
Avaliação clínica nas doenças do comportamento alimentar

Dulce Bouça*, Daniel Sampaio**

Resumo

As Doenças do Comportamento Alimentar devem ser entendidas como doenças que reflectem a confluência entre psicologia individual, determinantes biológicos e factores sócio-culturais.

Estas doenças são o exemplo da necessidade de um novo paradigma psiquiátrico que integra no tratamento diferentes níveis de análise, tais como a psicopatologia, padrões alimentares, cognições e problemas interpessoais e familiares e comorbilidade no Eixo I e II da DSM-IV. Discute-se a avaliação clínica como um processo que aborda estas doenças na perspectiva multidimensional e que permite a possibilidade de trabalhar a motivação para a mudança, como primeiro passo para estabelecer uma aliança terapêutica eficaz que acompanha e se movimenta entre a aquisição da autonomia e a necessidade de auto-controlo.

Palavras-chave: *Doenças do Comportamento Alimentar; Anorexia; Bulimia Nervosa.*

* Psiquiatra, Assistente Hospitalar e Assistente Convidada da Faculdade de Medicina de Lisboa

** Psiquiatra, Professor Associado com Agregação da Faculdade de Medicina de Lisboa. Núcleo de Doenças do Comportamento Alimentar, Serviço de Psiquiatria do Hospital Sta. Maria, Lisboa.

1. INTRODUÇÃO

A Anorexia e Bulimia Nervosa são doenças complexas e multideterminadas, de etiologia ainda desconhecida na globalidade, que ocorrem predominantemente em mulheres jovens (APA, 1994). Caracterizam-se por uma preocupação mórbida com o peso e imagem corporal, como principal fonte de auto-estima que conduz a um comportamento alimentar progressivamente ritualizado e provoca graves transtornos somáticos que comprometem a saúde e põem em risco a própria vida.

A diferenciação clínica e consequentemente das estratégias terapêuticas para as duas doenças resulta, por um lado, de diferentes padrões de comportamento alimentar utilizados para a regulação do peso e, por outro das características de personalidade e comorbilidade psicopatológica e somática que as pode acompanhar.

Na Anorexia Nervosa (AN) é característica uma restrição alimentar progressiva que pode levar à desnutrição, com a ideia persistente de ter que continuar a perder peso para não engordar.

Na Bulimia Nervosa (BN) o peso pode sofrer ligeiras oscilações mas, de um modo geral, mantém-se no valor normal para a idade e altura sendo

que, normalmente, as manobras purgativas e/ou compensatórias após uma ingestão alimentar excessiva se iniciam após uma dieta para perder peso.

2. DIAGNÓSTICO

Anorexia Nervosa (AN)

O diagnóstico, segundo o CID-10, baseia-se nos seguintes critérios:

A – Índice de massa corporal menor ou igual a $17,5 \text{ Kg/m}^2$.

B – Medo intenso de ganhar peso ou tornar-se gordo mesmo quando subnutrido.

C – Distúrbio no modo como o peso ou forma corporal são vivenciados, indevida influência do peso no auto-conceito ou denegação da gravidade do baixo peso.

D – Nas raparigas amenorreia de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos. Nos rapazes perda de libido e potência.

Dois tipos de Anorexia Nervosa devem ser considerados:

- Restritivo: em que a perda de peso é conseguida apenas por restrição alimentar e exercício físico.
- Ingestão compulsiva/purgativo: com regularidade existem episódios de ingestão compulsiva e comportamento compensatório purgativo (vômito auto-induzido, abuso de laxantes, diuréticos ou recurso frequente a enemas)

O sintoma chave é a recusa alimentar⁽¹⁾ e a perda de peso.

Bulimia Nervosa (BN)

O diagnóstico, segundo o CID-10, baseia-se nos seguintes critérios:

A – Episódios recorrentes de ingestão alimentar compulsiva.

B – Recorrente utilização de mecanismos compensatórios para prevenir o aumento de peso, tais como vômito auto-induzido, abuso de laxantes, diuréticos, enemas ou anorexígenos, jejum prolongado ou exercício físico intenso.

