

ANOREXIA MENTAL: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Sofia Nava, Claudio Moraes Sarmento

ACTA MÉDICA PORTUGUESA, 1997; 12: 943-946

RESUMO

Após uma breve introdução teórica sobre a anorexia mental, os autores apresentam um caso clínico da referida patologia.

Trata-se de um doente que esteve internado no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital São Francisco Xavier em 1994. O doente é do sexo masculino, o que representa uma situação muito rara nesta patologia e como tal motivo de atenção e reflexão.

Numa primeira abordagem os autores apresentam um pequeno resumo cronológico da história do doente, de modo a enquadrar o desenvolvimento progressivo e de crescente gravidade do processo patológico. Numa fase seguinte remetem os leitores para a avaliação clínica do caso, em que pormenorizam as características fundamentais da doença.

Finalmente é referenciado o projecto terapêutico, ainda em curso, elaborado, numa perspectiva multifacetada, para este doente.

ANOREXIA NERVOSA: A CLINICAL CASE

SUMMARY

After a brief theoretical introduction on anorexia mental the authors present a clinical case with this pathology.

A patient who had been admitted at the Psychiatric Department of Hospital São Francisco Xavier in 1994 is presented. It's a male patient, what is rare in this pathology.

Firstly the authors present a brief chronological resume of the patient history in order to focus on the insidious development of this pathological process with growing seriousness. Secondly the essential features of the disease are explicated for this patient clinical evaluation.

Finally the therapeutic project is presented, elaborated in a multidisciplinary perspective.

Palavras chave / Key words

Anorexia nervosa, Eating disorder, Body image disorder, Psychiatry

INTRODUÇÃO / BREVE REVISÃO TEÓRICA

O termo “distúrbios alimentares” é geralmente utilizado para referir dois síndromes psiquiátricos bem definidos: *anorexia nervosa* e *bulimia nervosa*. Trata-se de duas entidades nosológicas relacionadas entre si, partilhando várias manifestações clínicas¹.

Genericamente são necessários três critérios para fazer o diagnóstico de anorexia nervosa:

- 1) Presença de certas ideias sobrevalorizadas características, respeitantes à forma e peso do corpo: a *auto-estima* do doente é julgada apenas em termos da forma e do peso corporal.
- 2) *Manutenção activa* de um baixo peso em relação às normas aceites pela população em geral (15% abaixo do peso esperado para a idade, estatura e sexo).
- 3) Presença de amenorreia.

Em termos epidemiológicos, a incidência desta doença é de 0.24 - 14.6 por 100 000 da população feminina por ano. A prevalência varia entre 0 e 1.1% de raparigas adolescentes e mulheres jovens. Menos de 10% de todos os casos ocorrem em homens. A anorexia mental aparece sobretudo nos grupos socio-económicos mais altos.

O início da anorexia nervosa dá-se, habitualmente, a partir de uma dieta na adolescência. Outros métodos para diminuir peso vão sendo acrescentados a qualquer momento, nomeadamente, exercício intenso, vómito auto-induzido e uso abusivo de laxantes.

A anorexia nervosa no sexo masculino, apresenta algumas diferenças relativamente ao sexo feminino. As idades de início e de apresentação, são mais tardias (médias de 18.6 e 20.2 anos, respectivamente). Existe uma maior tendência pré-mórbida para a obesidade, o peso no início da doença e a perda de peso no decurso da doença são. O exercício físico é também mais frequente.²

A raridade da anorexia mental no sexo masculino, foi corroborada num estudo de revisão efectuado em Portugal³. Este estudo, referente a 10 anos (1983-1993), caracterizou a população de todos os doentes com o diagnóstico de anorexia mental, internados neste serviço. Num total de 30 casos, todos eram do sexo feminino.

CARACTERIZAÇÃO DO QUADRO CLÍNICO DE ANOREXIA MENTAL

I- Psicopatologia específica:

- 1) O **core psicopatológico** da anorexia nervosa compreende um conjunto característico de ideias sobrevalorizadas a respeito da forma e peso do corpo:

Estes doentes avaliam a sua auto-estima em termos da sua forma e peso corporal; encaram a obesidade e o ganho de peso com medo, encaram a magreza e a perda de peso como desejável e põem grande ênfase no auto-controle. Estas atitudes são formas extremas de pontos de vista extensamente defendidos e de facto reforçados pelos

valores sociais actuais, nomeadamente pela moda.

