patologias graves e complexas, quer pela própria configuração do quadro clínico e suas conseqüências, quer pela incidência prevalente na adolescência, que pode comprometer o desenvolvimento biopsicosocial do indivíduo.

A adolescência compreende um dos momentos mais importantes e significativos no processo evolutivo. Promove na vida do jovem que a vive uma verdadeira crise, descrita por Knobel e Aberastury (1992) como uma "síndrome da adolescência normal". Esses autores caracterizam essencialmente essa crise como a difícil tarefa de superar

lutos que se impõem ao jovem no que diz respeito à perda do corpo infantil, à perda dos pais da infância, à perda da identidade infantil e à perda de um funcionamento da sexualidade próprio da infância. A maneira como cada adolescente experimentará esses lutos irá configurar saídas próprias a essa crise evolutiva e será expressivo na construção de sua identidade.

Por outro lado, os pais de adolescentes também vivem lutos em relação ao crescimento de seus filhos. Se o adolecer é traumático para o jovem, para seus pais não é diferente, há também um estranhamento por parte deles

em relação àquela criança que não está mais ali. Como bem assinalam Corso e Corso (1997), “o desencontro no interior da família, a solidão desse período da vida são oriundos da vivência dessa estranheza. Trata-se de algo que é familiar tomado como exterior, como estranho, estrangeiro, totalmente alheio. E isso vale para ambas as partes envolvidas”. A esse campo que se instala em todas as famílias que vivem a adolescência de seus filhos, soma-se o transtorno alimentar, que mais turbulência promoverá.

Assim, o campo emocional que se encena no mundo relacional dos pacientes com transtornos alimentares e seus familiares serão objeto de nossa discussão neste artigo, considerando algumas características psicológicas próprias à anorexia e à bulimia nervosa, no que diz respeito aos pacientes e suas famílias.

A adolescência e as transformações corporais

A adolescência marca justamente um período que tem por tarefa a assimilação das transformações corporais, sociais, psicológicas, comportamentais, entre outras, que envolve não só o jovem, mas todo seu entorno: pais, amigos e escola. A criança que até há pouco era pequena e dependente vai se apresentando com mais autonomia, seu corpo se transforma, os relacionamentos amorosos começam a se insinuar e tudo isso trás apreensões para o próprio adolescente, como também para seus pais e educadores. O trabalho de processar toda essa mudança gera por si turbulências mais ou menos intensas. Ou, dito de uma maneira, os lutos vividos pelas perdas sofridas por filhos e pais

terão um desenlace mais ou menos conflituoso.

De todas as transformações impostas ao adolescente, as corporais são as que maior implicação e expressão têm no mundo emocional de pacientes com transtornos alimentares. Se levarmos em consideração que a prevalência desses distúrbios é nove vezes maior em adolescentes do sexo feminino, abriremos uma outra frente importante de discussão. Consideremos o que acontece com uma menina quando entra na puberdade. Como descrevem Gonzaga e Weinberg (2003), ainda bastante infantil, vê seu corpo se modificar e se assusta frente não só às novas sensações que esse corpo lhe propicia, mas também ante o que o seu corpo possa vir a despertar no outro. Ainda segundo essas autoras, o ser visto desperta sensações insuportáveis de constrangimento, pelo próprio corpo que está se diferenciando, e de invasão. Há um estranhamento que suplanta o aceitável pelos adolescentes de uma maneira geral.

Uma das possibilidades que temos para compreender esse processo que desencadeia os transtornos alimentares é tomá-lo como uma defesa diante da angústia despertada por esse mal-estar com o novo corpo que se impõe, resultando em uma tentativa de frear esse crescimento, que parece não acompanhar a capacidade de metabolizar psicologicamente o que está acontecendo. Nesse sentido é comum ouvirmos de pacientes seus temores e anseios diante da irrupção dessas modificações corporais (menarca, caracteres sexuais secundários, formas mais arredondadas).





Mas não é só isso, o crescimento, a mudança de status, o novo papel que ocupará na sociedade e na família despertam ansiedades que também se farão presentes nos conflitos apresentados por esses pacientes. Toda a construção da identidade se faz presente como pano de fundo nos transtornos alimentares. Como o adolescente promove sua identidade?

Sabemos que nesse período o outro é a referência mais significativa. Construir uma identidade, como o próprio conceito sugere, implica, em um primeiro momento, identificar-se com, para posteriormente consolidar o que lhe é próprio. Aí vislumbramos a importância que os modelos de referência têm na vida dos jovens.

