

Imagem Corporal e Doenças do Comportamento Alimentar¹

Janete Maximiano*, Mafalda Miranda**, Carlota Tomé***, Alice Luís****, Teresa Maia*****

Resumo:

As Doenças do Comportamento Alimentar (DCA) devem ser entendidas numa perspectiva multidimensional, valorizando-se o contexto biopsicossocial. Nestas patologias é o corpo, em primeira instância, que revela a doença, sendo desta forma o alvo de expressão do conflito. Apresenta uma vivência perturbada e uma fraca estruturação da Imagem Corporal. Esta entende-se como a construção subjectiva que o indivíduo formula na sua mente, acerca do seu corpo, em interacção com os diferentes contextos de vida.

Os estudos neste âmbito visam, por este motivo, a compreensão do grau do distúrbio da Imagem Corporal nas DCA, tendo vindo a concluir que na generalidade dos casos não existem alterações na capacidade perceptiva destes doentes. Desta forma é necessário desenvolver estudos qualitativos, reforçando a análise dos factores subjectivos e afectivos.

As autoras propõem-se com esta revisão bibliográfica, realizar um levantamento de instrumentos de avaliação para as DCA (especificamente para a Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa) e Imagem Corporal, de modo a que seja possível a sua adaptação e implementação na população Portuguesa.

ABSTRACT:

Eating disorders should be understood in a multidimensional perspective, emphasizing a biopsicossocial context.

In these pathologies it's the body, in the first instance, that reveals the disease, being in this way the target of the conflict, revealing a disturbed

body experience and as a consequence a weak conception of their personal body image. The body image is conceptualised as a subjective image that the individuals form in their own mind, about their body, in relation with different contexts of life.

The intent of the studies is to comprehend the level of body image disturbance, which have concluded that in the majority of the cases, significant changes on perceptive capacity of the patients do not exist. In this way it's important to study in a more effective and qualitative way the affective and personal factors.

The authors pretend with this bibliographic revision, make a research of body image assessment to the Eating Disorders (Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa), and to reflect which are the best ones to adapt for Portuguese reality.

INTRODUÇÃO:

"Quanto ao espelho, é o instrumento de uma magia universal que muda as coisas em espectáculo, os espectáculos em coisas, a mim em outros e a outros em mim"

Maurice Merleau-Ponty.

As Doenças do Comportamento Alimentar (DCA) são doenças complexas e multidimensionais, que reflectem a interacção entre factores psicológicos, biológicos e sócio-culturais, manifestadas por comportamentos alimentares patológicos, com consequências sérias na Qualidade de Vida (QDV) dos doentes. A sua mortalidade ronda os 5

* Técnica Superior de Educação Especial e Reabilitação: Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca.

** Assistente de Psicologia: Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca.

*** Assistente Hospitalar: Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca.

a 20%, tendo 25% dos casos uma evolução crónica¹. A sua etiologia mantém-se controversa, devido à interacção complexa de vários factores, sendo matéria de contínuos estudos e investigações. Segundo alguns autores, existem três fases definidas da doença, nas quais interferem diferentes factores:

Fase 1 – Vulnerabilidade, em que factores biológicos e factores ligados ao desenvolvimento precoce desempenhariam o papel fundamental na génese da doença;

Fase 2 – Precipitação, em que factores familiares, sócio-culturais, ou acontecimentos de vida precipitariam o início das restrições alimentares;

Fase 3 – Manutenção, em que os efeitos da privação alimentar mantida tornariam a doença estável².

Ao longo destas três últimas décadas, estes distúrbios têm assumido uma larga importância, relacionada com o aumento da sua prevalência, dificuldades no tratamento e com o seu impacto no contexto biopsicossocial.

A Anorexia Nervosa (AN) é caracterizada por uma "recusa em manter o peso corporal igual ou superior ao mínimo normal para a idade e altura"³.

A Bulimia Nervosa (BN) é caracterizada por "episódios recorrentes de ingestão alimentar compulsiva seguidos de comportamentos compensatórios inapropriados recorrentes para impedir o ganho ponderal, tais como vomitar; usar laxantes, diuréticos, enemas ou outros medicamentos; jejum; ou exercício físico excessivo"³.