C – A ingestão compulsiva e os comportamentos compensatórios ocorrem em média pelo menos duas vezes por semana, durante três meses.

D – Auto-avaliação dependente do peso e forma corporal.

E – O distúrbio não ocorre exclusivamente durante episódios de Anorexia Nervosa.

Na Bulimia Nervosa há, também, que distinguir dois tipos:

- Purgativo: em que regularmente é utilizado o vômito auto-induzido ou abuso de laxantes, diuréticos ou enemas.
- Não purgativo: em que são utilizados como mecanismos compensatórios para a ingestão compulsiva o exercício físico intenso ou jejum prolongado entre as crises.

3. ETIOLOGIA E VULNERABILIDADE

A Anorexia Nervosa está associada a determinantes genéticos de várias ordens, assistindo-se a um aumento de risco, nos parentes próximos dos doentes. Contudo, os factores genéticos predisponentes não estão ainda definidos e podem ser traços de personalidade, índice de massa corporal, distribuição de gordura corporal ou outras.

Em alguns casos a instalação do quadro clínico pode ser desencadeada por acontecimentos de vida e nesta situação a evolução é de um modo geral mais favorável. Mantem-se ainda hoje em aberto a definição de uma etiologia multifactorial única, o que leva a considerar que a doença deve ser abordada de um ponto de vista biopsicossocial⁽²⁾.

Modelos biológicos, psicológicos ou familiares são seguramente explicações aproximadas e parciais, pelo que a abordagem clínica de cada caso deve ser feita sem ideias pré-concebidas sobre as causas subjacentes.

A Bulimia Nervosa está associada a uma dieta restritiva habitualmente drástica, que em algumas pessoas é seguida por um descontrolo alimentar com dificuldade em reconhecer a sensação de fome e saciedade.

A subnutrição na presença de um apetite normal aumenta a necessidade de alimento (Dieter's Dilemma). Este fenómeno de contra-regulação contribui tanto para a precipitação como para a manutenção do comportamento e tem uma componente cognitiva, mas também emocional.

A restrição alimentar tem consequências biológicas e psicológicas e acompanha-se de instabilidade emocional e baixo auto-conceito e auto-estima, agravados pela circularidade do comportamento restrição/compulsão alimentar, vivenciados como um fracasso.

Não é possível ignorar o papel da pressão cultural que valoriza o controlo e forma corporal na patogénese das doenças do comportamento alimentar, mas dada a generalização do recurso a dietas para perder peso não é possível atribuir-lhes um papel determinante e causal, dado que a Anorexia Nervosa atinge apenas 0,3 a 0,7% da população e a Bulimia Nervosa 1,5 a 2,5%⁽³⁾.

Esta disparidade, bem como a evidência da existência destas síndromes desde há já vários séculos (Thomas Hobbes, 1668; Cotton Master, 1670; Morton, 1689, Laségue, 1873 e Gull, 1873) apontam para o papel de interacções biológicas, factores de desenvolvimento e de vulnerabilidade individual, na sua génese⁽⁴⁾.

Investigação recente sobre a etiopatogénese da Anorexia e Bulimia Nervosa, evidencia que se tratam de doenças familiares e hereditárias⁽⁵⁾ com transmissão fenotípica de extrema ansiedade relativa ao peso e forma corporais⁽⁶⁾ e traços de personalidade com agregação familiar, tais como evitamento, perfeccionismo e rigidez para a Anorexia Nervosa e impulsividade, instabilidade emocional e depressividade para a Bulimia Nervosa.

Estudos genéticos em gémeos e

em famílias indicam um possível papel de transmissão genética para a vulnerabilidade nestas doenças. A expressão final fenotípica (Anorexia *versus* Bulimia Nervosa) pode ser causada por interações complexas entre traços de personalidade e temperamento, ambiente familiar e predisposição genética.

Os níveis de leptina no soro codificados pelo gene *ob*, estão envolvidos não só na etiologia da obesidade, mas também associados com baixo peso e percentagem de gordura corporal em indivíduos com Anorexia Nervosa comparados com controlos normais.