2) As **restrições dietéticas** destes doentes são caracterizadas por: evitamento selectivo de alimentos encarados como “engordadores” e nalguns casos contando as calorias ingeridas por dia. A maioria dos doentes come apenas um pequeno leque de alimentos. O apetite persiste, excepto em casos de evolução crónica.

Em associação com a restrição alimentar existe uma preocupação exagerada com os alimentos e o acto de comer, como sejam o interesse característico em cozinhar e em escolher empregos que impliquem trabalhar com alimentos.

3) Um outro aspecto importante desta doença é o **distúrbio da imagem corporal**.

A *imagem corporal* é “a imagem do nosso próprio corpo que formamos na mente, ou seja, a maneira como o nosso próprio corpo se nos apresenta” (Schilder,1950) ⁴.

Nos anoréxicos a componente perceptual, está alterada de tal modo que todo, ou apenas, partes do corpo são vistas como maiores do que são na realidade - *erro de percepção da forma do corpo* - bem como a componente atitudinal, havendo um intenso desagrado do corpo ou de partes do corpo - *menosprezo da forma do corpo* ^{5,6,7}.

É de notar, no entanto, que a imagem corporal envolve também outros componentes: de desenvolvimento, cognitivos e afectivos, assim como também é influenciada por aferências viscerocéptivas, cenestésicas e tácteis e não só pelos componentes visuais que permitem a percepção do tamanho do corpo. Estas dimensões ainda não foram estudadas completamente em relação à anorexia nervosa ^{8,9}.

II - Psicopatologia geral:

O humor encontra-se deprimido, ou lábil, por vezes com sentimentos de desesperança, ou ideias de suicídio. Existe ansiedade relacionada com o acto de se alimentar, diminuição de outros interesses para além da comida, e isolamento social. Encontram-se traços obsessivos relacionados com a alimentação. O desempenho laboral é bom, reflectindo os níveis de perfeccionismo que estes doentes impõem a si próprios.

III - A contribuição da fome:

Alguns aspectos da psicopatologia destes doentes são, provavelmente, um resultado directo da fome. De facto, a fome foi reproduzida em estudos experimentais de jejum, dando origem aos seguintes aspectos: as preocupações com a comida e o acto de comer; os sonhos relacionados com comida; o consumo de combinações inabituais de comida; o humor deprimido, a irritabilidade, os traços obsessivos, a diminuição da concentração, a redução de áreas de interesse, o isolamento social e as alterações do sono. No entanto, não apareceram as ideias sobrevalorizadas características, em relação ao peso e à imagem corporal, que perpetuam o quadro de anorexia mental.

IV - Alterações físicas:

Encontram-se os seguintes sintomas físicos: sensibilidade aumentada ao frio; queixas gastro-intestinais (obstipação, sensação de repleção após as refeições, dores abdominais vagas); acatísia, falta de energia, diminuição da libido e insónia matinal.

Podem existir diversas alterações laboratoriais: **hematológicas** - leucopénia, linfocitose relativa; **metabólicas** - alcalose metabólica, hipokaliémia, hipoglicémia, hiperamilasémia, hipercolesterolémia, hiperkarotinémia; **endócrinas** - diminuição das gonadotrofinas e da triiodotironina, aumento da hormona do crescimento e do cortisol.

Podem também surgir algumas das seguintes complicações médicas: **cardio-vasculares** - bradicárdia, hipotensão, arritmias, edema, insuficiência cardíaca; **neuroológicas** - convulsões; **endócrinas** - amenorreia; **esqueléticas** - diminuição do crescimento, osteoporose; **estomatológicas** - erosão do esmalte, cáries; **gastro-intestinais** - aumento das glândulas salivares, atraso do esvaziamento gástrico, dilatação gástrica aguda, síndrome da artéria mesentérica superior, obstipação e pancreatite aguda; **metabólicas** - hipoglicémia, desidratação.