Voltemos às meninas, já que como enfatizamos anteriormente, elas predominam nessas patologias. Um dos aspectos emocionais mais importantes, também discutido por Gonzaga e Weinberg (op. cit.), é que “o temor dessas novas relações faz com que essa menina, já crescida, se aproxime da mãe de uma forma ambivalente. Em um pedido de socorro, busca aquela mãe nutriz e protetora dos momentos precoces de sua infância”, revivendo com ela um vínculo próprio a etapas precoces do desenvolvimento.

E nesse momento esse vínculo é perigoso, justamente por precisar diferenciar-se e separar-se de sua mãe. Ela quer e não quer identificar-se com esse modelo. Surgem aqui conflitos muito expressivos no relacionamento dessas meninas e suas mães, que discutiremos mais à frente.

Vale ainda ressaltar outra atitude

presente no comportamento de pacientes com transtornos alimentares, que é a busca por um corpo perfeito. E, podemos mais uma vez, compreender essa obsessão como uma defesa aos lutos, pois as perdas sofridas promovem feridas narcísicas importantes – “não sou mais a princesinha da casa”, “não param mais para me ouvir como antes”, “não me olham como antes” - ou seja, não se é mais o foco do olhar do outro. Esse olhar agora recai sobre o corpo, que como apontamos, gera constrangimentos e aflições, e que encontra na sintomatologia alimentar a transposição defensiva para o ideal estético que encobre o ideal narcísico ferido.

Infelizmente temos aqui a contribuição da sociedade enaltecendo o corpo descarnado das modelos e atrizes, criando uma cultura do corpo magro, em detrimento do corpo saudável. O glamour do mundo fantástico da TV e da moda parece determinar um papel importante como possibilidade de restituição ao narcisismo dessas pacientes. O ideal faz sempre parte do discurso: ser magra não é suficiente, o que está em jogo é um corpo imaginário perfeito. E o que observamos é que tudo na vida dessas meninas e mulheres sempre está atravessado pelo perfeito, pelo ideal; diante de um olhar que flagra uma imperfeição - “você está gordinha!” - vale tudo para alcançar o objetivo de um corpo supostamente perfeito.

Assim, a tarefa de viver e superar a crise da adolescência normal é complicada por esses ideais estéticos que encobrem as dores narcísicas vividas nos lutos da infância.

Funcionamento mental da anoréxica e da bulímica

A tradução mais fiel do perfil de uma paciente anoréxica pode ser descrita como a “filha perfeita”. A tendência ao perfeccionismo e a vontade de adaptar-se aos desejos e expectativas dos outros ocupa o papel central na vida destas jovens e em suas relações que passam a considerar a opinião do outro como referência para sua vida.

Segundo Bruch (1973), por meio de sua inteligência, vivacidade, obediência, obstinação e disciplina, a jovem com transtorno alimentar desenvolve uma aparente harmonia, que na verdade esconde um forte sentimento de ineficácia diante do mundo. As anoréxicas sentem-se como objetos nas mãos dos outros e não fazem nada pelo próprio desejo. Como forma de defenderem-se desse sentimento, de dóceis e obedientes passam a ser rígidas e exigentes com a alimentação e com o corpo, que precisam ser perfeitos e ideais em detrimento de sua própria personalidade em formação.

Como a autora coloca, a queixa principal é a de controle do peso e o desejo de dominar o próprio corpo, queixa esta que esconde o verdadeiro conflito subjacente, que é a busca de controle em geral, de um sentimento de identidade pessoal e autonomia.

As adolescentes anoréxicas são sempre vistas como bem comportadas, competitivas e com tendências a marcar metas muito altas a serem cumpridas. Como Lask (2000) aponta, há uma dificuldade muito grande por parte destas meninas de comunicar sentimentos de raiva e tristeza, uma vez que estas seriam formas de expressar algum tipo de fraqueza ou imperfeição.

Em contrapartida, as pacientes com bulimia apresentam um funcionamento mais caótico e baseado no “tudo ou nada”. Segundo Lawrence (2003), pacientes bulímicas idealmente querem exercer o controle, assim como as anoréxicas, mas não têm tanto sucesso e acabam frustradas ao não resistirem à comida. De modo geral, apresentam um comportamento mais impulsivo e desorganizado.

Em comum notamos que tanto anoréxicas quanto bulímicas experimentam um profundo sentimento



de abandono, desamparo, incapacidade de enfrentar as exigências da própria vida e de modelar o próprio destino. Como aponta Ramalho (2001), a angústia do abandono é central nestes casos, nos quais a perda do objeto remete a um estado de desamparo e, portanto, a separação é vivida como um abandono.

