

A depressão nas perturbações da alimentação

NUNO NODIN (*)

1. INTRODUÇÃO

A Anorexia e a Bulimia Nervosas são perturbações do comportamento alimentar características da adolescência cuja incidência na população parece estar a aumentar em anos recentes.

É bem conhecida, ainda que pouco explorada, a estreita associação entre estas duas perturbações e a depressão do humor. Se, por um lado, é característico da depressão a perda do apetite, por outro lado, a Anorexia e a Bulimia Nervosas são frequentemente acompanhadas de sintomatologia depressiva de variada ordem. A natureza dessa associação permanece, no entanto, pouco clara tornando-se por vezes ténue a fronteira entre a perturbação do comportamento alimentar e a depressão.

Uma das primeiras referências que se conhece relativa a esta associação é feita por Freud, num texto de 1895. Escreve este autor que «a famosa Anorexia Nervosa das raparigas parece ser (após cuidada observação) uma melancolia em que a sexualidade se encontra subdesenvolvida. As pacientes deixam bem claro que não comem simplesmente porque não têm apetite, e por nenhuma outra razão. Perda de apetite – em termos sexuais, perda de libido» (p. 200).

Tentando ir um pouco além da explicação deste autor, o objectivo deste artigo não é o de tentar clarificar a distinção entre Anorexia/Bulimia e

Depressão mas, pelo contrário, o de procurar compreender os elos que unem aquelas patologias. Convém referir que, apesar de a Anorexia e de a Bulimia constituírem elas próprias quadros diagnósticos diferentes, as duas têm diversas áreas de contacto, não sendo incomum que num mesmo indivíduo coexista sintomatologia associada a ambas, simultaneamente ou em momentos diferentes.

As patologias do comportamento alimentar são caracterizadas por uma preocupação excessiva com o peso e com as formas corporais bem como pela utilização de medidas extremas para o controlo do peso. Enquanto que na Anorexia o indivíduo utiliza a restrição alimentar e o exercício físico em excesso para perder peso, na Bulimia os meios privilegiados são o uso de laxantes, diuréticos e a auto-indução de vómitos, o que surge normalmente após surtos de voracidade (consumo de uma grande quantidade de comida num período limitado de tempo), também eles característicos desta perturbação.

Do ponto de vista dinâmico, pode-se considerar que a Anorexia e a Bulimia são diferentes manifestações de um mesmo tipo de perturbação cuja causa se encontra em dificuldades na resolução do processo de separação da mãe numa fase precoce do desenvolvimento infantil (Mintz, cit. por Gabbard, 1992), ideia esta que iremos retomar mais à frente. Os indivíduos com estas perturbações foram habitualmente, ao longo da infância, crianças super adaptadas, nunca dando qualquer tipo de problemas a pais ou profes-

(*) Psicólogo.

res, o que na verdade poderá constituir apenas uma fachada que oculta os problemas de personalidade subjacentes. É o aparecimento da puberdade, com todas as suas alterações físicas e novos investimentos objectais, que provoca o aparecimento da perturbação alimentar. Sendo incapazes de regular os seus relacionamentos interpessoais, estes indivíduos deslocam os conflitos para a esfera alimentar.

Porém, como refere Gabbard (1992), «enquanto que a paciente anoréctica se caracteriza por maior força egóica e maior controlo do superego, a paciente bulímica pode sofrer de uma incapacidade generalizada de adiar a descarga pulsional, devido a um ego enfraquecido e um superego frouxo» (p. 204). Esta diferença não impede que, tal como já foi referido, as passagens entre os comportamentos anoréticos e os bulímicos sejam frequentes e imprevisíveis.

2. A DEPRESSÃO NOS DISTÚRBIOS ALIMENTARES

De acordo com Herzog (1984, cit. por Pettinati, Wade, Franks & Kogan, 1987) cerca de 85% de anoréticos e 60% de bulímicos sofrem de depressão. No caso da Bulimia, sabe-se que 60% dos indivíduos declaram já ter tido ideação suicida, enquanto que 20% já tentaram o suicídio pelo menos uma vez (Beebe, 1994).

