

1. A CONCEITUAÇÃO DA ANOREXIA NERVOSA E SUA HISTÓRIA

"A fome não é a última instância para o homem. Houve até homens que dela zombaram, deliberadamente, para mostrar que a alma humana não poderia ser dirigida pela pressão das necessidades ou pela ameaça da dor".
(Tagore, 1940 *apud* Ménard, 1994).

1.1 - Algumas definições

Hoje em dia, com grande frequência, nos deparamos com referências à anorexia nervosa, seja através da mídia, de relatos clínicos ou de publicações referentes ao tema e, desta forma, constatamos que a anorexia deixou de ser um assunto de interesse restrito aos meios médico, psicológico e acadêmico. Desta forma, quando falamos em anorexia, uma imensa gama de pessoas, ainda que de modo superficial e impreciso, se sente familiarizada com aquilo que estamos tratando. Mas, não foi sempre assim. Por sua raridade e gravidade, a anorexia esteve confinada durante vários anos aos meios científicos, e foi necessário um longo período para atingir uma certa compreensão da questão e o consenso daquilo que seria denominado anorexia nervosa.

A evolução do conceito da anorexia ganha relevância se atentarmos para o fato de que o uso do termo não obedece estritamente a seu significado etimológico. Assim, de acordo com Cunha (1982), o sentido etimológico da palavra *anorexia* deriva do grego - *an*, deficiência ou ausência de, e *orexis*, apetite -, significando portanto, inapetência ou perda do apetite, definição que também encontramos no Novo Aurélio (1999). Em Bueno (1976), por outro lado, o significado atribuído ao termo é ampliado, sendo anorexia definida como "falta de apetite com acentuada perda de peso e outros sintomas resultantes de conflito emocional" (p.120). Nesta definição, além da expressiva perda de peso, o fator psicológico é ressaltado, ainda que se apresente de forma genérica. No Houaiss (2001), o mais recente dicionário da língua portuguesa, o verbete *anorexia* aparece ainda mais especificado. Além de portar o significado etimológico do termo - inapetência ou perda do apetite -, passa também a incluir uma definição médica, qualificando a anorexia como nervosa ou mental.

Nesse caso, Houaiss (2001) nos esclarece que o termo anorexia designa uma forma de psicopatologia, sendo um

"(...) quadro mórbido em que o indivíduo diminui a quantidade de alimentos ingeridos, freqüentemente eliminando aqueles ricos em calorias, por meio de uma dieta rígida auto-imposta, que alterna com crises de bulimia e vômitos ou tomada de purgativos" (p. 227).

É interessante notar que na definição de Houaiss (2001) anorexia se refere a uma *diminuição voluntária* da quantidade de alimentos ingeridos e não apenas à perda do apetite, se distanciando, assim, do sentido *strictu* do termo que privilegia o aspecto da inapetência. Este ponto é ressaltado pela literatura específica sobre a anorexia, que esclarece que a entidade clínica denominada anorexia nervosa se caracteriza pela decisão de não comer, e que a inapetência, enquanto ausência de apetite, só ocorre nos estágios mais avançados da doença (Azevedo, 1996, p.20).

É ainda oportuno comentar que encontramos o verbete anorexia em apenas um dicionário específico de psicologia e psicanálise. Cabral (1971) faz referência à anorexia nervosa como sendo uma

(...) síndrome psicogênica que afeta mais freqüentemente as adolescentes e que se caracteriza pela perda de apetite alimentar, deliberada limitação da qualidade de alimento consumido, perda de peso e (quando apropriado) amenorréia. Fatal em dez por cento dos casos, é acompanhada de acentuadas anormalidades na estrutura do caráter e nas relações interpessoais. (p.37)

Apesar desta definição descrever a anorexia nervosa como uma síndrome psicológica, constatamos que nenhum dicionário psicanalítico porta o verbete, evidenciando, assim, que anorexia nervosa não é um conceito oriundo da psicanálise, ainda que tenha sido por ela apropriado como veremos a diante.

1.2 – Breve histórico

Foi apenas no final do século XX, sobretudo na década de oitenta e com o crescente interesse do meio científico e da exploração pela mídia da anorexia nervosa, que alguns autores optaram por valorizar a historicidade da prática do jejum a fim de lançar luz sobre a atualidade da questão. Ainda que não tenham orientação psicanalítica, estas considerações nos trazem interessantes contribuições para o nosso estudo.