Outro critério essencial que caracteriza as doenças do comportamento alimentar, mais especificamente,

a Anorexia e Bulimia Nervosa, é a forma como o peso e as dimensões corporais são percebidos e vivenciados.

A vivência perturbada do próprio corpo, é principalmente o que distingue as DCA de outras condições psicológicas que incluem distúrbios alimentares e perda de peso.

O CONCEITO DE IMAGEM CORPORAL:

O conceito de Imagem Corporal (IC) tem sido alvo de interesse por parte de variadas áreas do conhecimento, tais como a fenomenologia, a psicanálise, a filosofia e a neurologia, que dele têm diferentes interpretações. Sendo um conceito utilizado com frequência em contexto psiquiátrico não existe ainda uma clara definição do mesmo⁵.

Schilder em 1935, conceptualizou a noção de Imagem Corporal, definindo-a não só no seu contexto orgânico, mas também em termos pessoais e sócio-culturais. Para Schilder, a Imagem Corporal é "a imagem subjectiva do próprio corpo formada na nossa mente, enquanto objecto único; não é apenas perceptiva, é construída de forma dinâmica a partir das interacções sociais e segundo os padrões de uma cultura"⁴. Esta conceptualização valoriza factores dependentes da personalidade, conscientes e não conscientes, onde se reflectem os desejos, as atitudes e interacções emocionais com os outros^{4,5,6}.

A distinção clara entre os contributos neurológicos e psicológicos na construção da IC, foi apenas conseguida na última década a partir dos trabalhos de Thompson (1990), Cash (1990) e Rosen (1996). Estes autores defendem a análise dos diversos factores

neurológicos e psicológicos em causa, através por um lado da avaliação da história do desenvolvimento neurofisiológico, e por outro da avaliação da história pessoal que influencia a formulação do auto-conceito e atitude corporal. Por fim defendem a importância da avaliação perceptiva do tamanho do corpo (forma e dimensões) que determina a forma como a aparência física é percebida^{4,7}.

Esta avaliação compreende factores relacionados com a organização do Esquema Corporal (EC), o qual se define como a representação neurológica das dimensões e formas corporais que são organizadas pelas aferências proprioceptivas, cinestésicas e sensoriais. A sua organização permite construir a referência postural na qual as percepções e intenções motoras são integradas, permitindo assim, colocar o corpo em movimento orientado no espaço. É esta orientação e relação no espaço, que permite distinguir nos primeiros anos de vida o mundo exterior do próprio corpo^{4,7}.

Actualmente a Imagem Corporal é definida como um conceito multidimensional, complementando as ideias de várias investigações de ordem neurológica que se mantiveram ao longo de décadas a defender o constructo unitário e neurofisiológico da IC, que incluíam simplesmente os factores relacionados com o Esquema Corporal^{4,7}.

Desta forma os conceitos de IC e EC têm vindo a ser, cada vez mais correlacionados, ajustando-se a dimensão subjectiva de índole imaginária e simbólica do primeiro com a a dimensão neurológica e sensorial do segundo.

Fisher em 1986, havia já assumido que estas dimensões se interrelacionam e que existe considerável influência das componentes emocionais e de personalidade no desenvolvimento e organização das características espaciais do esquema corporal⁴.

Em 1994, Slade propôs a organização sistémica do conceito de IC:



Esquema 1: Organização Sistémica do conceito IC.

Esta organização sistémica permite observar a influência dos factores históricos, culturais, sociais, individuais e biológicos que influenciam a capacidade de representação (simbólica e subjectiva) do tamanho, forma e experiência corporal^{4,7}.

ALTERAÇÕES DA IC NAS DOENÇAS DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR:

Nas DCA é determinante relevar as dimensões afectivas, perceptivas e cognitivas do conceito de IC, em correlação com a complexidade multidimensional da própria doença.

feminina^{8,9,10}. Discute-se também qual o seu papel na organização psicopatológica deste quadro.

Garfinkel e colaboradores (2002), tal como Slade em 1994, defendem que o distúrbio da IC nas DCA é um fenómeno multidimensional que envolve aspectos perceptivos, atitudinais e comportamentais, sendo essencial perceber os mecanismos associados às características psicopatológicas dos indivíduos com DCA e a sua relação e influência na forma como organizam subjectivamente a IC^{10,11}.