A constatação desta elevada associação levou outros autores (Andrews, Valentine & Valentine, 1995) a verificar se a existência de história pessoal de abuso físico e sexual durante a infância seria um factor preditivo de perturbação alimentar na adolescência e de depressão na vida adulta, tendo em consideração que o abuso é tido como responsável por várias perturbações psiquiátricas, entre as quais as duas acima referidas. Apesar de não conclusivos, os resultados apontam no sentido de que um comportamento alimentar perturbado pode ser considerado um indicador de posterior depressão crónica e recorrente, muito em particular no caso de mulheres que foram sujeitas a abuso sexual ou físico durante a infância.

Tendo em consideração que a dinâmica relacional familiar é um factor relevante no surgimento das perturbações do comportamento alimentar, Wonderlich e Swift (1990) procuraram

estudar o modo como o humor deprimido de anoréticas e bulímicas pode influenciar as suas percepções da relação entre os pais. Os resultados parecem indicar que a existência de relações parentais conflituosas propicia o aparecimento de depressão nestes indivíduos. Estes dados são consistentes com as teorias que defendem que existe, nas famílias de indivíduos com perturbações alimentares, a transmissão de comunicação indutora de depressão.

Será também importante referir que se verifica uma prevalência superior à da população de Depressão Major e Perturbação Bipolar em parentes do primeiro grau destes indivíduos (APA, 1994).

A Bulimia, em particular, tem sido alvo de alguns estudos da área da Psicologia Cognitiva que procuram determinar o seu grau de associação com a Depressão. Uma das razões para que tal aconteça é que os anti-depressivos são frequentemente utilizados e com sucesso no tratamento de bulímicos. No entanto, há que ter em consideração que nem tudo o que é tratado por anti-depressivos é depressão.

Dois modelos são propostos (Poulakis & Werthein, 1993) para esclarecer esta relação: o primeiro defende que a Depressão é a causa do aparecimento e manutenção da Bulimia, enquanto que o segundo faz derivar tanto a patologia alimentar como os componentes depressivos de cognições disfuncionais. As conclusões dos estudos efectuados para testar estes modelos parecem apontar para a independência entre a Bulimia e a Depressão, ainda que a coexistência de cognições disfuncionais e de depressão constitua um factor de risco para o aparecimento de Bulimia Nervosa (Hamilton, Lydiard, Malcom & Schlesier-Carter, 1989; Poulakis & Werthein, 1993).

Também Pettinati *et al.* (1987) concluíram que, apesar de ser frequente a coexistência entre depressão e perturbação alimentar (Anorexia e Bulimia estudadas conjuntamente), elas são independentes uma da outra, estando a segunda associada a uma idealização de características de personalidade femininas.

3. ADOLESCÊNCIA E DEPRESSÃO

Se do ponto de vista cognitivo não parece ha-

ver, portanto, um terreno comum entre as perturbações sobre as quais nos debruçamos, todos os autores parecem estar de acordo no facto de que a sintomatologia depressiva muitas vezes acompanha as patologias do comportamento alimentar, e isto apesar de não constituir uma das características essenciais das mesmas. Porquê, então, esta associação? Tendo em consideração que a Anorexia e a Bulimia surgem frequentemente na sequência de situações de perdas significativas, poderão estas perturbações constituir elas próprias substitutos depressivos? Esta hipótese faz sentido principalmente se tivermos em consideração que a adolescência é uma fase do desenvolvimento caracterizada pela presença de algum colorido depressivo. É esta a ideia sobre a qual nos vamos debruçar seguidamente.

