

As Exposições Clínicas

Além das teorias e dos protocolos,
a diferença clínica é dada por quem trata.

All the clinics
that are
fit to print.

4

**Seminário de
Jorge Forbes 2004**

2 de junho de 2004
sinopse por Andréa Naccache

**Conversa com
Táki Athanássios Cordás**

Como eu trato: Anorexia, bulimia, comer compulsivo.

Transtornos do comportamento alimentar,
uma avaliação crítica dos tratamentos atuais.

Jorge Forbes: Abertura

Há algo sobre a sua clínica que um clínico não pode esclarecer através de artigos, textos. Uma diferença pessoal incapturável pela letra de um trabalho.

Esse seminário recebe, hoje, Táki Athanássios Cordás, professor do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP, fundador e coordenador geral do Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares (AMBULIM) do Hospital das Clínicas, em uma "exposição" justamente daquilo que não se lê em seus trabalhos, o "como eu trato". Não é "como se trata": entra em questão, aqui, a singularidade do clínico.

Para lançar os debates com Táki Cordás, Jorge Forbes convidou a psiquiatra e psicanalista mineira Gilda Paoliello, editora do jornal *O Risco*, e ex-Presidente da Associação Mineira de Psiquiatria. Ela é também a primeira médica mulher a ter dirigido um hospital geral no Brasil: o Hospital do Servidor Público de Minas Gerais.

Táki Cordas

Em resposta a Forbes, Cordás anuncia que falará como psiquiatra clínico, apresentando sua visão do panorama atual das psicoterapias, e como escolhe o tratamento farmacológico. Sua preocupação de partida, esclarece, é a avaliação da eficácia de um tratamento: ser capaz de responder quais chances alguém tem de melhorar de seus sintomas com cada técnica é, para ele, uma ambição a ser atingida pelo método científico.

Quanto à eficácia farmacológica, é declarada por um sistema de pesquisas em etapas: inicia-se por estudos pré-clínicos em laboratórios, com cobaias e, depois, seres humanos. Indivíduos normais (20 a 100) serão os primeiros a provarem a droga. Então, pacientes da doença tomarão parte em estudos randomizados e com duplo-cego. Em seguida, a amostra abre-se a centenas ou milhares de pessoas, e a uma comparação com outras drogas, em diversos países. A cada mil drogas estudadas, apenas uma alcança aprovação até esse ponto. Após o lançamento no mercado, mantém-se uma vigilância farmacológica, registrando os efeitos supervenientes da medicação.

Quanto à eficácia das psicoterapias, Cordás sente a dificuldade de pesquisá-la em números: muitos dos artigos abordam casos únicos, não há “placebo” para comparar. Afirma, no entanto, que sua equipe é sempre multiprofissional, e conta com terapeutas. O trabalho é proveitoso, diz, quando o terapeuta aceita o modelo médico, uma linguagem comum, e conhece a metodologia científica.

Sob esses critérios, ele indica sua preferência pelos tratamentos cognitivo e comportamental. Em um dos mais importantes portais médico da internet, o MedLine, reconhece que os 11.951 artigos de referência *Psychoanalytic Therapy* trazem, prioritariamente, casos únicos. Já para o tema *Cognitive Therapy*, os 4.735 artigos são mais compatíveis com a sua orientação: nomeiam os sintomas com base nos diagnósticos psiquiátricos, e alguns trazem estudos quantitativos. Para *Behavior Therapy*, o MedLine traz 29.202 artigos que, em parte, superpõem-se aos de *Cognitive Therapy* e, como aqueles, também apresentam enfoque experimental, no qual a eficácia pode ser determinada mais facilmente, e vinculação ao diagnóstico médico, segundo sua visão.

