

Transtornos alimentares: fundamentos históricos

Eating disorders: historical background

Táki Athanássios Cordás^a e Angélica de Medeiros Claudino^b

^aAmbulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Psiquiatria da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. ^bPrograma de Orientação e Assistência aos Transtornos Alimentares do Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

Resumo Os autores fazem uma breve revisão dos aspectos históricos dos transtornos alimentares. Possíveis correlações psicopatológicas com os conceitos diagnósticos atuais são discutidas.

Descritores Anorexia nervosa. Bulimia nervosa. História.

Abstract *The authors make a brief review of the historical aspects of eating disorders. Possible correlations with modern psychopathological aspects are commented.*

Keywords *Anorexia nervosa. Bulimia nervosa. History.*

Introdução

Os transtornos alimentares são frequentemente considerados quadros clínicos ligados à modernidade, na medida que ao avanço da mídia nas últimas décadas tem se dado papel de relevância quase casual.

Uma breve revisão histórica evidencia a existência dessas patologias ao longo do tempo e retoma a velha discussão psicopatológica do essencial e do acessório, do patogênico e do patoplástico, enfim das relações entre a doença e a cultura.

Anorexia Nervosa

Etimologicamente, o termo anorexia deriva do grego “an-”, deficiência ou ausência de, e “orexis”, apetite. Também significando aversão à comida, enjôo do estômago ou inapetência, as primeiras referências a essa condição surgem com o termo *fastidium* em fontes latinas da época de Cícero (106-43 aC.) e vários textos do século XVI. Já a denominação mais específica “anorexia nervosa” surgiu com William Gull a partir de 1873, referindo-se à “*forma peculiar de doença que afeta principalmente mulheres jovens e caracteriza-se por emagrecimento extremo[...] cuja falta de apetite é [...] decorrente de um estado mental mórbido e não a qualquer disfunção gástrica[...]*”.¹ Atualmente o termo “anorexia” não é utilizado em seu sentido etimológico para a “anorexia nervosa”, visto que tais pacientes não apresentam real perda de apetite até estágios mais avançados da doença, mas sim uma recusa alimentar deliberada, com intuito de emagrecer ou por medo de engordar.²

Durante a idade média, as práticas de jejum foram compreendidas como estados de possessão demoníaca ou milagres divinos. Em seu livro “*Holy Anorexia*”, Bell³ (1985) relata o comportamento anoréxico realizado por 260 santas italianas (que teriam vivido entre 1200 e 1600) aparentemente em resposta à estrutura social patriarcal a qual estavam submetidas, e conhecido como “anorexia sagrada”. Pela supressão de necessidades físicas e sensações básicas (como cansaço, impulso sexual, fome e dor) elas pareciam liberar o corpo e alcançar metas espirituais superiores, porém às crenças religiosas pareciam se misturar a outras intenções das jovens, como a perda dos atributos femininos. Bastante conhecido é o caso de Santa Catarina de Siena que aos 15 anos, após a morte de sua irmã (parturiente) e diante de projetos futuros de casamento, iniciou restrição alimentar, preces e práticas de autoflagelamento, chegando a induzir vômito através de ervas e galhos na garganta quando forçada a alimentar-se. Catarina havia feito um voto de castidade quando ainda era criança. A inanição haveria gerado um estado psicológico de constante vigília e experiências místicas, vindo a falecer de desnutrição aos 32 anos.

Embora não se possa afirmar que a atual concepção de anorexia nervosa esteja relacionada aos casos de “anorexia sagrada”, em virtude de documentação falha e incerteza quanto às reais motivações, sentimentos e crenças das santas, alguns paralelos são evidentes: ambas não toleram as conseqüências do “comer”, ambas representam “estados ideais” (beatitude na

Itália medieval e magreza no ocidente atual) e evitação da sexualidade, do egoísmo e do alimento. Em ambos os quadros se descrevem excesso de atividades, perfeccionismo, constante vigilância, desinteresse por relacionamentos comuns, auto-suficiência e preferência por cuidar dos outros ao invés de serem cuidadas.