A adolescência é uma época de mudança e, por consequência, de crise, permitindo reelaborar problemáticas mal resolvidas na infância. De acordo com Feinstein (1975), a importância desta fase da vida para a maturação psíquica é equiparável à dos estadios de desenvolvimento psicosexual infantil, uma vez que será essencial ao estabelecimento de uma identidade adulta e sólida. No entanto, isso não acontece sem sobressaltos, e vai depender dos recursos interiores que cada um possui para lidar com as situações com que se depara.

Um aspecto particularmente importante é o progressivo desinvestimento objectal das figuras parentais o que, por sua vez, é acompanhado de um processo de desidealização das mesmas. É o culminar de toda esta fase que vai permitir que o adolescente estabeleça a independência afectiva dos pais. Simultaneamente, todas as transformações ao nível físico características deste período são factores predisponentes a que o indivíduo se confronte com a sua própria imagem, assim como com a dos outros, deixando em aberto a possibilidade de novos investimentos afectivos e libidinais.

Todos estes processos com que o indivíduo se depara durante a adolescência são propícios ao reactualizar de problemáticas de depressão e, deste modo, não é de estranhar que esta seja considerada das mais comuns perturbações emocionais desta fase.

Surge culpabilidade ligada ao Édipo e ao componente anal da sexualidade que induz o aparecimento repentino de sentimentos de inuti-

lidade e de insuficiência acompanhados de projecções sobre o meio (Ferreira, 1991). A depressão surge devido à distância entre o Eu e o Ideal de Eu narcísico, sendo o equilíbrio possível de alcançar através do apoio no amor objectal. Esta situação surge numa altura em que o «Eu é vulnerável, suporta mal as mínimas frustrações, a que reage com intolerância, calor emocional e de que se defende com sublimações» (op. cit., p. 83).

Para Feinstein (1975), as reacções depressivas na adolescência são a manifestação de conflitos nas relações objectais, sendo também indicadores e factores que podem potenciar dificuldades no crescimento psíquico do indivíduo. Neste contexto, as perdas objectais podem revelar-se especialmente traumáticas, muito em particular quando o ego não se encontra desenvolvido de modo suficiente para integrar o reconhecimento afectivo e cognitivo dessas perdas.

No entanto, não é necessário que exista a vivência real da perda para que surja a depressão. Será mais correcto, inclusive, falar de uma depressibilidade básica na adolescência que pode ser considerada a causa de muitos dos comportamentos característicos deste período, nomeadamente a passagem ao acto. A passagem ao acto é uma actuação não mentalizada de impulsos e desejos, que pode constituir uma fuga face à depressão que, deste modo, é evitada e adiada. Por vezes, este tipo de actuação directa pode revestir-se de características mais dramáticas porque toma frequentemente formas auto ou hetero-agressivas, sendo responsável por muitos dos suicídios e tentativas de suicídio que surgem na adolescência.

4. DEPRESSÃO E SUBSTITUTOS DEPRESSIVOS NAS PERTURBAÇÕES ALIMENTARES

No caso das patologias do comportamento alimentar, a depressão muitas vezes não é manifesta, apesar de existirem nelas vários aspectos que podem ser considerados como indicadores de depressão. Somos inclusivamente tentados, tal como Karl Abraham (1925, cit. por Brusset, 1977), a considerar a própria recusa em comer como um desejo de morte. De facto, as anoréxicas alcançam, por vezes, um estado de inanição tão avançado que acabam por morrer, quer de-

vido à falta de alimentos em si quer por desequilíbrio electrolítico, encontrando-se uma taxa de mortalidade de entre os 5 e os 18% nestes indivíduos.

Apesar disso, não deixa de ser uma escolha estranha, porque longa e incerta, esta do suicídio por recusa alimentar. Para além de que é explicação insuficiente para os casos de Bulimia, em que a mortalidade é muito rara. Seria útil, talvez, a este ponto, abordar separadamente alguns aspectos sintomáticos da Anorexia e da Bulimia para posteriormente retomar uma abordagem conjunta das duas patologias.