Se voltarmos à questão da construção da identidade na adolescência como pano de fundo para a problemática dos transtornos alimentares, essa angústia começa a fazer sentido. O processo de construção da identidade e de crescimento presume algumas perdas em direção a uma maior autonomia do objeto. Todos os indivíduos sentem-se desamparados quando se faz necessário o desligamento dos

progenitores em busca do próprio caminho, ou quando devem abandonar uma postura de vida até então confortável. Contudo, no caso destas patologias, a sensação de vazio e solidão assume um caráter devastador. Lawrence (2003, p. 175) coloca que “é como se o sentimento sobre a possibilidade de relação com o objeto tenha se perdido”, ou seja, o risco da perda do objeto tende a ser sentido como a perda de si mesmo, o que implica na própria dissolução. Nesse sentido, a busca de sensações como estar cheio ou vazio pode substituir os sentimentos intoleráveis de perda e funcionarem como último recurso para fugir da dependência e aniquilamento do objeto. O comportamento alimentar é usado como um recurso para dominar esta relação com o objeto.



Diante deste panorama Scazufca (2002) resume a anorexia como uma forma de defesa contra tudo que é humano como sofrer, sentir dor, perder, amar e odiar, sendo o corpo vazio, oco, purificado de seus pecados. Por outro lado, a bulímicarrega a marca do pecado e a vergonha por tê-lo cometido diante de sua impulsividade.

Assim, há um grande prejuízo nas relações interpessoais dessas pacientes que por esses temores, pelos ideais, pela fragilidade da auto-estima se vêem tão pouco à vontade com seus desejos.

As famílias

Os pais têm papel fundamental no desenvolvimento dos hábitos alimentares de seus filhos: o tipo de comida que oferecem, os modelos de alimentação que mostram e os conceitos alimentares que transmitem resultam no que a criança aprende sobre o comer e a alimentação. Nesse sentido, não constitui surpresa que as condutas familiares possam, muitas vezes, vir a ser condutas de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares. Como pode ser o caso de pais obesos, pais superprotetores, ou pais e/ou outros familiares com transtornos alimentares como anorexia ou bulimia nervosa (Cobelo, 2004).

É fundamental frisar, ainda, que embora a forma como a família organiza sua dieta - qual tipo, quantidade e qualidade dos alimentos - constitua, certamente, um fator de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares, a relação que ela estabelece com a alimentação tem um papel central nesses distúrbios. Assim, por exemplo,

quando uma mãe condiciona a alimentação de seu filho exclusivamente como um agrado a ela, o filho muito provavelmente não aprenderá que se alimentar é importante para o seu crescimento, sua saúde etc. Assim, se o filho estiver bravo ou triste com ela, ele não comerá. Ao contrário, quando quiser agradá-la fará todas as refeições. É sob esse ponto de vista que a maior parte dos investigadores no campo dos transtornos alimentares concorda que a psicodinâmica familiar é um elemento central na determinação, desenvolvimento e/ou manutenção destes transtornos.

No que diz respeito aos fatores etiológicos, alguns autores enfatizam principalmente os distúrbios primários na relação mãe-filha. Esses distúrbios ocorreriam em fases muito precoces do desenvolvimento, quando a filha ainda é um bebê e gerariam perturbações na elaboração de fases primitivas do desenvolvimento psíquico da criança.

Bruch (1978) afirma que a mãe da paciente com anorexia nervosa é uma pessoa que não consegue perceber intuitivamente as necessidades do bebê, pois reage a elas segundo seu próprio desejo, dificultando qualquer expressão individual da criança. Ademais, sua resposta é oferecer comida a qualquer tipo de pedido, o que dificultaria para o bebê o processo de diferenciação de suas necessidades.

A ausência de respostas da mãe, que sejam apropriadas e ocorram de forma regular e consistente, prejudicaria o desenvolvimento da identidade corporal do bebê. A falta de uma conscientização adequada das percepções e concepções acerca de

funções corporais levaria as pacientes com transtornos alimentares a um sentimento de perplexidade frente às demandas do desenvolvimento. Estas pacientes pareceriam não poder reconhecer nem sua sensação de fome, nem seus sentimentos, sentindo-se incompletas para poderem se fazer autônomas e independentes dos pais.

Nos estudos sobre a dinâmica familiar Minuchin e col. (1978) observam que o transtorno alimentar reflete a disfunção do sistema familiar, ou seja, seria um sintoma de seu funcionamento problemático, destacando que a anorexia nervosa desempenha um papel central no mecanismo de evitar problemas e na tentativa de manter o equilíbrio familiar, descrevendo essas famílias configuradas por algumas características como perfeccionismo, superproteção, aglutinação e preocupação com o peso e com dieta. Especialmente nas famílias das pacientes bulímicas evidencia-se uma excessiva preocupação pela gordura e dieta. Alguém na família faz regime e há um temor de engordar presente predominantemente no casal de pais, o que poderia funcionar como um fator de identificação para a filha. (Cobelo, 1998)

Além dessas características, existem outras que parecem ser mais específicas das famílias das pacientes bulímicas. A primeira delas é uma maior frequência de dinâmicas do tipo caótico, ou seja, com poucas regras de funcionamento estabelecidas, em que cada membro tem seu próprio ritmo e horário, e com muitas dificuldades de planificação. Também é frequente encontrar problemas de comunicação, dificuldades para mostrar afetos, impor limites e normas. Outra característica, que tem sido observada em muitos casos, são pais

com antecedentes psicopatológicos (algum distúrbio ou transtorno psiquiátrico) ou de alcoolismo.