Anorexias e bulimias

Com apenas três profissionais contratados e uma equipe de voluntários, o AMBULIM atende obesidade, anorexia e bulimia nervosas. De seus 1750 pacientes, aproximadamente 800 são bulímicos ou anoréxicos, e, destes, Cordás nota: apenas 8 ou 9 são homens. Anorexia e bulimia são doenças principalmente femininas, embora o número de homens com estes quadros esteja aumentando e, nos EUA, já sejam 15% dos casos.

A anorexia envolve a recusa de manter o peso normal, o medo de ganhar peso, uma distorção da imagem corporal que levam a paciente a restringir radicalmente a alimentação, ou a assumir procedimentos de compensação, sempre que se alimenta de um mínimo: induzir vômitos, sobrecarregar as atividades físicas, tomar laxantes e diuréticos. Fala-se, por isso, em anorexia de tipo restritivo ou purgativo.

Hilde Bruch, uma das importantes pesquisadoras da anorexia, distinguia anorexia endógena daquela marcada por um ideal externo - tantas vezes, do grupo adolescente - que ela chamou “me too anorexia” (“eu também”), muito comum quando a menina, por exemplo, ambiciona ter a forma física das modelos.

A bulimia possui momentos de restrição alimentar, mas não leva à perda de peso. Sua marca está nos episódios de alimentação voraz - uma menina pode ingerir 16 mil calorias de uma só vez, no período médio de duas horas - seguidos de purgação. As práticas purgativas são as mesmas da anorexia e, na bulimia, acentua-se o caráter compulsivo que liga as pacientes também à drogadicção, por vezes com cocaína, e também ao uso de álcool. A paciente que come compulsivamente e purga ao menos duas vezes por semana, durante três meses, tem caracterizada a bulimia.

Tanto a anoréxica quanto a bulímica não admitem seus sintomas. Na anorexia, a perda de peso é disfarçada por roupas largas, que a paciente escolhe por se ver gorda. A bulímica esconde seus rituais purgativos e ataques à comida. No entanto, a bulimia tem sinais: dietas e malhação são assunto incessante de conversa e leitura das pacientes, e tende a haver automutilação.

A bulímica sente fome; a anoréxica, após um tempo, consegue negá-la. Então, a bulimia envolve um sofrimento cíclico: a preocupação excessiva com peso e formas corporais leva à dieta restritiva, aos episódios de comer compulsivo, daí às práticas compensatórias e, pelo mal-estar do descontrole e da purgação, à baixa auto-estima que reforça a preocupação com o peso e motiva a dieta restritiva. É um quadro que não apresenta cura espontânea.

Há registros de restrições alimentares anoréxicas, relata, desde a era medieval, especialmente como procedimento de purificação, auto-infringido por moças com a idéia de atender a um ideal divino. São as chamadas “santas anorexias”. Ao apontá-las, Táki Cordás

indica seu desacordo com a proposta de Carol Sonenreich, na sessão anterior desse seminário, de que não convém identificar, com diagnósticos de um tempo, sofrimentos de outro tempo. Sonenreich havia afirmado que a doença é "do médico", no sentido dela não ser um fato em si, mas um recorte operacional. Exemplos: a doença de Parkinson, o mal de Alzheimer (Veja sinopse da sessão 3, p. 3).

Etiologia

Táki Cordás entende que anorexia e bulimia devam ser pensadas na junção de fatores biológicos, psicológicos e sociais. São doenças que, às vezes, têm início bastante precoce, entre 7 e 12 anos, mas que ocorrem especialmente entre 12 e 25, tornando-se muito raras após os 60. Prevalece, portanto, a ocorrência entre jovens, e seu tratamento evolui melhor quando alcança a família.

É possível pensar a genética na etiologia desses casos. Não como determinante de um destino, mas como predisponente. Um aspecto biológico a ser considerado é o efeito da restrição alimentar anoréxica sobre os neurotransmissores: ela causa depressão ou, ao menos, tristeza. Se duradoura, a anorexia causa alterações neurológicas definitivas na paciente.