RESUMO CRONOLÓGICO DA HISTÓRIA DE CARLOS

Antes do nascimento, na casa que o Carlos veio a habitar, vivia um agregado familiar composto por cinco pessoas: a bisavó e a avó maternas, os pais e o irmão do Carlos. A gravidez não foi desejada pelo pai, e perante esta realidade o pai desejou que nascesse uma menina. A avó materna preparou um enxoval todo cor de rosa.

Em relação ao nascimento, salienta-se que o Carlos nasceu de parto eutócico, de termo, com 4,5 kg e 51 cm. Veio preencher importantes funções para a mãe: esta sentia-se sozinha e incompreendida pelo marido, que segundo ela era frio, controlador e distante; investiu muito neste filho para o que também contribuiu o facto de o outro filho (2 anos mais velho) ser preferido pelo pai. Por outro lado, esta mãe sentia-se muito controlada e “abafada” nas suas funções pela sua própria mãe e o Carlos era encarado como um “refúgio”.

O desenvolvimento infantil decorreu dentro da normalidade. Desde criança, o Carlos reagia aos conflitos familiares e aos castigos com quadros febris.

O ambiente familiar era complexo e muito conflituoso. As três mulheres da casa mantinham uma relação peculiar entre elas e com os outros. A avó era a figura feminina dominante da casa, controlando e maltratando a filha e a mãe, respectivamente a mãe e a bisavó do Carlos.

A sua avó tratava-o por “seu gordo, seu anormal”. O pai preteria-o em função do irmão, com quem mantinha uma relação muito próxima.

O Carlos mantinha uma relação privilegiada com a bisavó, mas desde muito novo sentia necessidade de a proteger da avó. Aquando da morte da bisavó desenvolveu relação muito próxima (*simbiótica*) com a mãe.

Quando o Carlos tinha 5 anos, os pais, na sequência de relação muito conflituosa e com agressividade física, separaram-se.

Na puberdade e adolescência, o desenvolvimento físico processou-se de forma progressiva mas acentuada; aos 13 anos media cerca de 1,80m e pesava 96 kg.

Sentia-se deslocado perante os rapazes da sua idade. Integrou-se num grupo de amigos mais velhos e sentiu necessidade de ter comportamentos e atitudes que não correspondiam à sua idade, ficando sempre com a mágoa de não poder fazer o que de facto lhe apetecia pois era recriminado por já não ter tamanho para *criancices*.

Iniciou, nesta época da sua vida, consumos exagerados de álcool e drogas: cola, haxixe, heroína. Teve relações afectivo-sexuais com mulheres muito mais velhas. Apesar

destes comportamentos, sentia uma grande desproporção entre a sua imagem corporal, que chegava a intimidar as pessoas, e a imagem que tinha de si próprio: frágil, sensível e afectuoso.

Aos 14 anos, a mãe (enfermeira), sempre preocupada com o corpo do Carlos, leva-o a uma consulta, tendo sido pedidas análises laboratoriais. Estas análises revelaram hiperuricémia e é aconselhada uma dieta ligeira. O Carlos inicia então uma dieta extremamente rigorosa e rígida, por um motivo por ele próprio não compreendido. De um dia para o outro termina os consumos de álcool e drogas.

Aos 16 anos sofre um acidente de motorizada, do qual resultou uma lesão do nervo ciático popliteu externo direito, com parésia do membro inferior direito. Na sequência deste acidente isola-se em casa, corta relações com os seus amigos, dedica o seu tempo livre a actividades relacionadas com a alimentação e começa a fazer exercício físico intenso. Nesta altura emagrece 30 kg.

Pouco tempo depois, após crise de obstipação, inicia uso abusivo de laxantes.

Aos 18 anos vai para a tropa onde faz um curso de socorrista e mostra vontade de continuar a vida militar. O pai (médico) aconselha-o a desistir e promete dar-lhe apoio, o que não vem a acontecer quando o Carlos regressa à vida civil.

Aos 22 anos começa a trabalhar como administrativo no hospital onde a mãe está colocada.

A VIA SACRA DOS CUIDADOS MÉDICOS

O Carlos foi seguido, numa perspectiva médica e psiquiátrica, em diversas consultas: psiquiatria, endocrinologia, gastroenterologia e hematologia.