A prática restritiva alimentar, ou mais claramente o jejum existe desde longa data. Bidaud (1998), aprofundando o estudo da conduta anoréxica, demonstra que tanto na mitologia grega quanto na representação bíblica, a questão alimentar está no princípio das relações entre homens e deuses, regulando todo um sistema de interditos e exclusões. De acordo com a mitologia grega, o jejum era obrigatório para as mulheres durante a celebração das festas de Deméter, deusa da terra e responsável pela fertilização do solo que, ao procurar sua filha raptada por Hades, recusara por nove dias todo o alimento e toda bebida. Bidaud (1998) mostra ainda que nas tradições orientais e egípcias o jejum parece ter sido dirigido contra a ação maléfica de demônios.

Abuchain (1998) relata que, entre os séculos V e XIII, as referências sobre o jejum voluntário apareciam basicamente na literatura teológica, na qual era freqüentemente interpretado como possessão demoníaca ou milagre divino. Assim, em seu livro *Holy Anorexia*, o historiador americano Rudolf Bell (1985, *apud* Abuchain, 1998), interessado nas condições sociais que envolviam a inanição auto-imposta, descreve as práticas de jejum religioso de santas e beatas da Igreja Católica durante o século XIII, para então demonstrar que o ato voluntário destas mulheres era considerado sacrifício e devoção à religião. Brumberg (1988, *apud* Abuchain, 1998) nos esclarece que nesse momento estas práticas eram de fato encorajadas pela Igreja Católica, o que deixava entender então que o jejum e a negação das necessidades corporais significavam que as mulheres haviam encontrado outra forma de alimentação: a oração e a eucaristia. Assim, de acordo com a visão dessa época, essas mulheres estariam em busca de um encontro com Deus através da purificação de seus corpos.

Fendrik (1997) destaca que por volta do século XIII era comum entre mulheres que aspiravam à santidade a capacidade de ficarem sem comer por largos períodos de tempo.

Ainda que nem todas tenham sido canonizadas, algumas eram veneradas como santas e, segundo a autora, foram autênticos modelos de identificação entre as jovens daquele tempo, pois eram mulheres que geraram controvérsias e atraíram atenção. Santa Clara de Assis e Catarina de Siena são exemplos clássicos de mulheres que protestaram contra a estrutura dominante através da inanição auto-imposta (Bell, 1985; Fendrik, 1997; Bidaud, 1998).

Bidaud (1998), que nos relata a história da vida de Catarina (1347 – 1380), diz que era ela uma gêmea nascida tardiamente, e pertencente a uma família de artesãos de Siena. Logo no início de sua vida passou a ocupar um lugar de predileção frente a sua mãe, já que ao nascer, Catarina foi separada de sua irmã, que foi dada a uma nutriz e morreu em seguida, enquanto aquela havia sido privilegiada e era amamentada pelo seio materno. Precoce, foi amada, admirada e querida por toda a vizinhança. Aos sete anos, Catarina viu Jesus lhe traçando o sinal da cruz em sua primeira visão. A partir de então, passou a renunciar a seus encantos e feminilidade e, proporcionalmente a seu "descarnamento físico", adquiriu autoridade frente a si e aos outros e ascendência social (p.121). Com uma vida repleta de penitências, primeiramente, abriu mão de sua sexualidade, entregando sua virgindade a Virgem e decidiu não mais comer carne. Posteriormente, reduziu ainda mais sua alimentação, enquanto se afastava dos ideais familiares, recusando toda e qualquer idéia de conseguir um marido e casar-se. Ao atingir a "idade da razão" (p.123), Catarina anunciou a seus pais que devia "obedecer a Deus, não aos homens" (p.123), por ser este um Esposo rico e poderoso, superior a qualquer um. Com o consentimento do pai, Catarina continuou seu percurso, comendo apenas um pouco de pão, ervas cruas e pouca água, alternando períodos de total abstinência e passou ainda a privar-se do sono e a flagelar seu corpo, num exercício de autodestruição. A gravidade de tal atitude passou a levantar suspeitas, tendo sido vista pelas autoridades eclesiásticas como ameaça, exaltação e posteriormente como "inspiração do Demônio, uma feiticeira ou simuladora" (p.123). Ainda assim, Catarina se rendeu a Deus, ainda que num primeiro momento, sua devoção tenha sido recusada pelas irmãs da ordem. Sentindo-se frustrada passou então a privar-se de toda alimentação, caindo doente e se reconfortando nos cuidados maternos. A mãe e Deus eram, portanto, as figuras de maior importância. Foi apenas com a admissão pela ordem que Catarina passou a usar o hábito e pôde voltar à alimentação em poucos dias. Embora tenha apresentado uma pequena melhora neste momento, a interpretação de que Catarina