Hilde Bruch (1985), ao descrever as características essenciais da Anorexia Nervosa, indica a existência de um «sentimento paralisante de ineficácia que invade todo o pensamento e a actividade da anorética» (p. 794), deixando-a com a sensação de que tudo o que faz não é derivado da sua própria vontade mas sim da vontade dos outros. Para esta autora, o controle da alimentação e do peso pode ser visto como um sintoma que oculta um medo profundo de não ser competente e de não merecer o respeito dos outros. O oposicionismo e negativismo encontrado nestes indivíduos seriam unicamente uma camuflagem desse tipo de sentimentos.

Na sua base é possível vislumbrar a existência de uma falha narcísica, elemento mencionado por vários autores como sendo essencial no entendimento psicodinâmico da anorética. Para Brusset (1985), por exemplo, subjacente à megalomania e aos desejos exagerados de auto-suficiência, estaria uma grande fragilidade narcísica que se manifestaria na necessidade de valorização e de obtenção da aprovação dos outros. Desta forma, os investimentos narcísicos são maciços, de modo a compensar as falhas ao nível básico, e os investimentos objectais são mínimos, para não pôr em causa a integridade do sujeito. As suas relações são feitas em espelho através de identificações narcísicas com o outro que, por sua vez, não é reconhecido enquanto ser único com vontades e características próprias. O objecto é escolhido de acordo com as suas semelhanças com sujeito, de modo a dissimular as falhas e o vazio interior (Jeammet, 1993). Não será difícil, deste modo, compreender a ameaça depressiva subjacente a esta insuficiência narcísica dos indivíduos com Anorexia Nervosa.

O isolamento é outro aspecto a ter em consi-

deração, uma vez que se encontra frequentemente associado à depressão. Muitas vezes o início da dieta da anorética é induzido, de acordo com a própria, pelo facto de se sentir gorda e, logo, ostracizada pelos seus pares. Ela utiliza desta forma a magreza para ser aceite pelos outros porque, como se sabe, o aspecto físico é muito valorizado em termos sociais e, nesse contexto, a magreza é admirada e associada à beleza física.

No entanto, um indicador que algo não está bem é que a magreza, uma vez alcançada, não só é sentida como insuficiente, como também não leva a uma melhoria das relações interpessoais. Bem pelo contrário, o que sucede é uma progressiva redução do mundo relacional, que acaba por se circunscrever ao meio familiar, teatro onde se vai desenrolar o drama da Anorexia Nervosa. O isolamento vai-se instaurando aos poucos e poucos até se tornar uma constante.

Outro aspecto relevante é a denegação e o desinvestimento na sexualidade característicos das anoréticas. Numa época da vida em que se assiste ao despertar da sexualidade adulta e em que normalmente se dá o início da actividade sexual, verifica-se nestas jovens uma recusa em crescer e em assumir o seu corpo e a sua sexualidade assim como um desejo por regressar ao ideal físico assexuado da latência.

Raramente existe actividade sexual, mas quando há, ela serve unicamente como prova de que o indivíduo é capaz de controlar o seu corpo e usá-lo como bem entender, sem que haja uma verdadeira implicação afectiva no acto, para além de uma eventual gratificação narcísica (Marcelli & Braconnier, 1989).

Se ambos os aspectos, o isolamento e o desinvestimento sexual da anorética, podem ser entendidos à luz da já referida necessidade de salvaguarda narcísica, não deixa de ser interessante que eles sejam também característicos da Depressão.

No caso da Bulimia, as coisas são um pouco diferentes, e é já possível constatar o aparecimento de efectivos síndromes depressivos, normalmente na sequência dos episódios de voracidade alimentar. A previsibilidade da sucessão destes ciclos, assim como o carácter compulsivo da ingestão dos alimentos daqueles indivíduos, levou a que se procurasse aproximar esta patologia da Psicose Maníaco-Depressiva, ainda que esta abordagem não seja das mais comuns.