Morton é o autor do primeiro relato médico de anorexia nervosa de 1689, em livro sobre doenças consumptivas, no qual descreve dois casos de “consumpção de origem nervosa”. O autor comenta sobre a influência mútua entre processos mentais e físicos e ressalta o papel patogênico das emoções. Estes quadros não eram acompanhados de febre ou dispnéia, mas caracterizavam-se pela diminuição do apetite, amenorréia, aversão à comida, obstipação, emagrecimento extremo e hiperatividade. O autor se mostra intrigado pela indiferença característica que essas pacientes denotam em relação a seu estado de desnutrição e pela preservação de suas faculdades mentais básicas.⁴

Vários relatos médicos estão descritos na literatura desde então, porém sem receberem a atenção merecida, como o trabalho publicado em 1860, em Paris, por Louis-Victor Marcé intitulado “*Note sur une forme de délire hypochondriaque consécutive aux dyspepsies et caractérisée principalement par le refus d'aliments*”.⁵ É ainda na segunda metade do século XIX que a anorexia nervosa emerge como uma entidade clínica independente, com sintomatologia e patogenia distintas, com os relatos quase que simultâneos em 1873, do médico inglês Gull e do psiquiatra francês Lasègue. Gull parece receber certa prioridade na literatura médica pelo fato de ter feito rápida referência à “Apepsia Histórica” em uma conferência anual da “British Medical Association” em 1868.⁶

Esta referência, no entanto, passou despercebida por cinco anos até que em abril de 1873, Lasègue publica o artigo “*De l'anorexie hystérique*”, uma contribuição à nosologia dos “distúrbios dos órgãos digestivos que ocorrem no curso da histeria”. O psiquiatra descreve neste artigo os achados clínicos de oito pacientes, de 18 a 32 anos de idade, e ressalta a origem psíquica (causa primária) dessa doença: focaliza a fenomenologia distinta da anorexia histérica na crença mórbida de que o alimento é lesivo e deve ser evitado. Ele identifica ainda outras características psicopatológicas relativas a inseguranças pessoais e busca por aprovação, e ressalta a contribuição familiar para manutenção dos sintomas.

Em outubro de 1873, Gull apresenta o tema “Anorexia Nervosa” para a “Clinical Society of London”, publicado apenas em 1874. O médico descreve três casos referindo que o quadro costuma ocorrer em mulheres entre os 16 e 23 anos e ocasionalmente em homens da mesma faixa etária. Em sua descrição, Gull⁷ (1874) se volta mais para os achados clínicos decorrentes da inanição prolongada, tais como a caquexia, a perda de apetite, a amenorréia, a constipação e a diminuição dos sinais vitais, embora também aponte o componente psicológico (sem, no entanto, priorizá-lo) e indique a necessidade de que o responsável pelo tratamento assumira uma postura moral mais autoritária perante a paciente.

É provável que Charcot tenha sido o primeiro a detectar, por

volta de 1889, o aspecto psicopatológico central que motivava as mulheres anoréticas a jejuar: a “*idée fixe d'obésité*” ou fobia de peso.⁸ Outros médicos franceses teriam feito referências ao medo de engordar na época, aspecto que não teria ocorrido em países de língua anglo-saxônica antes da virada do século. Em 1903 Janet descreve o caso de uma moça de 22 anos (Nadia), como “anorexia mental”. Durante as consultas não parava de perguntar: “*M'avez vous trouvée aussi maigre que les autres fois? Faites moi le plaisir de me dire que je serais toujours maigre*” (Você acredita que eu estou tão magra quanto da última vez? Por favor, diga-me que serei sempre magra).