nunca deixou de mortificar-se era mantida, já que ela se afastava cada vez mais das necessidades mundanas. A redenção a Deus passou a ganhar cada vez mais espaço na vida de Catarina e foi por volta do ano de 1380 que ela recusou definitivamente toda e qualquer alimentação, já que dizia não haver aceitação alguma de alimentos por parte de seu organismo, devido à "tormentos corpóreos" (p.128). Tendo seu corpo sido reduzido a ossos e pele, Catarina finalmente morreu purificada e entregue a Deus.

Não estamos afirmando, através da exposição acima, que as santas daquela época eram anoréxicas, tal como as conhecemos contemporaneamente, embora aquelas, como se pode notar, também apresentassem a inanição auto-imposta e a crença de que prescindiam de qualquer alimento. Apesar de santas e anoréxicas possuírem, deste ponto de vista algo em comum, ainda assim, é necessário que situemos cada uma em seu tempo, pois as santas carregavam um forte significado religioso em seu comportamento, que era, por sua vez, intrínseco ao contexto sócio-histórico da época e que, portanto difere daquilo que a anorexia parece dizer nos dias de hoje. Na tentativa de buscar uma aproximação entre o que foi denominado anorexia *sagrada* e aquela que encontramos atualmente, ou seja, anorexia nervosa, alguns autores se preocuparam em interpretar a primeira destas, atribuindo diferentes sentidos para o que estaria em questão. Para Fendrik (1997), as "jejuadoras" eram vistas por seus atos de coragem como mulheres de grande poder e eram, em sua maioria, mulheres que se opunham às condições de seu tempo, contestando o sistema. Esta idéia vai ao encontro daquilo que aponta Bell (1985), para quem a atitude destas jovens seria reativa a questões sociais, estando em jogo "um conflito de identidade, uma tentativa de libertação feminina de uma sociedade patriarcal" (*apud* Abuchaim, 1998, p.14). Semelhante opinião é defendida por Bemporad (1996) que acredita que podemos interpretar a recusa alimentar destas mulheres como uma tentativa de escapar de casamentos arranjados e inúmeros filhos, já que o rigoroso jejum as fazia emagrecer a ponto de perderem os contornos do corpo feminino e seus encantos, caindo doentes (*apud* Abuchaim, 1998).

Com a passagem da Idade Média para o Renascimento observou-se uma mudança gradual relativa à interpretação daquilo que estas moças manifestavam. Se, durante os séculos XIV e XV, estas mulheres eram vistas como santas e próximas ao bem e a Deus, por volta do século XVI tornam-se bruxas temidas pela relação com o mal e com o Diabo

(Fendrik, 1997). Desta forma, a abstinência alimentar perdura até a Reforma Protestante, quando, por passar a ser considerada obra do demônio, começa a ser desencorajada pela Igreja. Ainda que esta diferença seja essencial, não devemos entender santas e bruxas como antagônicas, mas como caracterizadas por uma mesma estrutura, pois a inanição auto-imposta que destacamos nas duas formas representava o desafio e o questionamento acerca do poder mediador da Igreja perante Deus. Em ambos os casos a autonomia das mulheres praticantes do jejum representou ameaça, e gerou desconfiança perante a Igreja face ao misticismo e àquilo que sua atitude rebelde poderia representar para a população.