Beebe (1994), após ter revisto a literatura existente acerca das relações entre Bulimia e Depressão, concluiu que as conceitualizações teóricas sobre o assunto se podiam agrupar em seis grandes conjuntos de hipóteses:

– Hipótese da Variante Afetiva, que considera a Bulimia enquanto expressão de uma depressão subjacente, o que, em termos terapêuticos, significa que se deve procurar tratar a Depressão e não a Bulimia;

– Hipótese da Consequência Bulímica, de acordo com a qual os sintomas depressivos são consequência da perturbação do comportamento alimentar, o que seria apoiado pelo facto de que é comum a rescisão daqueles sintomas com o desaparecimento da Bulimia;

– Hipótese da Perturbação do Espectro Afetivo, cuja proposta é a de considerar ambas as patologias (Bulimia e Depressão) enquanto resultado de uma perturbação biológica de base, o que, no entanto, não parece ser suportado pelos dados de outras investigações;

– Hipótese da Restrição, que indica que indivíduos que utilizam muito a restrição alimentar têm maior propensão a ter acessos de voracidade alimentar do que outros que não a utilizem. Aqui, a depressão é vista como um dos factores possíveis de desinibição, levando ao descontrolo no consumo de alimentos;

– Hipótese da Escapada, que explora o mecanismo subjacente ao estabelecimento da restrição alimentar, defendendo que os bulímicos estão a tentar evitar uma auto-percepção negativa. Estes indivíduos teriam padrões de exigência muito elevados, em relação aos quais se sentiriam diminuídos por não estarem à sua altura. A percepção deste facto levaria à depressão e consequente desinibição do comportamento alimentar;

– Hipótese do Desespero, de acordo com a qual os bulímicos consideram a sua incapacidade em controlar o comportamento alimentar como sendo algo de muito negativo, levando a sentimentos de desespero e incapacidade que, por sua vez, provocariam depressão ou agravariam uma depressão já existente.

Como se pode constatar, enquanto que os três primeiros modelos procuram dar uma explicação geral para a relação entre Bulimia e Depressão, os seguintes incidem em mecanismos específicos do funcionamento dos indivíduos, para fazer o mesmo. De qualquer modo, o autor conclui, dizendo que todos os modelos acima indicados devem ser tomados em consideração por darem perspectivas diferentes do mesmo problema sendo, portanto, úteis à sua compreensão, acrescentando ainda que «a natureza da relação bulimia-depressão está ainda por ser estabelecida conclusivamente» (op. cit., p. 270).

5. HIPÓTESE DAS PATOLOGIAS ADITIVAS

Talvez a melhor maneira de compreender a relação em estudo esteja na integração das perturbações do comportamento alimentar, Anorexia e Bulimia tomadas agora conjuntamente, no contexto das patologias aditivas, associadas a uma problemática de dependência não resolvida. Esta perspectiva não é nova e tem sido defendida por diversos autores (Balasc, 1990; Jeammet, 1993; Corcos, Tordjmann & Jeammet, 1993), nomeadamente de acordo com a teoria da Separação-Individuação de Margaret Mahler (Sours, 1974; Fisher, 1989).

Para compreensão desta perspectiva, parece-nos ser útil, a este ponto, analisar o que se conhece sobre o desenvolvimento infantil de anóreticos e bulímicos e sobre a sua relação com a figura materna. A mãe destes indivíduos é descrita como sendo tipicamente sobreprotectora em relação à criança, não a considerando enquanto um ser autónomo, mas como uma extensão do seu próprio corpo (Selvini, 1978). O resultado é que estes indivíduos teriam sido bem tratados não de acordo com as suas necessidades, mas sim de acordo com as vontades da mãe. Segundo John Sours (1974), a criança muitas vezes não demonstrou nem a angústia do estranho do 8.º mês nem a de separação, e a aquisição da locomoção bípede foi mais motivo de ansiedade e tristeza do que de alegria, tanto para a mãe como para a criança. É comum também não haver encorajamento dos comportamentos de separação e exploração do filho pela progenitora.