Os níveis de leptina correlacionam-se com o peso, gordura e factor intrínseco de crescimento (IGF.I) sugerindo uma regulação medida por aquela hormona na Anorexia Nervosa⁽⁷⁾ (Herzog e Klibansky, 1996).

Os estudos mais recentes referem que a Anorexia e Bulimia Nervosa têm uma forte componente familiar e elevadas taxas de patologia alimentar entre os familiares mais próximos bem como incidência elevada de doenças do humor, abuso de substâncias e perturbação da personalidade e ansiedade nesses elementos.

A hereditariedade para traços de personalidade familiar tais como evitamento, obsessionalidade e contenção emocional pode ser um factor para o desenvolvimento de Anorexia Nervosa e, instabilidade emocional e impulsividade para a Bulimia Nervosa.

Foram também encontrados níveis persistentemente elevados de 5-HIAA no líquido cefalorraquidiano

de indivíduos após longo período de recuperação de Anorexia e Bulimia Nervosa⁽⁸⁾ que podem reflectir um aumento de actividade do sistema serotoninérgico, associado a comportamento rígido e inibição do apetite.

O aumento da actividade serotoninérgica pode tornar indivíduos mais vulneráveis a desenvolver uma doença do comportamento alimentar com pensamento obsessivo e perseverante associado a distorções cognitivas sobre as consequências de uma alimentação não controlada e ganho de peso.

A vulnerabilidade ao *stress* é uma característica nas doenças do comportamento alimentar, cujo início é normalmente precedido por um acontecimento de vida *stressante* (Schmidt *et al.*, 1997) com disrupção das relações com família e amigos. Ainda que o significado dos acontecimentos desencadeantes seja variável em 1/5 dos doentes com Anorexia Nervosa há um acontecimento traumático ligado à sexualidade. Na Bulimia Nervosa há habitualmente história de factores de *stress* no desenvolvimento.

Contudo o *stress* pode apenas ser relevante se interferir com as estratégias individuais de *coping*, levando a que se instale uma desadaptação crónica que por sua vez altera o sistema fisiológico e psicológico, em que estão implicados o sistema serotoninérgico (5-HT) límbico e hipotalâmico, hipófise e suprarrenal.

Não existe ainda resposta para a questão da razão porque alguns indivíduos são vulneráveis a estas doenças. Pode especular-se, contudo, que

mecanismos arcaicos de regulação do controlo do peso sejam activados por uma dieta restritiva e levem a uma evolução progressiva, desde a restrição voluntária até à inanição sem controlo (AN) ou à compulsão alimentar descontrolada (BN).

Na clínica há uma tendência para considerar os doentes estritamente como indivíduos, quer na perspectiva biomédica quer psicológica, negligenciando o contexto familiar e sócio-cultural em que a doença se manifesta, numa clivagem do indivíduo em social, psicológico e biológico. Pensando que uma pessoa com doença do comportamento alimentar é influenciada por mensagens que valorizam o ser magro, estas foram internalizadas e fazem parte do próprio doente quando se apresenta para ser tratado, daí ser necessário lidar com elas, implicitamente.

O próprio acto de diagnosticar é em si mesmo de algum modo influenciado pela cultura, logo os critérios de diagnóstico devem ser analisados na perspectiva etiológica em que a cultura influencia normativamente o desencadear e a evolução do processo.

A própria apreciação dos doentes sobre a sua situação é influenciada pelo diálogo público sobre estas doenças que os *media* têm facilitado, numa espécie de glorificação do auto-controlo exemplificado no extremo pela Anorexia Nervosa, olhando-a como uma doença de poder.

Estas doenças são o exemplo para um novo paradigma psiquiátrico que integra os aspectos psicológicos, cul-

turais e biológicos, num nível de análise e abordagem compreensiva sem o qual o tratamento das doenças do comportamento alimentar se torna superficial e ilusório.

4. AVALIAÇÃO CLÍNICA

Sendo as doenças do comportamento alimentar definidas por uma psicopatologia que condiciona um comportamento alimentar que, por sua vez, provoca alterações somáticas, a avaliação inicial e o plano de tratamento devem ser globais, abrangentes e integradores das várias dimensões que contribuíram e se interrelacionaram para chegar à situação clínica actual.