Assim, no período subsequente à Reforma, tornam-se mais escassas as evidências de casos em que as pessoas recorriam ao jejum (Abuchaim, 1998). Segundo Brumberg (1988) os casos isolados que apareciam começaram a gerar interesse e também curiosidade. O interesse pelo estudo caso a caso se justificava pela desconfiança daquilo que estas moças pregavam – podiam viver sem comer! –, pois se imaginava que podia tratar-se de fraude e ainda de busca por notoriedade. A ascensão social secundária ao comportamento alimentar trazia admiração e cuidados, o que acabava por favorecer e beneficiar tal prática. Entre jovens da época, a recusa alimentar voluntária era um padrão freqüente, já que acreditavam que podiam viver sem a necessidade de alimento. Tal atitude e comportamento chamavam atenção e promoviam essas famílias, pois atraíam o olhar de curiosos e estimulavam peregrinações que acabavam por financiar famílias e comunidades (Brumberg, 1988, *apud* Morais, 2001).

Com o desenvolvimento da ciência, período que compreende os séculos XVII e XVIII, passou-se a buscar causas orgânicas que pudessem justificar a recusa alimentar, sobretudo, devido aos notáveis avanços que a medicina nessa época desenvolvia sobre anatomia e fisiologia do corpo humano. Assim, os médicos daquele momento em diante começaram a prestar atenção a algumas características deste comportamento, tais como a duração dos jejuns, a quantidade e qualidade dos poucos alimentos que eram consumidos, e os métodos adotados (Cobelo, 2001). Desta forma, a visão sobre o jejum auto-imposto foi sendo modificada, uma vez que essa prática foi vista inicialmente como santidade, mais tarde tornou-se obra do demônio, posteriormente passou a gerar desconfiança, até que finalmente, foi considerada uma enfermidade física ou mental. Isto aponta para uma

mudança gradual referente à interpretação daquilo que estas moças manifestavam e nos indica que aos poucos o conceito evoluiu tornando-se mais explícito.

Foi, portanto, por volta do século XVII que o discurso médico entrou em cena para não mais tratar o jejum voluntário como uma questão de santas ou bruxas, mas como um quadro mórbido evidenciando uma estranha enfermidade. Cada caso de recusa alimentar passou a ser examinado isoladamente, sendo importante perceber suas peculiaridades e as diversas formas manifestas. A explicação médica mais comum partia da teoria da fermentação. Sob este prisma, a presença de certas substâncias dentro do corpo era responsável pela impossibilidade de ingestão de alimentos, e era também o que permitia que um certo valor nutricional fosse preservado, garantindo, com isso, a manutenção do organismo com vida. Ao mesmo tempo, era esta a explicação para o fato de serem, sobretudo, moças jovens que recusavam a alimentação, pois se acreditava também que a fermentação das substâncias estaria relacionada ao sangue menstrual, que através da amenorréia serviria como reserva alimentícia e assim, poderia mantê-las vivas (Fendrik, 1997).

A primeira descrição na literatura médica sobre pessoas que rejeitavam alimentos foi de Richard Morton. Sua publicação de 1689, na qual o autor analisa o caso de uma jovem de dezoito anos que recusava insistentemente a alimentação e padecia de vômitos com base em evidências de distúrbios biológicos e psicopatológicos, faz referência à *consumpção nervosa*, (*apud* Bruch, 1973:211). Apesar dessa descrição minuciosa da anorexia nervosa, Morton (1689) ficou mais conhecido pelos seus trabalhos sobre tuberculose (*apud* Bruch, 1973), e foi somente, ao longo dos séculos XVIII e XIX, que a literatura médica passou a fazer referências ocasionais mais sistemáticas sobre estados de auto-inanição e conseqüente emagrecimento.

Em 1764, cabe a Robert Whytt, de Edimburgo, a descrição de um caso de *atrofia nervosa* no qual relata a alternância entre a aversão por alimentos e a ingestão alimentar exagerada seguida de vômitos por um menino de quatorze anos. Para este autor, a recusa alimentar seria explicada a partir da disfunção dos nervos gástricos. Foi Whytt o responsável por conferir a esta patologia um estatuto de organicidade, atribuindo uma visão médica acerca de sofrimentos relegados anteriormente a um plano meramente místico (*apud* Abuchaim, 1998:15). Apesar do reconhecimento que as várias descrições

independentes destes casos iam adquirindo, era sob diferentes denominações que este quadro aparecia na literatura médica.