Deste modo, a situação de separação da mãe nunca terá sido devidamente elaborada pelo in-

divíduo, permanecendo este dependente da figura materna para a regulação das suas necessidades vitais, prazeres, e afectos. A separação real é dificilmente tolerada porque não se efectuou uma interiorização securizante do objecto e, sendo assim, o indivíduo é assolado por sentimentos de vazio e fortes angústias de aniquilação, tornando-se necessário o recurso à realidade externa como contra-investimento de uma realidade interna ansiogénica.

Estas dificuldades vão também ter reflexos ao nível da capacidade de abstracção e de conceitualização: negada a ausência do objecto não se torna necessário simbolizar a sua falta. Pode-se encontrar aqui a explicação para o facto de os indivíduos que sofrem de doenças do comportamento alimentar demonstrarem habitualmente lacunas a este nível, apesar de serem considerados alunos muito dedicados aos estudos.

A dificuldade no vivenciar da carência, aliada a esta lacuna ao nível da elaboração mental, leva a uma actuação compulsiva, cujo objectivo é o da redução da dor psíquica. Esta compulsão à repetição encontra a sua âncora num objecto substitutivo que no caso dos toxicod dependentes é a droga e que na Anorexia e Bulimia é a alimentação. No entanto, a transferência que é feita para este objecto nunca pode ser plenamente satisfatória nem a carência reduzida, e daí que surja a compulsão à repetição.

As patologias do comportamento alimentar podem, deste modo, ser postas em paralelo com as chamadas toxicomanias porque em ambas existe uma urgência da necessidade do objecto que nenhuma tentativa de satisfação pode apaziguar. Essa necessidade visa um objecto substitutivo pois, tal como refere Balasc (1990), «o objecto-alimentação torna-se como que num fenómeno transicional, numa formação defensiva contra o vazio ligado à perda do primeiro objecto» (p. 83). O objecto torna-se não substituível, indispensável, e a vida passa a centrar-se em torno de uma luta contra o desejo de apropriação do mesmo. É com esse desejo que se debate a anorética e ao qual a bulímica frequentemente sucumbe.

Outro aspecto em comum entre as patologias aditivas e as perturbações do comportamento alimentar é a propensão a sobre-investir os aspectos ligados à exterioridade e às sensações físicas por oposição ao nível mais profundo,

das emoções, das trocas afectivas e da interiorização das ligações. Desta forma evita-se o contacto com a possibilidade de perda do objecto e com o vazio interior (Jeammet, 1993).

A questão que se levanta agora parece evidente: se as perturbações do comportamento alimentar se podem incluir no quadro mais abrangente das patologias aditivas, qual então a sua especificidade em relação às restantes? Ou por outras palavras, porquê o enfoque em torno da esfera alimentar? A resposta a esta questão terá necessariamente que ser incompleta e aproximativa, isto tendo em consideração que a causalidade em termos psíquicos é múltipla e ligada a diferentes fases do desenvolvimento do indivíduo. Ainda assim, esta pode ser uma boa altura para regressar a Abraham, de acordo com o qual existe uma regressão do indivíduo à fase oral-sádica do desenvolvimento infantil, com o desejo de destruição e incorporação oral do objecto materno. Sendo esses desejos recalcados, o indivíduo defender-se-ia dos mesmos através da recusa alimentar, comportando-se como se só uma abstinência completa de alimentação impedisse a execução das suas pulsões mais profundas, isto no caso dos anoréticos. No dos bulímicos, pode-se pensar que os alimentos, simbolizando a figura materna, seriam agressiva e brutalmente destruídos e incorporados, unicamente para depois serem rejeitados. De acordo com Gabbard (1992), a ingestão de alimentos representaria um desejo simbiótico de fusão com a mãe, enquanto que a expulsão seria já um esforço de separação em relação à mesma.