Esta avaliação deve ser sempre feita por um psiquiatra e deverá ter em conta as dimensões individual, familiar e sócio-cultural próprias do doente. Neste sentido, a abordagem clínica é, em si mesma, um processo que ocorre em várias sessões e que serve vários objectivos, tais como fazer o diagnóstico e planear o tratamento, atendendo à heterogeneidade clínica, biológica e etiologia multifactorial⁽²⁾.

Uma abordagem abrangente da severidade dos sintomas relacionados com a atitude e comportamento alimentar, e da sua interferência nas relações interpessoais, é essencial para a planificação do tratamento mais eficaz e que melhor se adapte às características particulares de cada doente.

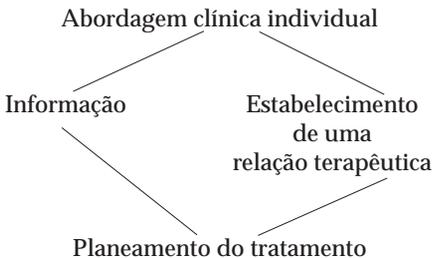
Finalmente, a abordagem clínica deve integrar informação de várias entrevistas e em diferentes contextos,

isto é, em entrevista individual e com a família.

Assim, é fundamental que o psiquiatra esteja familiarizado com o diagnóstico da AN e da BN, esteja atento aos síndromas parciais e avalie a probabilidade da sua evolução para a forma completa da doença.

5. ABORDAGEM INDIVIDUAL

A entrevista deve obter informação sobre o peso e altura actuais e a história pregressa sobre flutuações de peso e métodos utilizados para controlo ponderal, com relevância para o peso máximo e mínimo até ser atingido o peso actual. Deve ser dada



atenção particular ao peso que o doente considera ideal e ao significado que lhe é atribuído em termos de auto-estima e relações interpessoais.

A relação entre acontecimentos de vida e as variações de peso deve ser pesquisada, não de forma directa procurando causa/efeito, mas no sentido de levar o doente a estabelecer ligações entre estados emocionais e comportamentos, neste caso o alimentar.

A história alimentar da infância e puberdade devem ser pesquisadas junto do doente e família, permitindo reconstruir memórias do próprio e familiares que envolvam comentários, preocupações e atitudes face ao padrão alimentar, à imagem corporal e ao seu significado durante o desenvolvimento.

Quem iniciou uma doença do comportamento alimentar partindo de excesso de peso ou mesmo de obesidade, tem uma dificuldade acrescida na aceitação da gravidade da sua situação actual e na adesão ao tratamento, porque a sua imagem corporal e auto-conceito estão marcados pela vivência real do excesso de peso.

Atenção particular deve ser dada quando na família existe obesidade em algum dos membros ou recurso sistemático a dietas para perder peso ou preocupação excessiva e permanente com um peso ideal, ou ainda se algum familiar tem uma doença do comportamento alimentar que, habitualmente, é denegada nas primeiras sessões. É necessário clarificar receios e crenças, sem procurar culpas nem atribuir responsabilidades, antes motivando para um trabalho em conjunto que implique todos no projecto terapêutico.

6. AVALIAÇÃO DO PADRÃO ALIMENTAR

Síntese:

- a) Comportamento alimentar
 - Auto-monitorização
 - Informação familiar

- b) História de dietas
- c) Ingestão compulsiva
- d) Medidas para controle de peso.

Na primeira sessão, deve ser pedido ao doente que registre a quantidade e qualidade dos alimentos que ingere num período definido de tempo (1 dia; 1 semana), bem como os episódios de ingestão compulsiva com discriminação dos alimentos e quantidades consumidas.

Na sessão seguinte, este registo deve ser discutido com o terapeuta, relacionando sempre comportamento alimentar com o contexto e as emoções acompanhantes. É, também, pedido à família no tempo final da sessão que verbalize a sua apreciação sobre o comportamento alimentar do doente e a atitude que teve ou desejou ter para melhorar a situação. Deste modo pretende-se implicar a família no tratamento, clarificar as dificuldades e ajudá-la a compreender o problema.