Durante o século XIX um número crescente de médicos em todo o mundo passou a se dedicar aos distúrbios psiquiátricos e, na medida em que mais doenças mentais foram sendo descritas, a psiquiatria pôde se estabelecer dentro da medicina, com organização profissional e publicações periódicas próprias. Sendo assim, é desta forma que, segundo Abuchaim (1998), na segunda metade do século XIX começou a aparecer na literatura médica/psiquiátrica descrições bem delimitadas do quadro que em breve seria denominado anorexia nervosa ou mental. Chipley, oficial médico americano, em 1859, discorre num artigo sobre o medo intenso de comer. Para este autor, a recusa alimentar não era a questão central, já que parecia relacionar-se a outras formas de insanidade, originando-se tanto em problemas mentais como em desordens digestivas. Um outro trabalho que vale destacar é do psiquiatra francês Louis-Victor Marcé intitulado "*Note sur une forme de délire hypochondriaque consécutive aux dyspépsies et caractérisée par le refus d'aliments*", onde lemos:

(...) meninas que no período da puberdade e após um desenvolvimento precoce se tornam sujeitas a inapetências levadas ao limite máximo (...) chegam a uma convicção delirante de que não podem ou não devem comer (...) a desordem gástrica se torna cérebro-nervosa (...) não é mais o estômago que requer atenção porque o estômago é capaz de digerir e sofre apenas da necessidade de comida (...) é a idéia delirante que constitui o ponto de partida e está na essência da doença, as pacientes não estão mais dispépticas – elas estão insanas (...) (Marcé, 1860, *apud* Abuchaim, 1998, p.15).

Através desta citação podemos notar o deslocamento de uma hipótese orgânica, ou seja, perturbações estomacais, para uma interpretação mental sustentada pela idéia delirante, que diz respeito à impossibilidade de alimentar-se, presente na doença. Assim, foi atribuído à gênese da anorexia um fator emocional, consideração fundamental para o desenvolvimento do conceito.

Foi preciso, entretanto, esperar até o final do século XIX para que a anorexia adquirisse o *status* de uma entidade clínica com características peculiares, o que se deu através dos relatos praticamente concomitantes de Ernest-Charles Lasègue (1873) na França e William W. Gull (1874) na Inglaterra. Atualmente alguns autores apontam não haver consenso sobre qual dos dois seria o verdadeiro responsável pela primeira descrição

do quadro anoréxico e, tampouco, a quem devemos o cunho do termo anorexia, mas o certo é que cabe a estes dois autores o mérito de terem primeiramente nomeado este quadro. Inicialmente, a terminologia adotada por Gull (1874) foi *aepsia histérica*, depois substituída por *anorexia nervosa*, nomenclatura ainda usada pelos países de língua inglesa, Alemanha e Rússia. A anorexia passou a ser nervosa por se levar em conta sua relação com o sistema nervoso central, deixando aberta a possibilidade de que pudesse existir também nos homens e não apenas em mulheres, o que a associação com a histeria poderia sugerir naquela época. Já Lasègue (1873) a chamou de *anorexia histérica*, termo que posteriormente seria modificado para *anorexia mental* pelo psiquiatra Huchard, em 1883, na tentativa de dissociar a anorexia e a histeria. É esta a terminologia adotada atualmente na França e na Itália e em países sob influência desses dois.

A importância das contribuições de Gull e de Lasègue deve-se ao fato de que é somente a partir de seus relatos que a anorexia passou a fazer parte do conhecimento clínico e a se constituir como objeto de estudos sistemáticos no âmbito médico. Foi Lasègue (1873), na França, quem primeiro publicou um trabalho no qual relatou o caso de oito mulheres entre 18 e 32 anos com emagrecimento extremo e recusa alimentar. Todos os casos trazidos pelo psiquiatra apresentavam o quadro histérico através de diferentes sintomas, mas coube a Lasègue aprofundar o estudo da conduta anoréxica como um distúrbio dos órgãos digestivos que era, para o autor, um quadro de extremo interesse, ainda que fosse coadjuvante à histeria. Neste trabalho foram enfatizados os aspectos emocionais e a contribuição do contexto familiar na perpetuação dos sintomas. Pela especial importância atribuída à interação família/paciente, Lasègue defendia que o tratamento da pessoa acometida pela anorexia deveria se dar distante do âmbito familiar, sendo o tratamento moral necessário à cura (p. 155). Segundo Cobelo, (2001), Lasègue era um ativo médico psiquiatra, tendo sido inclusive estagiário da Salpêtrière e privilegiava as teorias patogênicas e etiológicas afastando-se, assim, da abordagem dominante na Escola Francesa, fundada por Pinel, que se apegava, sobretudo à descrição clínica