Estas ideias são congruentes com as de Kestenberg, Kestenberg e Decobert (1972) que, a propósito da Anorexia Nervosa, escreveram que se verifica «uma regressão vertiginosa que não encontra nenhum ponto de fixação e de organização ao nível das zonas erógenas. Estas, nas suas modalidades específicas de organização da relação com o outro, são apagadas, varridas pelo movimento regressivo que não encontra paragem senão ao nível dos percussores da relação com o objecto e da organização do Eu. A anorética permanece fixada numa problemática relacional conflituosa com o objecto materno primário, vivendo na inquietação de perder esse objecto».

6. CONCLUSÕES

De acordo com o que até aqui foi referido, o que se pode concluir é que um dos aspectos essenciais dos indivíduos com perturbações do comportamento alimentar é a existência de um núcleo depressivo básico decorrente do não estabelecimento da separação em relação ao objecto primário materno. É ao nível desta relação perturbada com a figura materna que se pode também encontrar explicação para a fragilidade narcísica encontrada nestes indivíduos.

O comportamento alimentar perturbado em todo o seu carácter irreduzível, seja ele no campo da restrição absoluta da anoréctica ou no do descontrolo impulsivo da bulímica, constitui, na verdade, uma fuga perante a ameaça do vazio depressivo que é de evitar a todo custo. Neste sentido, estas perturbações não se afastam muito das problemáticas e dos comportamentos típicos da adolescência, em que o agir surge com a função de fuga perante a depressão subjacente a esta época da vida. Sendo, no entanto, mais intensa a depressão, mais extremos serão os modos de fuga utilizados.

Quando falha a perturbação alimentar com a sua função «auto-terapêutica» (Jeammet, 1993), porque visa o equilíbrio psicológico do indivíduo, surge a depressão que se encontra subjacente a ela. Deste modo pode-se compreender a independência encontrada nas investigações das áreas cognitivas entre perturbação do comportamento alimentar e depressão: elas surgem em momentos diferentes, mas a base causal é a mesma. Mais, a perturbação alimentar pode ser considerada como um substituto ou uma fuga à depressão.

Por último, resta referir que na elaboração de um trabalho eminentemente teórico, como é o presente, em que a fonte de informação é, por excelência, a bibliografia existente sobre o assunto, o risco de nos afastarmos da realidade clínica está sempre presente. Este risco é perfeitamente aceite e considerado na elaboração deste artigo.

Fica, desde já, um apelo à necessidade da elaboração de trabalhos de investigação clínicos e experimentais que tanto escasseiam sobre este tema, nomeadamente sob uma perspectiva psicodinâmica. Ainda assim, consideramos ter de