Fez algumas tentativas de tratamento estruturado psiquiátrico e psicológico, não eficazes.

Durante a sua passagem pelo serviço militar também foi seguido em termos médicos e psicológicos, mas com poucos resultados significativos.

AVALIAÇÃO DO CASO

1. A perspectiva do doente

O Carlos reconhece que está muito magro (45kg), o que corresponde a uma perda de 51 kg, mas não se apercebe dos riscos que corre. Se por um lado quer engordar, por outro tem “pavor” de ficar como era dantes.

Sente-se muito dividido entre o Carlos gordo dantes (“o gordo, anormal”) e o Carlos magro actual (“doente, superprotegido”), mas sente que dentro de si está outro Carlos que ainda não apareceu. Esta ambivalência enquadra-se numa perspectiva de *procura da identidade*.

Embora refira que o facto de estar magro o torna inofensivo, porque frágil; tem pesadelos recorrentes em que a mãe morre de forma violenta.

Em relação aos seus hábitos alimentares compreende que estão errados, mas não consegue mudá-los. Compreende que é ilógico mas não consegue evitar a ideia de que não pode comer. De facto, orgulha-se do seu auto-controle em poder resistir à fome.

2. Atitudes em relação à forma e peso corporal

O Carlos auto-avalia-se em função da sua imagem corporal, como se as suas qualidades enquanto pessoa/indivíduo estivessem directamente relacionadas com a imagem do seu corpo.

Achava-se demasiado gordo e actualmente sente que está magro, mas não excessivamente. Insiste sobretudo na questão de não ter a musculação desenvolvida e preocupa-se muito com a sua aparência (modo de vestir).

Emagreceu no total, ao longo de 9 anos, 51 kg, nunca deixando de persistir nos seus hábitos alimentares inadequados.

3. Hábitos alimentares

É o Carlos que confecciona a comida, uma dieta rígida e pobre à base de cereais. Só “gosta” de alimentos com baixo valor calórico.

“Obriga” a mãe e o irmão a comerem a sua dieta. Tem vários rituais como por exemplo: ter uma tigela sua, só para comer os cereais, e a respectiva colher, sempre dentro do frigorífico. Monitoriza a dieta com gráficos de peso.

Sente que os rituais funcionam como uma espécie de castigo, mas não entende bem porquê nem para quê.

4. Métodos de controle do peso

Para além da dieta, o Carlos utiliza laxantes e exercício físico intenso para controlar o peso.

5. Psicopatologia geral

O Carlos balança entre períodos de depressividade e eutimia. Estes períodos de humor deprimido parecem aparecer, quando as suas defesas não são suficientes. Aliás é nestes períodos que ele pede ajuda especializada.

Tem traços obsessivos marcados, com procura de perfeccionismo. Manifesta grande agressividade para com os outros e frequentemente tenta manipular todos os que o rodeiam.

Existe uma problemática de identidade marcada, associada a um grande sentimento de vazio. Os principais mecanismos de defesa que utiliza são: a clivagem e a identificação projectiva.

Em termos de diagnóstico estrutural de personalidade este caso apresenta uma *organização borderline* da personalidade (referimo-nos a organização borderline, tal como Kernberg a definiu e não, a distúrbio borderline da personalidade) ¹⁰.

6. Estado físico

Existem alterações significativas do estado físico desde o início da doença: gastrite e esofagite de refluxo; poliúria interpretada como diabetes insípida transitória (fez terapêutica com vasopressina) não confirmada, (fez TAC e RMN); hipogonadismo hipogonadotrófico com diminuição dos níveis de testosterona - fez terapêutica de substituição com poucos resultados clínicos; pancitopenia secundária à desnutrição -

leucopénia de $2,7 \times 10^9/l$.

PROJECTO TERAPÊUTICO

O projecto terapêutico englobou várias componentes: internamento, seguimento médico em ambulatório, intervenção familiar e psicoterapia. Todas estas vertentes coordenadas por um terapeuta orientador/coordenador.

Após a avaliação inicial do caso, em consulta, a que o doente acorreu, o internamento constituiu a primeira etapa deste projecto terapêutico. De facto, o estado físico do Carlos era preocupante, existindo mesmo risco de vida.