Quase simultaneamente à descrição de Lasègue, Gull (1874), na Inglaterra, descreveu o caso de três pacientes cujos sintomas eram perda severa de peso, amenorréia, inquietação etc. Chamou-lhe atenção nessas pacientes a obstinação pelo emagrecimento e a determinação em manter a privação alimentar que era acompanhada de intenso bem estar e

vigor físico. Para Gull, assim como para Lasègue, o tratamento deveria consistir em persuadi-las a comer, sendo necessário seu afastamento da família e amigos. De acordo com este autor a anorexia poderia ser entendida como um distúrbio oriundo de complicações nervosas, a saber, uma disfunção dos ramos gástricos do nervo pneumo-gástrico, o que evidencia a forte predominância do componente genético que ainda se encontrava presente nas possíveis explicações para doenças mentais naqueles tempos. Ainda que Lasègue e Gull não tenham se afastado totalmente daquilo que poderia ser considerado orgânico nos casos de anorexia, e tendo em vista que se trata de um período pré-psicanalítico, é relevante a importância atribuída à motivação psicogênica da doença que identificamos já nestes trabalhos precursores.

Na última década do século XIX, é na literatura francesa que encontramos com maior frequência estudos sobre a anorexia nervosa no âmbito médico/psiquiátrico. O principal representante deste período era Charcot, neuropsiquiatra francês de prestígio que, em 1885, através do método de investigação anátomo-clínico para o estudo da histeria, estava afastando-se da idéia de que as doenças nervosas tinham causas exclusivamente orgânicas e, caminhando para a pesquisa das neuroses. Charcot inaugurou a técnica de isolamento terapêutico no tratamento das anoréxicas, reconhecido na época como eficaz, pois parecia estar associado ao ganho de peso, objetivo almejado no tratamento da anorexia. Fendrik (1997) apresenta a seguinte descrição de uma paciente anoréxica tratada por Charcot:

"Uma jovem de treze ou quatorze anos [que] há cerca de cinco meses recusa insistentemente todo alimento. Não tem nenhuma enfermidade, tampouco alguma disfunção do tipo digestivo. Simplesmente não come e não quer comer – ainda que algumas vezes o faça escondido. A família aguarda que o desejo de alimentar-se reapareça, já que nem pedidos ameaças ou castigos conseguiram vencer sua tenaz resistência. A menina emagreceu a tal ponto que parece um esqueleto vivo. É difícil saber como consegue sobreviver" (p. 09).¹

¹ T. L. do O.: "Se trata de una joven de trece o catorce años que desde hace cinco meses rechaza sistemáticamente todo alimento. No tiene ninguna enfermedad, ni trastorno alguno de tipo digestivo. Simplemente no come ni quiere comer – aunque a veces lo hace a escondidas -. La familia aguarda que el deseo de alimentarse reaparezca ya que ni ruegos, ni amenazas, ni castigos, han logrado vencer su tenaz resistencia. La niña ha adelgazado hasta tal punto que parece un esqueleto viviente. Es difícil saber cómo logra sobrevivir".

Fendrik (1997) relata também que Charcot certa vez, ao examinar uma paciente, se deparou com uma fita cor de rosa amarrada em sua cintura, obtendo posteriormente a confissão de que se tratava de um método para que não ficasse gorda como a mãe. Assim, a fita seria uma medida que não poderia ser ultrapassada, o que levou Charcot a criar o conceito de *idée fixe d'obésité* presente nas anoréxicas histéricas. De fato, nesta época, a anorexia era comumente associada à histeria, já que sintomas anoréxicos estavam presente na maior parte das histéricas e ambas pareciam apresentar comportamento manipulador e dissimulado. Outro ponto de encontro entre a anorexia e a histeria era sua grande incidência entre mulheres e também a presença, nesses quadros, do que poderia ser visto como impasses da feminilidade, ou seja, a dificuldade em lidar com o corpo e com a sexualidade feminina.