Assim como Nadia, que apresentava vergonha e aversão ao corpo feminino, na anorexia, o desejo de emagrecer relacionava-se à tentativa de retardar a maturidade sexual. Janet distinguiu duas formas de anorexia com base na presença ou ausência de fome: uma obsessiva, na qual a fome estava mantida, e outra, histérica, na qual as pacientes a perdiam.⁹

A partir de 1914, ocorre uma mudança marcante na compreensão da anorexia nervosa, que passa a ser vista como uma doença puramente orgânica (somática) quando Simmonds descreveu um caso fatal de caquexia, no qual a autópsia revelou atrofia do lobo anterior da hipófise. A anorexia nervosa passou a ser confundida com a Doença de Simmonds (hipopituitarismo) com sérias implicações terapêuticas.¹⁰

O restabelecimento do conceito clássico de anorexia nervosa só ocorre após, aproximadamente, trinta anos quando Sheehan & Summers¹¹ (1949) apontam que, apesar de existirem sintomas comuns entre os dois quadros, não havia evidências clínicas de redução da função hipofisária nem anormalidades histológicas significativas da glândula na anorexia nervosa.

Ao longo de sua história, a anorexia nervosa também foi vista como um sintoma inespecífico, passível de manifestação em praticamente todos os diagnósticos psiquiátricos que levem a acentuada perda de peso. Tal concepção provavelmente decorreu da existência de aspectos inespecíficos presentes em sua psicopatologia tais como alterações cognitivas, afetivas e comportamentais, provocadas pela inanição.¹²

Outra forma de se conceber a anorexia nervosa foi como variante de outras doenças psiquiátricas, principalmente da histeria,¹³ da esquizofrenia,¹⁴ do transtorno obsessivo¹⁵ e da doença afetiva.¹⁶

A partir de 1960, o número crescente de pacientes com anorexia nervosa e as tentativas de distinguir diferentes tipos de pacientes com o quadro, parecem ter contribuído para o reconhecimento da doença como síndrome psiquiátrica específica, com aspectos característicos que a distinguem de outros transtornos. Hilde Bruch trouxe importante contribuição para a compreensão de aspectos psicopatológicos comuns na anorexia nervosa. Esta autora propôs que a psicopatologia central da anorexia nervosa compreendia uma constelação específica de deficiências do ego e da personalidade, consistindo em três áreas de perturbação do funcionamento: transtornos da imagem corporal; transtornos na percepção ou interpretação de estímulos corporais (como reconhecimento da fome) e uma sensação paralisante de ineficiência que invade todo o pensamento e atividades da paciente.² Crisp conside-

rou a anorexia nervosa como “um estado de fobia de peso” no qual as pacientes buscavam evitar as demandas biológicas e psicológicas da puberdade através da manutenção do peso em um nível pré-pubertário.¹⁷

Na década de 1970, começam a surgir critérios padronizados para o diagnóstico da anorexia nervosa com base nos distúrbios psicobiológicos e psicopatológicos, desenvolvidos para atender tanto as necessidades clínicas como as de pesquisa.^{18,19} De modo geral, os critérios ressaltaram: a perda considerável de peso, a preocupação mórbida com o risco de engordar, alterações na percepção corporal e disfunções endócrinas (ex. amenorréia), aspectos concebidos como diagnósticos de anorexia nervosa pelos atuais sistemas classificatórios.^{20,21}

Bulimia nervosa

Desde a primeira descrição da Bulimia Nervosa (BN) por Gerald Russell²² (1979), o conhecimento deste quadro como entidade nosológica distinta tem avançado rapidamente, graças à proliferação de grupos de pesquisa em vários países. Este fato é, principalmente, reflexo da importância clínica e epidemiológica que a BN vem demonstrando, superando em número de publicações, o interesse pela sua “irmã mais velha”, a Anorexia Nervosa.

A BN é caracterizada, em sua forma típica, pela ingestão compulsiva e rápida de grande quantidade de alimento, com pouco ou nenhum prazer, alternada com comportamento dirigido para evitar o ganho de peso (como vomitar, abusar de laxantes e diuréticos ou períodos de restrição alimentar severa) e medo mórbido de engordar.