O conceito de IC nas DCA envolve duas componentes principais:



Hilde Brunch (1962) foi a primeira a postular, que a distorção da IC era um aspecto significativo e patológico na AN, aparentando ser uma distorção perceptiva, uma vez que os indivíduos com esta patologia, na sua generalidade, percebem as dimensões do seu corpo com significativo exagero em relação às suas dimensões reais, verificando-se a sobrestimação do tamanho do corpo, que poderá ser total ou parcial^{8,9,10}.

Apesar de haver um grande consenso de que as DCA envolvem um distúrbio da IC, discute-se se este é um aspecto específico destas doenças, uma vez que essa sobrestimação também se verifica na população em geral, e sobretudo na população

1) Estimação do tamanho do corpo (tarefa perceptiva);

2) Atitudes ou sentimentos em relação ao corpo. A primeira componente refere-se à capacidade / dificuldade em perceber as dimensões reais do próprio corpo. O segundo, está relacionado com factores cognitivos e atitudinais que avaliam a insatisfação pessoal e subjectiva que o doente sente em relação ao corpo ou partes do mesmo¹².

A maioria dos estudos sobre IC e Doenças do comportamento alimentar, conclui que a sobrestimação do tamanho do corpo não está sempre presente nas doentes com AN, sendo uma característica ligada à patologia cognitiva e afectiva do

processo de experiência corporal. Verifica-se também que, nos casos em que a sobrestimação está presente, os doentes apresentam uma atitude mais negativa em relação ao corpo e um maior neuroticismo avaliado através da escala SCL-90¹³.

Contudo, a natureza da distorção da IC é ainda controversa; discute-se se se trata de uma ideia delirante, de um distúrbio perceptivo ou de uma representação simbólica que reflecte a forma como os indivíduos se sentem com o seu próprio corpo.

As opiniões são convergentes no que diz respeito ao facto de se considerar que existe, nesta patologia, uma vivência corporal negativa e perturbada e um conflito que se focaliza em termos corporais. Nestes indivíduos a distorção da IC está em geral presente, mas na maior parte dos casos, essa distorção não é a causa do conflito, mas sim a sua consequência. É necessário perceber que para além do corpo ser o primeiro veículo de expressão das DCA, a problemática fulcral não reside, essencialmente, em aspectos de ordem fisiológica ou sócio-cultural (como a variação do conceito de beleza), mas fundamentalmente em aspectos relacionados com a história pessoal e familiar do sujeito que promovem um funcionamento psicopatológico.

COMO AVALIAR A IMAGEM CORPORAL NAS DOENÇAS DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR:

A multidimensionalidade do conceito da IC requer uma avaliação multi-factorial, na qual os aspectos cognitivos, neurológicos e afectivos devem ser tidos em conta, o que induz duas

questões fundamentais relacionadas com a IC:
"O que pensas parecer na realidade?";
"O que sentes parecer na realidade?"¹⁰.

A construção da IC resulta da experiência corporal subjectiva e deve ser avaliada de acordo com dois aspectos fundamentais:

- Subjectivo (Atitude corporal global positiva ou negativa);
- Perceptivo (Percepção global das dimensões e estimação do volume corporal)¹⁰.

De acordo com estas premissas, os instrumentos mais frequentemente utilizados para avaliar a IC nas DCA são: Entrevista Semi-estruturada (dados sociais, culturais e biográficos); Questionários de Auto-preenchimento e Métodos Perceptivos (formas quantificáveis de estimar a percepção individual do próprio corpo: Imagem Real; Imagem Ideal e Imagem Afectiva).

A maioria dos estudos que usa os métodos perceptivos para avaliar a IC nas DCA demonstra que não existe uma sobrestimação do tamanho corporal, considerando que estes doentes são capazes de estimar de forma adequada a forma e o tamanho do seu corpo. Podemos inferir que os doentes com perturbações do comportamento alimentar mantêm a sua capacidade perceptiva e o seu esquema corporal, e que este não é o problema principal na avaliação da IC. Por sua vez, estes doentes têm uma grande incapacidade de olhar e viver o próprio corpo, que está condicionada por um fraco equilíbrio das diferentes dimensões interrelacionadas, que contribuem para uma construção da IC estável, harmoniosa e completa^{4,12}.