Convém aqui apontar que era este o tempo em que o saber médico havia se apropriado da histeria, como foi demonstrado através das célebres sessões clínicas da Salpêtrière através de Charcot e seus discípulos. Neste contexto o neuropsiquiatra francês foi pioneiro no estudo das neuroses em nível mundial e, num cenário em que a fermentação intelectual era gerada pela disputa com a escola de Nancy, de Bernheim, foi elaborada uma nova psicopatologia das neuroses, representada pelos nomes de Freud e Janet (Roudinesco, 1988-1989).

Pierre Janet, psiquiatra francês, ao estudar a anorexia relacionou a vergonha do corpo feminino ao medo de engordar, e considerou que a recusa alimentar tinha o objetivo de estagnar o crescimento, retardando a maturidade sexual (*apud* Abuchaim, 1998). Diferentemente de Charcot, foi Janet quem, a partir da observação de um descontentamento obsessivo deslocado para preocupações com o próprio corpo no caso de Nádia, passou a considerar que a anorexia poderia estar relacionada tanto à histeria quanto à neurose obsessiva (Abuchaim *et al.*, 1998). Para este autor, a sintomatologia anoréxica apontava para significados diversos dependendo do quadro em que se manifestava. Na histeria a anorexia se evidenciava através de sintomas somáticos, vômitos, perda real de apetite e repugnância pelos alimentos. Já nos quadros obsessivos, estava presente através de um medo de crescer, sob a forma do medo de engordar e do controle do corpo e da alimentação e, havia ainda, a persistência da fome (Abuchaim *et al.*, 1998).

Constatamos que, num período que durou aproximadamente até o início do século XX, a maior parte da literatura sobre a anorexia trouxe predominantemente concepções e referências à anorexia baseadas no postulado de uma etiologia simples, que pretendia abarcar a questão por um único ponto de vista, fosse este, orgânico, sociogênico ou familiar, como demonstra Brusset (s.d.). Segundo este autor, a isto se deve a tentativa de normalização do comportamento alimentar no tratamento da anorexia nervosa, que priorizaria a remissão do sintoma e o conseqüente ganho de peso, resultando, portanto, na cura provisória desta patologia.

Do final do século XIX até a primeira metade do século XX, presenciamos uma época de grande divergência e intenso debate entre inúmeros teóricos a respeito da semiologia e psicopatologia da anorexia nervosa. Ora, a anorexia nervosa se evidencia no corpo biológico e a manutenção da conduta anoréxica envolve comportamentos relativos a disfunções alimentares e intenso uso de métodos purgativos. Estas características contribuíram para que fossem buscadas bases orgânicas na tentativa de compreender e justificar esta manifestação, o que ocorreu sobretudo entre 1916 e a década de 30 (Bruch, 1973; Kossmann, 1991; Morais, 2001). Desta forma, foi por volta desta época que a anorexia nervosa passou a ser confundida com os distúrbios endócrinos da doença de Simmonds. Até então, não existia uma hipótese clínica consensual de que a anorexia nervosa se devia a fatores psicológicos. Ambas as doenças apresentavam como característica marcante o emagrecimento extremo e, com esse ponto em comum, tornou-se difícil discrimina-las, de modo que qualquer caso de desnutrição passou a ser atribuído a alterações endócrinas vagas, deixando o conceito de anorexia ainda mais impreciso. Finalmente Ryle, em 1936, opondo-se à teoria de Simmonds demonstrou que em pacientes anoréxicos encontravam-se relatos de traumas psíquicos, o que separou definitivamente uma doença da outra (Kossmann, 1991). A partir desse momento, a psicanálise passou a desempenhar papel fundamental ao resgatar conceitos sobre a natureza psicológica da doença principalmente após 1930, quando a anorexia foi finalmente separada das doenças com causas orgânicas.