alguma forma contribuído para a compreensão desta problemática chamando a atenção para a importância da elaboração da depressão nos indivíduos anoréticos e bulímicos no contexto terapêutico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrews, B., Valentine, E., & Valentine, J. (1995). Depression and eating disorders following abuse in childhood in two generations of women. *British Journal of Clinical Psychology*, 34, 37-52.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistic manual*, 4th ed.. Washington D.C.: American Psychiatric Association.
- Balasc, C. (1990). *Désir de rien. De l'anorexie à la boulimie*. Paris: Aubier.
- Beebe, D. (1994). Bulimia nervosa and depression: A theoretical and clinical appraisal in light of the binge-purge cycle. *British Journal of Clinical Psychology*, 33, 259-276.
- Bruch, H. (1985). Anorexia nervosa. In M. Reiser (Ed.), *American handbook of psychiatry* (pp. 787-809). New York: Basic Books.
- Brusset, B. (1977). *L'assiete et le miroir*. Paris: Privat.
- Brusset, B. (1985). L'anorexie mental des adolescents. In S. Lebovici (Ed.), *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent II* (pp. 468-485). Paris: PUF.
- Corcus, M., Tordjman, S., & Jeammet, P. (1993). Anorexie mental et relation érotomaniaque. *Neuropsychologie de l'Enfance*, 42 (3), 110-117.
- Feinstein, S. (1975). Adolescent depression. In E. Anthony, & T. Benedek (Eds.), *Depression and human existence* (pp. 317-337). Boston: Little Brown and Company.
- Ferreira, T. (1991). Ensaio sobre a depressão infantil. *Análise Psicológica*, 9 (1), 67-87.
- Fisher, N. (1989). Anorexia nervosa and unresolved rapprochement conflicts. A case study. *International Journal of Psycho-Analyse*, 70 (41), 41-54.
- Freud, S. (1895). *Extracts from the Fliess papers, Draft G - Melancholia*. SE 1, London.
- Gabbard, G. (1992). *Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Hamilton, S., Schlesier-Carton, B., O'Neil, P., Lydiard, B., & Malcom, R. (1989). Depression and bulimia: The link between depression and bulimic cognitions. *Journal of Abnormal Psychology*, 98 (3), 322-225.
- Herzog, D. (1984). Are anorexic and bulimic patients depressed?. *American Journal of Psychiatry*, 141, 1594-1597.
- Jeammet, P. (1993). L'approche psychanalytique des troubles des conduits alimentaires. *Neuropsychologie de l'Enfance*, 41 (5-6), 235-244.

- Kestemberg, E., Kestemberg, J., & Decoubert, S. (1972). *La faim et le corps*. Paris: PUF.
- Marcelli, O., & Bracornier, A. (1989). *Manual de psicopatologia do adolescente*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Mintz, I. (1988). Self destructive behaviour in anorexia nervosa and bulimia. In H. Schwartz (Ed.), *Bulimia: Psychoanalytic treatment and theory* (pp.127-171). Madison: University of Indiana Press.
- Pettinati, H., Wade, J., Franks, V., & Kogan, L. (1987). Distinguishing the role of eating disturbance from depression in the sex role self-perceptions of anorexic and bulimic impatients. *Journal of Abnormal Psychology*, 96 (3), 280-282.
- Poulakis, Z., & Wertheim, H. (1993). Relation among dysfunctional cognitions depressive symptoms, and bulimic tendencies. *Cognitive Therapy and Reasearch*, 17 (6), 549-559.
- Selvini, M. (1978). *Self-starvation: From individual to family therapy. The treatment of anorexia nervosa*. New York: Jason Aronson.
- Sours, J. (1974). The anorexia nervosa syndrom. *International Journal of Psycho-Analyse*, 55, 567-576.

RESUMO

É conhecida, ainda que muito pouco discutida na

literatura, a associação entre perturbações do comportamento alimentar, nomeadamente a Anorexia e a Bulimia Nervosas, e problemáticas do foro depressivo. Neste artigo procede-se a uma revisão da bibliografia existente sobre a relação entre aquelas perturbações alimentares e a depressão. São apresentados diversos dados relativos a esta associação e discutidas as diversas hipóteses explicativas existentes nesta área. Particular atenção é dada à hipótese que enquadra a Anorexia e a Bulimia Nervosas no âmbito das patologias aditivas, donde os fenómenos depressivos decorreriam de uma problemática de dependência subjacente.

Palavras-chave: Anorexia, bulimia, depressão.

ABSTRACT

The relationship between eating disorders, like Anorexia and Bulimia, and depression are known, although not much discussed in the literature. This article presents a review of the literature concerning the relationship between those two eating disorders and depressive symptoms. The available information and the different explanative hypotheses concerning this subject are discussed. Particular attention is given to the addictive hypothesis, according to which Anorexia and Bulimia are considered the reflection of a dependency problem that is also the cause of depression.

Key words: Anorexia, bulimia, depression.