Modelos animais sugerem a conjunção dos fatores envolvida nessas doenças: é possível danificar o centro neurológico de apetite de uma cobaia, ou medicá-la para suspender a atividade desse centro, e obter assim o efeito de anorexia. Também é possível submetê-la a modelos de estresse, por meio de isolamento ou hiper-atividade física, que causem queda da ingestão alimentar espontânea.

Com esses recursos, constatou-se que apenas a intervenção biológica causadora de anorexia, em ambiente inalterado sob os critérios de estresse, não compromete a vida da cobaia: ela volta a comer. Também, deixada apenas sob estresse, sem condicionamento biológico, ela deve retomar a alimentação após um tempo. A anorexia da cobaia só se perpetua, podendo levá-la à morte, caso os dois fatores sejam simultâneos.

Psicologicamente, Táki Cordás vê a adolescência e o período da primeira relação heterossexual como um momento especialmente relevante para a emergência das doenças: a paciente busca ser a mulher ideal e percebe sobre si expectativas exacerbadas. As pacientes são, em geral, meninas muito bonitas.

O aspecto sociocultural verificável é que as doenças aparecem mais nas regiões industrializadas, ligadas à cultura de massa, e sob as exigências do mercado e do trabalho.

Na família, Cordás não pensa a "mãe anorexigênica", ou nenhum fator de *causa*, mas sim padrões familiares que operam na *manutenção* das doenças. Por isso, as terapias sistêmicas mostram resultados.

Tratamentos

Mesmo sob o conjunto das intervenções psicológica, farmacológica e nutricional, dois terços das pacientes anoréxicas não melhoram na escala de Morgan-Russell, própria à sua avaliação – não ganham peso.

Sobre a medicação, usa-se hoje especialmente antidepressivos como a fluoxetina ou clomipramina, em doses baixas, e, há menos tempo, antipsicóticos, como a olanzapina. Esclarece: enquanto a olanzapina aumenta o apetite, reduz a irritabilidade e melhora o sono, age sobre os sintomas obsessivos, reduzindo a hiperatividade.

O resultado da olanzapina, ainda assim, não entusiasma: se ela propicia alguma recuperação de peso das anoréxicas, ao final de um ano, porém, há tênue diferença de resultados entre o placebo e a droga.

Das psicoterapias, não se contabiliza o efeito. A experiência do AMBULIM permite dizer, no entanto, que a linha cognitiva consegue operar sobre a bulimia, e que o tratamento em grupo é contra-indicado.

Por isso, Táki Cordás prefere dizer que não se sabe ainda como tratar esses quadros de maneira garantida e, diante desse panorama, exige, nos tratamentos sob sua direção, que as diferentes intervenções sejam conciliadas.

Debate

“Certos encontros melhoram a qualidade da dúvida”, disse Renato Janine Ribeiro. Após a conferência, Forbes cita-o por entender que esta exposição de Cordás convoca os psicanalistas a oferecerem melhores respostas à psiquiatria e, assim, propicia o encontro.

Gilda Paoliello abre os debates recordando um artigo de Ernest Charles Lasègue, *Da Anorexia Histórica*, de 1873, notável pelo caráter das considerações do autor àquele tempo: ele considera a família no tratamento, aponta a perda do esquema corporal e a satisfação da anoréxica, que considera seu regime um sucesso. Com esse enfoque, Lasègue tece propostas importantes sobre a condição ética do médico. Por sua forte vertente psicológica, o texto de Lasègue tem valor de referência entre os escritos sobre anorexia. Paoliello pede que Cordás o comente.

Ele concorda que o enfoque de Lasègue seja psicológico. Marca-se nisso seu desacordo com estudos ingleses da anorexia de mesma época. Quando Lasègue fala em ‘histeria’, aliás, nem se pode associar o conceito ao que veio a ser depois de Freud, nota Cordás. Em 1873, o termo indicava, simplesmente, a incidência de fator psicológico importante. Hoje, por sinal, não desapareceu da psiquiatria: permanece sem correspondência à noção freudiana, pensado pela teoria dos traços de personalidade. Fala-se em “personalidade histérica”.