Serão dadas indicações, com vista a diminuir a conflitualidade, reconhecendo a autonomia do doente e, ao mesmo tempo, devolvendo à família a competência para lidar com a situação. Deste modo estar-se-á a negociar um contrato terapêutico com base na confiança e a estabelecer uma aliança terapêutica, assegurando que nada será feito sem o acordo do doente, que a recuperação será lenta e por etapas, que o controlo será partilhado e que os fracassos ou recaídas serão compreendidos para poderem ser ultrapassados.

Estas orientações/regras que suportam o processo terapêutico a ini-

ciar, serão ao longo do tempo, reformuladas de acordo com os avanços e recuos, mas o terapeuta deverá ter em mente que nada está dito definitivamente e que surgem dúvidas ou receios na experiência de mudança. É necessário manter um atitude disponível para repetir... repetir... repetir... e compreender.

O tratamento destas doenças implica que sejam dadas logo no início e sempre que solicitadas, informações e esclarecimentos sobre alimentação e o seu valor para a saúde e bem-estar geral e, nesse sentido, o psiquiatra deverá ter uma atitude dirigida ao doente na sua globalidade e não fazer uma clivagem entre a psicopatologia e condição física dela decorrente. É nesta abordagem global e integradora que o doente encontrará segurança e motivação para o tratamento.

7. HISTÓRIA PSIQUIÁTRICA

Síntese:

- a) Comorbilidade psicopatológica
- b) Abordagem dos problemas psicológicos
- c) Avaliação dos tratamentos anteriores.

As doenças do comportamento alimentar associam-se a dificuldades interpessoais e familiares de várias ordens e, frequentemente, a perturbações psiquiátricas no Eixo I e II da DSM-IV.

A psicopatologia secundária ou prévia à doença do comportamento alimentar pode dificultar a adesão ao tratamento e obrigar a modificar a estratégia terapêutica a planear.

Na abordagem clínica inicial, a pesquisa de outras patologias permite clarificar factores de manutenção ou de contribuição para perturbação alimentar e deste modo perspectivar um tratamento abrangente.

As doenças afectivas são consideradas como um factor importante de comorbilidade diagnóstica e a Depressão *Major* surge em alguns trabalhos com prevalência entre os 20 e 90% para a Anorexia Nervosa⁽⁹⁾ e 30 a 70% para a Bulimia Nervosa⁽¹⁰⁾.

As perturbações de ansiedade apresentam-se também com altas prevalências particularmente de perturbação obsessivo-compulsiva na Anorexia Nervosa.

O abuso de substâncias é referido como patologia associada particularmente à Bulimia Nervosa e Anorexia Nervosa tipo bulímico.

A fobia social é outra doença que surge frequentemente associada às doenças do comportamento alimentar e frequentemente precede estas, sendo que muitas doentes com fobia social têm história prévia de Depressão *Major*⁽¹¹⁾.

As perturbações da personalidade (Eixo II, DSM-IV) quando associadas às doenças do comportamento alimentar agravam o prognóstico, aumentando o risco de cronicidade e não adesão ao tratamento pelo que o seu diagnóstico se torna muito importante para planear a intervenção terapêutica.

Braun⁽¹²⁾ encontrou forte associação da Anorexia Nervosa com o Cluster C (ansiedade) das perturbações da personalidade e de Bulimia Nervosa

com perturbação do Cluster B (personalidade impulsiva, *borderline*, histriónica e narcísica).

Devem ser analisadas com o doente as razões para fracassos de anteriores tratamentos de modo a implicá-lo nos objectivos a definir e no modo de os atingir sem idealizar o novo terapeuta e tratamento.

A existência de vários insucessos terapêuticos anteriores agrava o prognóstico e exige atenção especial ao estabelecimento de um plano de tratamento, devendo, logo de início, ser chamada a atenção para um eventual fracasso se não forem modificadas as condições que falharam previamente.