O vômito auto-induzido é extremamente comum, sendo encontrado em até 95% dos pacientes, provavelmente pelo seu efeito de redução imediata da ansiedade.²³ É interessante lembrar que o comportamento de forçar o vômito é muito antigo e pode ser encontrado precocemente na história de diferentes povos da Antiguidade. No antigo Egito, por exemplo, grande parte do papiro de Eber é dedicado ao estímulo e às virtudes do ato de vomitar. Segundo Heródoto, os egípcios vomitavam e usavam purgativos todo mês, por três dias consecutivos, julgando que “todas as doenças dos homens são oriundas da comida”. Na medicina grega é sabido que Hipócrates também recomendava a indução de vômitos por dois dias consecutivos todo mês como um método de prevenir diferentes doenças. Os romanos criaram o vomitorium, que lhes permitia alimentar-se em excesso durante os banquetes, e posteriormente vomitar em local reservado para esta finalidade, às vezes usando uma pena de ave para estimular o reflexo do vômito na garganta.

Purgantes eram populares já na Idade Média. De fato junto

com os eméticos (medicamentos para induzir o vômito) dominaram o arsenal terapêutico por muitos anos, sendo tudo o que um médico podia prescrever na época, prática que foi violentamente satirizada por Molière em suas peças.

O termo bulimia tem uma história muito antiga; deriva do grego “bous” (boi) e “limos” (fome), designando assim um apetite tão grande que seria possível a um homem comer um boi, ou quase. Entre os séculos XV e XVIII, diferentes variantes do termo, como os derivados do latim “bulimus” e “bolismos” ou do francês “bolisme”, com o mesmo significado anterior, foram empregados na literatura médica na Inglaterra, França, Alemanha e Polônia.²⁴

Desde há quase um século, pacientes com Bulimia Nervosa, como o célebre caso Ellen West, descrito por Binswanger, aparecem na literatura psiquiátrica recebendo outros diagnósticos (“obsessão da vergonha do corpo”, Janet) na ausência de um nome mais apropriado.²⁵ Mas ainda, o caso de Ellen West apresenta todo o corolário de sintomas que hoje nos permitiria o diagnóstico, como medo de engordar, marchas exageradas (20-25 milhas por dia), apetite voraz alternando-se com dietas restritivas e abuso de tabletes tireoideanos para perder peso.

A sonhadora Ellen, que faz poesias, lê Rilke, Goethe, Tennyson e Mark Twain, apresenta períodos de melancolia, descreve-se como alguém com “compulsão de ter de pensar em comer” e, mesmo internada num dos melhores sanatórios da época, o “Kreuzlinger”, e atendida por Bleuler, a pedido de Binswanger, não obtém qualquer melhora, cometendo o suicídio com ingestão de veneno.

Inicialmente descrito entre pacientes com anorexia nervosa e posteriormente entre obesos (anos 50), em meados da década de 70, pesquisadores identificaram sintomas bulímicos entre mulheres jovens de peso normal.²⁶ A descrição histórica de 30 casos por Russell, em 1979, sugeria que o quadro seria uma estranha evolução da Anorexia Nervosa e, particularmente, do subgrupo dos anoréxicos bulímicos. Essas pacientes possuíam um “impulso irresistível para comer excessivamente”, seguido de vômitos auto-induzidos como forma de purgação e um medo mórbido de engordar. A perda de peso mínima ou ausente, refere Russell, caracterizaria os piores medos das pacientes tornando-se realidade.²² Estudos posteriores demonstraram, no entanto, que apenas 20% a 30% dos pacientes bulímicos apresentavam, em sua história pregressa, um episódio de anorexia nervosa, geralmente de curta duração.²⁷ Nomes diferentes já foram dados ao quadro, incluindo hiperorexia nervosa, bulimarexia, bulivomia, síndrome do caos alimentar, bulimia e, finalmente, Bulimia Nervosa, termo hoje, de aceitação geral.²⁸

Referências

1. Parry-Jones B. Historical terminology of eating disorders. *Psychol Med* 1991;21:21-8.
2. Bruch H. Eating disorders: obesity, anorexia nervosa, and the person within. New York: Basic Books; 1973. p. 396.
3. Bell RM. Holy anorexia. Chicago: University of Chicago Press; 1985.
4. Silverman JA. Historical development. In: Halmi KA, ed. *Psychobiology and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa*. Washington (DC): American Psychiatric Press; 1992. p. 3-17.