O olhar histórico ao trabalho de Lasègue, pondera Cordás, permite percebermos como caminhou a psiquiatria às definições atuais. Ela ainda está presa a diagnósticos canhestros. Está em uma fase descritiva, como, por exemplo, a reumatologia esteve no início do século: apenas podia indicar um inchaço no pé, sem ter idéia de que se tratava de um efeito do ácido úrico, na gota. A psiquiatria atual ainda não superou a etapa descritiva, comportamental ou fenomenológica.

Jorge Forbes pede que Táki Cordás fale mais sobre como trata: como é o dia a dia do AMBULIM?

Cordás responde-lhe que, é claro, não se trata apenas de medicar. O médico vale-se da transferência, do laço afetivo, mesmo que agressivo, da paciente.

Na combinação das especialidades, a paciente é atendida por nutricionista, e introduz-se a terapia comportamental, com a orientação, por exemplo, de expô-la gradualmente aos alimentos temidos. No ganho de peso da anoréxica, é preciso controlar ainda as alterações cardíacas decorrentes da realimentação.

O vínculo com a paciente tende a tornar-se intenso, e a equipe toda é alvo de agressividade. Para envolvê-la, então, durante o tratamento em hospital dia ou ambulatorio, Cordás propõe um trato: a paciente tem 2 ou 3 meses para alcançar o índice de massa corporal necessário; caso contrário, será internada.

Nessa negociação, Cordás faz também uma lista do que a paciente ganha ou perde, conforme as metas de peso atingidas. Assim, por exemplo, se ela emagrece, fica proibida de se exercitar. Se o sinal da balança aumenta, pode sair com os amigos.

Nem sempre há adesão: algumas pacientes que vêm ao AMBULIM arrastadas pela família. O tratamento compulsório é permitido para menores e pacientes em risco de vida; não para as demais. De qualquer modo, é justamente quando o quadro se agrava e elas

precisam de hospitalização, que se tornam mais receptivas à intervenção médica e psicoterápica.

Quanto às linhas terapêuticas, Cordás retoma, a orientação cognitivo-comportamental mostra resultados na bulimia. Não há qualquer dado de resposta a terapias para a anorexia, em qualquer linha. Então, nesse segundo caso, Cordás opta por profissionais que falem a mesma língua que ele.

A melhora que o AMBULIM registra é de 40% sobre o próprio quadro das pacientes. Isso apenas entre aquelas que aceitam o tratamento, ou seja, pacientes mais dispostas a melhorar, menos graves. Quanto às refratárias, não se sabe, mesmo, o que fazer. Há aquelas que retornam ao AMBULIM por cinco, oito anos. Nesses casos, pensa-se que talvez estivessem ainda pior, ou não teriam sobrevivido, se não frequentassem o hospital...

Forbes pergunta-lhe como ele entende o fato desses transtornos acontecerem mais com mulheres? Possivelmente, Cordás responde, isto seja fruto de fatores como a pressão da mídia ou alterações hormonais. Homens perdem peso com mais facilidade que mulheres e, então, não pensam o cuidado do corpo de maneira tão drástica. Além disso, a depressão é predisponente à anorexia, e as mulheres a apresentam com três vezes mais frequência que homens. Isso também pode ser considerado.

Mas importa notar que o abandono da alimentação na depressão configura apenas anorexia secundária. A anorexia primária não se caracteriza apenas pelo "não querer comer". É mais, é "querer emagrecer".

Na terapia cognitiva de sucesso, a finalidade será o ganho de peso, que por si só já conduz a melhora na distorção de imagem corporal. Acredita-se, diante dessa influência direta da alimentação, que a distorção tenha assento neuroquímico. Não é mera insatisfação com a imagem corporal, da mulher deprimida ou em fase pré-menstrual: o ganho de peso, na anorexia, faz regredirem sintomas psicológicos.