Até 1969 as descrições da anorexia eram distintas e pouco rigorosas, tornando-se necessário o estabelecimento de pontos de concordância e de critérios, a fim de precisar o que seria designado como anorexia nervosa para atender às necessidades tanto clínicas

quanto de pesquisa (Nunes e Ramos, 1998). Bruch (1973) destaca que, entre 1930 e 1970, teóricos de diferentes orientações chegaram a conclusões generalizadas sobre a anorexia e que eram aplicadas à observação de todos os casos de perda de peso indiscriminadamente. Foi, portanto, apenas por volta da década de 70, que os primeiros critérios diagnósticos da anorexia nervosa surgiram. Russel, psiquiatra inglês, contribuiu através de suas observações para que houvesse um consenso sobre o que mais caracterizaria a psicopatologia central da anorexia nervosa: a preocupação excessiva com a forma e peso corporais, ou ainda, a recusa alimentar acompanhada da intenção de emagrecer. Esse autor concluiu também que a expressão psicopatológica da anorexia nervosa estaria sujeita a variar com a época e a cultura e que o desejo de emagrecer seria um aspecto recente da motivação anoréxica (Nunes e Ramos, 1998). Na verdade, a preocupação com o peso e a forma física permanece como aspecto central no diagnóstico psiquiátrico clínico da anorexia nervosa até os dias atuais.

Desde os primeiros estudos de casos de anorexia, foi dada especial ênfase à descrição do quadro clínico, sendo priorizada a identificação de sinais e sintomas mais freqüentes na anorexia nervosa. Esta preocupação com a descrição sintomatológica está também presente na abordagem psiquiátrica dos transtornos alimentares, dentre os quais encontramos não só a anorexia nervosa, mas também a bulimia nervosa e o comer compulsivo. É importante enfatizar que a anorexia nervosa se divide ainda em subtipos, dependendo da forma com que o sintoma é manifestado. Com isso, o conjunto de sinais e sintomas observáveis pelo psiquiatra leva-o a crer que um indivíduo apresenta determinado tipo de transtorno. A preocupação com o exame sintomatológico acarreta na perda da dimensão da singularidade do sofrimento, pois além de "transtornado" em sua alimentação, o paciente é também um sujeito que sofre psicologicamente a seu modo. Não devemos portanto perder de vista que paralelamente ao recurso medicamentoso, essencial para a maioria dos casos mas insuficiente, está a importância em considerar que o " bom ou mau funcionamento ocorre em um sujeito singular, portador de uma história única e inserido em uma dada cultura". (Violante, 2002:23).

Portanto, ainda que a anorexia demonstre uma íntima relação com o corpo biológico, não é neste que se esgota a questão. A anorexia não se reduz à tentativa de explicações sobre sua etiologia e tampouco a motivos que pretendam dar conta do quadro

em sua totalidade. Nesse sentido, Brusset (s/d) nos alerta que o consenso acerca da definição daquilo que caracterizaria a anorexia nervosa se mostra insuficiente, já que para ele

(...) não basta descrever, a partir de uma semiologia estática, um esquema multidimensional e invocar uma etiologia polifatorial, colocando as diversas teorias e métodos terapêuticos no mesmo plano (p.51).

Assim sendo, estaríamos ignorando a complexidade psicopatológica e heterogeneidade da questão. Seguindo esta linha de raciocínio, Brusset nos chama atenção para a importância da consideração do sentido em detrimento do plano meramente descritivo, enfatizando o fato de que se deva ter especial cuidado com aquilo que ele chama de “retratos psicológicos” (p.52), em que estariam descritas características e interpretações múltiplas ou mesmo contraditórias. Desta forma, é com a ênfase no sentido daquilo que o sintoma vem revelar, que Brusset (s/d) aponta que:

O conhecimento desta psicopatologia deve, então, ser aprofundado e especificado: os modos de estruturação, processos (multifatoriais), portanto, a gênese, não apenas dos comportamentos alimentares aberrantes, mas também dos modos de funcionamento psíquico que os compreende, que implicam ou acarretam nos sistemas de interação e recursividade complexos (p.52).

É nesse sentido que a psicanálise vem responder à tentativa de compreensão da anorexia nervosa oferecendo, na verdade, uma outra definição do quadro anoréxico.