5. Silverman JA. Louis-Victor Marcé, 1828-1864: anorexia nervosa's forgotten man. *Psychol Med* 1989;19:833-5.
6. Gull WW. The address in medicine. *Lancet* 1868;(8):175.
7. Gull WW. Anorexia nervosa. *Trans Clin Soc* 1874;1:22.
8. Habermas T. In defense of weight phobia as the central organizing motive in anorexia nervosa: historical and cultural arguments for a culture-sensitive psychological conception. *Int J Eat Dis* 1996;19(4):317-34.
9. Brumberg JJ. *Fasting girls: the emergence of anorexia nervosa as a modern disease*. Cambridge: Harvard University Press;1988.
10. Beaumont PJV. The history of eating and dieting disorders. *Clin Appl Nutr* 1991;1(2):9-20.
11. Sheehan HL, Summers VK. The syndrome of hypopituitarism. *Quart J Med* 1949;18:319-78.
12. Garfinkel PE, Garner DM, Kaplan AS, Rodin G, Kennedy S. Differential diagnosis of emotional disorders that cause weight loss. *Can Med Assoc J* 1983;129:939-45.
13. Lasègue CH. De l'anorexie hystérique. *Arch Gen Med* 1873;1:835.
14. Nicolle G. Prepsychotic Anorexia. *Proc R Soc Med* 1939;32:153-62.
15. Dubois FS. Compulsion neurosis with cachexia (anorexia nervosa). *Am J Psychiatry* 1949;106:107-15.
16. Cantwell DP, Sturzenberger S, Burroughs J, Salkin B, Green JK. Anorexia nervosa: an affective disorder? *Arch Gen Psychiatry* 1977;34:1087-93.
17. Crisp AH. *Anorexia nervosa: let me be*. New York: Grune And Stratton; 1980.
18. Russell GFM. Anorexia nervosa: its identity as an illness and its treatment. *Mod Trends Psychol Med* 1970;2:131-64.
19. Feighner JP, Robins E, Guze SB, Woodruff Jr-RA, Winokur G, Munoz R. Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Arch Gen Psychiatry* 1972;26:57-63.
20. Organização Mundial de Saúde. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da Cid-10. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993. p. 351.
21. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV*. Washington (DC); 1994.
22. Russell GFM. Bulimia nervosa: na ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1979;9:429-48.
23. Casper RC. On the emergence of bulimia nervosa as a syndrome: a historical view. *Int J Eat Disord* 1983;2:3-16.
24. Parry-Jones B, Parry-Jones WL. Bulimia. Na archival review of its history in psychosomatic medicine. *Int J Eat Disord* 1991;10:129-43.
25. Doers-Zegers O. About a particular type of oral perversion in the female: hyperphagia followed by vomiting. *Int J Eat Disord* 1994;16:117-32.
26. Boskind-White M, White Jr-W. Bulimarexia: a historical-sociocultural perspective. In: Brownell KD, Foreyt JP, ed. *Handbook of eating disorders. Physiology, psychology, and treatment of obesity, anorexia, and bulimia*. USA: Basic Books; 1985. p. 353-66.
27. Fairburn CG. The heterogeneity of bulimia nervosa and its implication for treatment. *J Psychosom Res* 1991;35:(Suppl 1):3-9.
28. Fichter MF. Bulimia nervosa and bulimic behaviour. In: Fichter MF, ed. *Bulimia nervosa: basic research, diagnosis and therapy*. Chichester: John Wiley & Sons; 1990.

Correspondência: Táki A. Cordás
Rua Capote Valente, 432, cj. 35 - 05409-001 São Paulo, SP, Brasil