A completar a avaliação deve ser pesquisada a presença de doenças psiquiátricas nos familiares, tais como depressão, perturbação obsessivo-compulsiva, alcoolismo, suicídio ou para-suicídios, tratamentos e ou internamentos de causa psiquiátrica.

8. ABORDAGEM FAMILIAR

Síntese:

- a) Definição do problema
- b) Interacção familiar
- c) Papéis e lealdades na família
- d) Padrões de comunicação
- e) Recursos familiares.

A abordagem da família e a sua introdução no processo terapêutico e na construção de um plano de tratamento é um elemento fundamental da abordagem clínica e contribui para reforçar a aliança terapêutica e a adesão ao processo, explorando factores de risco e de protecção e mobilizan-

do recursos e competências familiares que motivem para a mudança e assegurem resultados mais eficazes a médio e longo prazo.

Devem ser analisados, em conjunto com o doente e a família, acontecimentos de vida que tenham precipitado o início da doença, e psicopatologia familiar nomeadamente depressiva, abuso de substâncias ou perturbações do comportamento alimentar com expressão clínica ou incipiente.

Também a família deve ser ajudada a elaborar, com o terapeuta e na presença do doente, sobre tratamentos anteriores sem sucesso ou interrompidos precocemente de modo a que não seja idealizada uma solução para o problema dependente do poder do terapeuta, antecipando eventuais fracassos ou impasses no tratamento que serão encarados como parte de um processo de mudança progressiva e que todos são chamados a participar.

São objectivos da intervenção junto da família:

- Fortalecimento da aliança terapêutica;
- Contenção de angústias na crise familiar;
- Activação da competência familiar;
- Clarificação dos limites entre tempo individual e familiar;
- Reconstrução de memórias e preparação para a mudança.

Em algumas situações é necessário implicar a família numa terapia familiar, sobretudo se o doente é muito jovem e os papéis parentais estão fragilizados ou anulados pela interferência da patologia na dinâmica intrafamiliar.

Em muitos casos são suficientes sessões de aconselhamento familiar ao longo do processo de tratamento, clarificando desde o início a necessidade de respeitar os tempos individuais do doente com o seu terapeuta, que se insere num processo de autonomia e auto-controlo partilhados com o terapeuta.

Contudo, é sempre dada à família a possibilidade de pedir esclarecimentos sobre atitudes a tomar na participação do processo, desde que o faça na presença do doente.

Esta clarificação do tempo individual e tempo familiar, separação e reunião, são facilitadores do processo de crescimento e autonomia do doente e garantem a confidencialidade, sem rupturas com a identidade familiar.

9. AVALIAÇÃO SOMÁTICA

Síntese:

- a) História médica
- b) Desenvolvimento – infância e adolescência
- c) Comorbilidade somática
- d) Exame físico
- e) Avaliação laboratorial.

Uma história médica cuidada deve ser feita na presença da família com informação sobre o desenvolvimento na infância, história alimentar, atitudes e estilo relacional entre a criança e a mãe (ou substituto provedor de alimento), investimento materno na função alimentar, hábitos e preocupações na família (face à alimenta-

ção), obesidade familiar ou recurso habitual a dietas para emagrecimento em algum membro da família.

Deve pesquisar-se a coexistência de doenças somáticas no doente e/ou familiares que interfiram nos hábitos alimentares, tais como diabetes, hipertiroidismo, doenças gastrointestinais, síndromas de mal absorção.

Na Anorexia Nervosa as manifestações clínicas são consequência da desnutrição e do tempo que decorre entre o início da restrição e a perda total de peso. Será necessário pesquisar o peso máximo e mínimo atingidos ao longo do tempo e história prévia de obesidade. Nesta avaliação, serão dados esclarecimentos e clarificados conceitos sobre magreza e gordura, saúde e doença, função plástica dos alimentos, aceitando o pedido para ser magro em dissonância com o acumular de fome, isto é, de carências alimentares.

Estes esclarecimentos são fundamentais na abordagem clínica inicial e permitem ao doente consciencializar a perda do controlo sobre o seu corpo, num processo que se automatizou a partir de um objectivo inicial que era o de conseguir auto-controlo sobre a sua vida.