Importante ressaltar que tais características podem estar presentes em maior ou menor grau, em famílias nas quais não há pessoas com transtorno alimentar, da mesma forma que famílias de pacientes com transtornos alimentares não precisam apresentá-las obrigatoriamente. (Cobelo, 1998)

Conclusão

Da mesma forma que a patologia engloba e compromete diferentes aspectos da vida do adolescente, também faz-se necessário no tratamento modalidades que lidem com estes aspectos em diferentes frentes, isto é, faz-se necessário a participação de diferentes profissionais especialistas em transtornos alimentares como psicólogo, psiquiatra, endocrinologista, terapeuta familiar e nutricionista. Nenhuma modalidade de tratamento pode ser indicada como única ou isoladamente melhor. Bryan Lask enfatiza que o sucesso de um programa de atendimento integrado e completo depende de uma equipe multiprofissional e do emprego simultâneo de várias estratégias (Lask e Bryant-Waugh, 2000).

Assim, levando-se em conta que os transtornos alimentares constituem patologias graves, complexas, sobretudo na adolescência, quando frequentemente iniciam e afetam o desenvolvimento do indivíduo e suas relações, podemos considerar que o tratamento padrão deve ser multidisciplinar, pois só desta forma é possível abarcar a complexidade da patologia. **NP**



Currículo

Alicia Weisz Cobelo é psicóloga e psicanalista. Coordenadora da Psicologia do Projeto Interdisciplinar de Tratamento, Ensino e Pesquisa em Transtornos Alimentares na Infância e Adolescência (PROTAD) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HCFMUSP). Membro da Academy for Eating Disorders.

Ana Paula Gonzaga é psicóloga e psicanalista. Terapeuta de grupo de adolescentes do PROTAD do IPq-HCFMUSP. Coordenadora da Clínica de Estudos e Pesquisas em Psicanálise da Anorexia e Bulimia (CEPPAN).

Manoela Nicoletti é psicóloga e terapeuta de grupo de adolescentes do PROTAD do IPq-HCFMUSP.

Referências Bibliográficas

- Aberastury, A., Knobel, M. Adolescência normal: um enfoque psicanalítico. 10ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992;
- Bruch, H. Eating Disorders – Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within. New York: Basic Books, Harper Torchbooks, 1973;
- Bruch, H. The Golden Cage: the enigma of anorexia nervosa. Boston: Harvard University Press, 1978;
- Cobelo, A. O papel da família no comportamento alimentar e nos transtornos alimentares. In: Alvarenga, M., Philippi, S. Transtornos alimentares: uma visão nutricional. São Paulo: Editora Manole, 2004. p. 119-129;
- Cobelo, A. A família na Anorexia Nervosa e na Bulimia Nervosa In: Cordas, T. A., Cobelo A. W., Fleitlich, B., Guimaraes, D., Schomer, E. Z. Anorexia e bulimia - o que são? Como ajudar? Porto Alegre: Artes Médicas, 1998;
- Corso, M., Corso, D. L. Game over – o adolescente enquanto unheimlich para os pais. In: Adolescência. Entre o passado e o futuro. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1997;
- Gonzaga, A. P., Weinberg, C. Transtornos Alimentares: uma questão cultural?. Rev Latinoam Psicopat Fund. 2005; VIII, 1, V-VI;
- Lask, B. & Bryant-Waugh, R.- Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders in Childhood and Adolescence. Psychology Press, 2nd edition, London, UK, 2000;
- Lawrence, M. Amando-os até a morte: a anoréxica e seus objetos. Livro Anual de Psicanálise. 2003, XVII, 175-186;
- Minuchin, S., Rosman, B., Baker, L. Psychosomatic families: anorexia nervosa in context. Boston: Harvard University Press, 1978;
- Ramalho, R. Uma melancolia tipicamente feminina. In: A clínica da melancolia e as depressões. Rev da Assoc. Psicanalítica de Porto Alegre. 2001, junho, nº20, 37-56;
- Scazufca, A. C. M., Berlinck, M. T. Sobre o tratamento psicoterapêutico da anorexia e da bulimia. Psicologia Clínica Pós-Graduação e Pesquisa (PUC-RJ), Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 115-129, 2002.