Como tal, o objectivo principal deste internamento foi o aumento do peso e a melhoria da sintomatologia física. Secundariamente, este período de tempo alargado permitiu o estabelecimento de uma aliança terapêutica (difícil neste caso), bem como a elaboração e coordenação das restantes etapas do projecto terapêutico.

Foi feito um contracto terapêutico com o Carlos, no que respeitou à duração do internamento (3 meses). Foram definidas metas a atingir e um conjunto de regras a cumprir, que eram reajustadas de acordo com o atingimento dos objectivos previamente estabelecidos. Diziam respeito aos comportamentos e atitudes no internamento e aos hábitos alimentares. As metas a atingir constavam, entre outras, de: aumento de 1kg de peso corporal por semana, diminuição progressiva do uso de laxantes e modificação dos hábitos alimentares. Para a concretização destes objectivos, foi instituída uma dieta altamente nutritiva e hipercalórica, foi determinado o horário das refeições, o tipo de alimentos a ingerir e proibida a ingestão de alimentos levados de fora do internamento.

As dificuldades surgidas ao longo de 3 meses de internamento foram as seguintes: grande dificuldade em aceitar regras e lidar com a situação de estar internado; atitudes manipulatórias e de agressividade constantes em relação aos técnicos e aos outros doentes; falta de recursos internos para lidar com a ausência das actividades relacionadas com a alimentação, no sentido de poder arranjar alternativas que o ocupassem; isolamento em relação aos outros doentes, exceptuando uma relação tipo pai-filho com um outro doente mais velho, com quem se identificou como pessoa abandonada; grande resistência a engordar (período inicial de aumento de peso seguido de fase de estabilização) e enorme sentimento de vazio persistente.

Ainda durante o internamento foi iniciado um processo psicoterapêutico, de orientação analítica e periodicidade tri-semanal; o seguimento médico em consulta de comportamento alimentar e efectuada intervenção com intuito terapêutico na matriz familiar, numa perspectiva sistémica.

Actualmente, passados 9 meses, continua em curso a psicoterapia tri-semanal, a terapia familiar sistémica e a consulta de comportamento alimentar. O Carlos voltou a arranjar emprego, que mantém, e não voltou a necessitar de internamento, estando o peso estabilizado.

BIBLIOGRAFIA

1. FAIRBURN C G: Eating disorders. In: Kendell R E; Zealley A K, eds. Companion to

2. Psychiatric Studies, New York; Churchil Livingstone 1993: 525-542.
3. SHARP C W; CLARK S A; DUNAN J R; BLACKWOOD D H: Clinical Presentation of Anorexia Nervosa in Males: 24 new cases. J. Eat. Disord. 1994; 15(2): 125-134.
4. GODINHO P; NETO I; FERRO S; CAMILO S; CARVALHO G; DINIS C; FRANÇA DE SOUSA J: Anorexia Nervosa em Hospital de Dia - um estudo retrospectivo. Comunicação apresentada nas 11^{as} Jornadas de Pós-Graduação em Psiquiatria (1994).
5. SCHILDER P : The image and appearance of the human body, New York; International Universities Press 1950.
6. WARAH A: Body Image Disturbance in Anorexia Nervosa: Beyond Body Image. Can J. Psychiatry 1989; 34: 898-905.
7. SLADE P D: Body Image in Anorexia Nervosa. British Journal of Psychiatry 1988; 153 (suppl. 2): 20-22.
8. COOPER P J; TAYLOR M J: Body Image Disturbances in Bulimia Nervosa. British Journal of Psychiatry 1988; 153 (suppl. 2): 32-36.
9. LACEY J H; BIRTCHNELL S A: Body Image and its Disturbances. Journal of Psychosomatic Research 1986; Vol. 30, No. 6: 623-631
10. SNAITH P: Body Image Disorders. Psychoter Psychosom 1992; 58: 119-124.
11. KERNBERG O F; CLARKIN J F: Developmental factors in Borderline personality disorder and borderline personality organization. In: Paris J, eds. Borderline personality disorder, Washington; American Psychiatric Press 1993: 161-184.