Os sinais e sintomas físicos observáveis devem ser verbalizados pelo terapeuta, sem pressão mas com clareza, permitindo ao doente tomar consciência dos sinais que o corpo lhe está a dar e dos cuidados que lhe deve prestar, tais como náuseas, tonturas, fadiga, alterações gastrointestinais, enfraquecimento das faneras.

Atenção especial deve ser dada a

alguns sintomas reveladores de gravidade e que podem exigir uma actuação mais urgente, tais como hipoglicemia, alterações do ritmo cardíaco por hipocaliemia, e edema periférico ou generalizado por hipoproteinemia⁽¹³⁾.

Uma investigação médica mais exaustiva que permita estadiar e prevenir as consequências físicas da doença, deve ser remetida para o médico que deverá acompanhar a evolução dos parâmetros somáticos alterados dando atenção particular à repercussão óssea com osteopenia e/ou osteoporose precoce que se instalam progressivamente no decurso da Anorexia Nervosa com consequências que podem ser irreversíveis.

Na Bulimia Nervosa, o peso mantém-se dentro dos limites normais, o que permite ocultar a doença durante muito tempo. Os sintomas e sinais físicos têm pouca tradução na Bulimia Nervosa mas as repercussões no aparelho digestivo e as alterações hidroelectrolíticas, pelos vômitos ou abuso de laxantes ou diuréticos, podem exigir cuidados especiais, e, devem ser explicadas ao doente para obter a sua colaboração no tratamento a seguir.

Também, aqui, se impõe uma avaliação médica que se manterá ao longo do tratamento em articulação com a abordagem psicológica, de modo a que o doente se sinta cuidado na globalidade da sua unidade psicofisiológica e possa reencontrar a coesão perdida, quando se impôs a separação entre corpo e mente, na procura de uma solução para um mal-estar a que deu o nome de "gordura".

A abordagem clínica para o trata-

mento das doenças do comportamento alimentar deve ser orientada para a clarificação do diagnóstico, e começo de um trabalho de motivação para a mudança e o estabelecimento de uma aliança terapêutica que suporte um longo e difícil processo de tratamento, que evoca no terapeuta emoções intensas de frustração, agressividade, rejeição e impotência mas, também, de idealização da sua capacidade de salvar o doente de uma situação de auto-destruição progressiva.

Um doente com Anorexia Nervosa apresenta-se na abordagem inicial com intenso conflito e sofrimento, ambivalente face à aceitação de ajuda e resistente à mudança, por medo de perder o controlo sobre o seu corpo e vida em geral, e pondo em dúvida que o tratamento o faça sentir-se melhor. Frases como "quero melhorar mas não quero aumentar de peso" ou "quero melhorar mas não quero mudar" são habituais no diálogo inicial com o terapeuta e cabe a este dar um sentido à ausência de sentido, clarificar a situação sem saída a que se chega, explorar o significado da mudança para o doente e oferecer-se como interlocutor e acompanhante na descoberta de um novo caminho que possa conduzir aos objectivos que procura⁽¹⁴⁾.

Se a abordagem inicial resultar deixará no doente a expectativa de poder encontrar alguma acalmia para o seu sofrimento, confiando que aquele terapeuta talvez o possa ajudar a encontrar o controlo e liberdade que perdeu.

Os doentes com Bulimia Nervosa

apresentam-se com objectivos diferentes na primeira consulta dado que se encontram perdidos na procura do objectivo que se propuseram de perder peso para obterem uma melhor auto-estima e esperam que o auto-controlo lhe seja dado pelo terapeuta com uma fórmula decisiva e eficaz para acabarem rapidamente com as crises de voracidade alimentar.

Trazem consigo uma expectativa de mudança, através de uma solução fornecida pelo terapeuta, procuram controlo externo e esperam uma receita eficaz e rápida para o seu sofrimento.

Quando confrontados com um contrato que implica ambas as partes e com regras ou orientações que terão que tentar cumprir, facilmente se sentem frustrados na sua expectativa e desistem ou se descomprometem de um plano de modificação de experiências limites, do tudo ou nada.