Seguindo o debate, Sandra Grostein sustenta o valor do estudo de casos singulares. Táki Cordás recua: reconhece o exagero atual na preferência de trabalhos quantitativos, quando o Hospital das Clínicas, por exemplo, recebe mal os estudos aprofundados de casos únicos. Porém, entende que a falta de garantia de replicabilidade do caso único é suficiente para que ele valha menos que o estudo quantitativo. Um caso ganha valor, pensa Cordás, quando puder ser confirmado por outros, vertido em estatísticas. Importa quando seu procedimento puder ser seguido com mesmos resultados. É preciso, aí, neutralizar a posição pessoal do clínico.

Sobre o imutável no sintoma

Forbes conclui os debates retomando uma afirmação de Cordás, em texto, sobre a anorexia na história: "A forma, o imutável, a essência da doença, o patogenético não respeitariam os séculos, a personalidade ou a cultura colocados no papel do patoplástico, do acessório" ("Santas anoréxicas na história do Ocidente: o caso de Santa Maria Madalena de Pazzi". Ver. Bras. Psiquiatr. 2002; 24(3): 157-8). Pede-lhe um comentário.

Cordás responde que há duas maneiras de entender a doença: ou ela se modifica com o momento histórico, social, ou ela conserva sua biologia, ainda que mude a cultura que a envolve. Pode estar errado, diz, mas lhe parece o seguinte: a anoréxica de hoje, que afirma emagrecer pela aparência do peso, ou pelo Lacroix, é a mesma da Idade Média, de 1300, que também purgava, se amarrava na cama para não comer, mas dizia purificar-se para estar mais próxima do divino. Isto remete à filosofia grega da forma e do conteúdo. A impressão de Cordás é que as doenças psiquiátricas mudam o conteúdo, mas a forma, sua característica biológica, é imutável.

Forbes questiona: "Você afirma, então, a existência de um imutável que percorre os séculos, em envelopes de sintomas que tentam expressá-lo?"

“Sim”.

“Interessante proximidade entre o que você chama *imutável* e o *Real lacaniano*; há o *Real* e o *envelope formal do sintoma*”.

Para responder quanto à eficácia da psicanálise, questão posta de início por Cordás, Forbes propõe que o analista tenha vindo ao mundo exatamente para ocupar o local desse imutável, para lembrar não só que os sintomas jamais conseguirão envelopar completamente o imutável, como também os remédios jamais conseguirão envelopar o imutável, traçando um paralelo entre sintomas e remédios.

Nisso a psicanálise se distingue radicalmente das psicoterapias: ela sustenta que o imutável, apontado desde a Grécia, continuará imutável. O analista é um objeto posto no mercado para isto, um imutável disponível para cada um; para todos poderem encontrar "uma pedra no meio do caminho". Dessa pedra, a pessoa não se cura, diz Forbes, dela inventam-se soluções. É a “fixação” do gozo, como queria Lacan.

Enfim, Cordás havia dito que, na falta de uma linguagem comum entre a medicina e outra linha de tratamento, tornava-se difícil a conversa fecunda. Forbes pede-lhe uma inflexão: bastou-lhe aceitar fazer sua “exposição clínica”, e responder às questões dos psicanalistas no tom pessoal de hoje – “eu faço”, “eu entendo” – para que a conversa existisse, independentemente de qualquer linguagem comum, ou única, e melhorasse, para ambos, a qualidade das dúvidas.

Adendo: poucos dias depois dessa reunião, Gilda Paoliello endereçou uma carta a Táki Cordás. Com a permissão dos dois, entendemos ser de interesse a reprodução, por tratar-se da continuação epistolar do debate. A carta está publicada na sessão “Comentários” do site do Projeto Análise. O endereço eletrônico é:

<http://www.jorgeforbes.com.br/br/contents.asp?s=31&i=25>