Os sentimentos de fracasso e desilusão que experimentam, levam a que em momentos de desespero desencadeados pela crise bulímica, se auto-flagelem ou tentem o suicídio, ou abusem de substâncias que, temporariamente, acalmam a dor incontrolável.

A atitude terapêutica será tanto mais eficaz e contentora quanto mais respeitar a autonomia individual e o direito do doente a participar activamente na condução do seu tratamento, no seu auto-controlo, que é um núcleo essencial da doença.

Contudo cabe ao terapeuta, ou equipa terapêutica, definir os limites da auto-determinação do doente, o que poderá levar a ter de negociar, em

várias sessões, o plano de tratamento até obter a sua concordância. Não é possível aceitar a recusa da recuperação ponderal, ou uma posição passiva de dependência ("faço o que quiser... não me comprometo com nada"), ou objectivos vagos a longo prazo, ou o afastamento da família do processo terapêutico.

O trabalho conjunto de definição de objectivos na abordagem clínica é, em si mesmo, um contrato de aliança e um processo de motivação para a mudança, assente numa relação dinâmica e de confiança.

O tratamento começa aqui. Um longo caminho terá de ser percorrido.

"O mundo a explorar é uma entidade em grande medida desconhecida. Por isso devemos manter as nossas opções em aberto, em vez de, antecipadamente, nos sobrecarregarmos com restrições. O único princípio que não inibe o progresso é: qualquer coisa serve".

Paul Feyerabend in "Contra o método" Relógio d'Água, 1993.

Abstract

Eating Disorders, Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa, must be seen as disorders which reflect a confluence of individual psychology, biological determinants and socio-cultural factors.

These disorders exemplify the need for a new psychiatric paradigm which integrate in the treatment different levels of analysis such as psychopathology, feeding patterns, cognitive schemata, interpersonal and family problems and comorbidity in the Axis I and Axis II of DSM-IV. We discuss the assessment as a process which focuses the disorders in a multidimensional approach, and provides the possibility of working the motivation for change as a first step for establishing an effective therapeutic alliance which runs along and between autonomy and control.

Key-words: Eating Disorders; Anorexia; Bulimia Nervosa.

BIBLIOGRAFIA

1. Sampaio D. *Vivemos livres numa prisão*, 1998, Ed. Caminho, Lisboa.
2. Garner D. *Handbook of treatment for eating disorders*; Ed. Garner et Garfinkel, 1997, The Guilford Press; London.
3. Hoek H. Epidemiology of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa in western world. *CME* 1995; 13, 501-508.
4. Kaye Strober, Steine Gendall. New directions in treatment research of Anorexia and Bulimia Nervosa. *Biol Psychiatry* 1999; 45: 1285-1292.
5. Bulik et al. Heritability of binge eating and broadly defined Bulimia Nervosa. *Biol Psychiatry* 1998, 44: 12210-12218.
6. Lilenfeld and Kaye. *Neurobiology in the treatment of eating disorders*, 1998, Ed.

- Hoek H, Treasure J, Katzman M, Wiley & Sons, Chichester.
7. Herzog et Klibanski. Serum leptin-levels in women with Anorexia Nervosa. *J Clin Endocrinol Metab* 1996; 81: 3861-3863.
 8. Kaye W. Persistent alterations in behavior and serotonine activity after recovery from Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. Adolescent nutricional disorders, prevention and treatment. *Annals of New York Academy of Sciences* 1997; vol. 817: 162-178.
 9. Hoeck HW. Revue of the epidemiological studies of eating disorders. *International Revue of Psychiatry* 1993; 5: 61-74.
 10. Halmi KA. A multimodal model for understanding and treating eating disorders. *Journal of Women's Health* 1994; 3(6): 487-493.
 11. Braun DL et al. Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychol Med* 1994; 24: 859-862.
 12. Braun DL et al. Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychol Med* 1994; 24: 859-862.
 13. Sampaio D, Bouça D, Carmo I, Jorge Z. *Doenças do comportamento alimentar: Manual para o clínico geral*, 1998, Ed. Bial.
 14. Bouça D. *Anorexia Nervosa, minha amiga*. 2000, Ed. Ambar.