QUESTIONÁRIOS DE AUTO-PREENCHIMENTO	
Doenças do Comportamento Alimentar	Psicopatologia Geral
<ul style="list-style-type: none">• Eating Disorders Inventory (EDI): avaliar a atitude, os sentimentos e os comportamentos relacionados com a conduta alimentar^{14,15};• Eating Atitude Test (EAT): avaliação da evolução da doença, sendo também utilizado para recolha de sintomas relacionados com a doença na população em geral¹⁶.	<ul style="list-style-type: none">• Dissociative Questionnaire (DIS-Q): experiências dissociativas, tais como, confusão de identidade, perda de controlo, amnésia e absorção¹⁷;• Symptoms Check-List (SCL-90): questionário global dos sintomas psiquiátricos¹³;• Beck Depression Inventory (BDI): avalia os aspectos subjectivos da depressão^{10,11,18};• Borderline Syndrome Index (BSI): quatro sub escalas que avaliam a baixa auto-estima, fracas relações interpessoais, lacunas na interacção social e problemas severos de identidade^{10,11};

AVALIAÇÃO ESQUEMA / IMAGEM CORPORAL	
Componente Subjectiva	Componente Perceptiva
<ul style="list-style-type: none">• Body Shape Questionnaire: preocupações acerca da forma corporal e sensação de peso a mais¹⁹;• Body Attitudes Questionnaire (BAQ): avaliação pacientes com DCA do sexo feminino, que mede as apreciações negativas em relação às dimensões corporais, fraca familiaridade com o corpo e insatisfação geral com o mesmo²⁰.	<ul style="list-style-type: none">• Quadro de silhuetas: apresentação de oito silhuetas corporais diferentes, que variam de muito magras a muito gordas^{10,11};• Método de distorção de Vídeo: imagem actual é transformada em mais larga ou mais estreita (fazer mais gordo como num espelho convexo)^{21,22}

Quadro 1: Instrumentos de Avaliação da IC.

CONCLUSÃO:

A IC é um conceito muito complexo, que integra a informação exteroceptiva (visual e tátil), as percepções e as interpretações de estímulos recebidos pelo corpo, experiências subjectivas de funções corporais (componentes afectivos e emocionais) e a opinião pessoal (constructos cognitivos) acerca do próprio corpo^{9,10}. Para uma avaliação mais fidedigna da IC nas doenças do comportamento alimentar, não se devem ter em conta apenas os aspectos perceptivos (informação visual e tátil), mas também, a influência dos aspectos afectivos, sócio-culturais e cognitivos sobre o modo como os indivíduos vivenciam o seu próprio corpo.

De forma a obtermos uma melhor compreensão acerca de cada caso, possibilitando o estabelecimento de um plano terapêutico mais efectivo, consideramos fundamental a padronização dos procedimentos de avaliação da IC nas DCA, assim como contemplar os componentes culturais.

Após esta revisão bibliográfica, a nossa intenção consiste em validar um conjunto de instrumentos de avaliação para os doentes portugueses com distúrbios do comportamento alimentar, e sua relação com a imagem corporal.

Pretendemos num futuro próximo, seleccionar os instrumentos que melhor se adaptam à nossa realidade terapêutica, que nos permitam entender melhor o quadro em causa e estruturar um projecto terapêutico consistente e multidisciplinar.

Uma vez que o corpo é o objecto fulcral da manifestação desta patologia, revelando uma

forte clivagem entre corpo e emoções, a abordagem de intervenção psicomotora deverá ser incluída neste projecto psicoterapêutico e multidisciplinar. A psicomotricidade é uma terapia de mediação corporal, a qual utiliza o corpo como instrumento de percepção da relação emocional. As experiências corporais proporcionadas (através da relaxação e expressividade) conduzem o indivíduo a uma melhor compreensão e insight da subjectividade da sua história pessoal e afectiva, tomando consciência global de si próprio na relação inter e intra-individual.

Bibliografia:

1. Kaplan & Sadock, *Comprehensive TextBook of Psychiatry* / VI, Vol. 2, Sixth Edition; pp. 1361-1364; 1995.
2. Sampaio, D.et al; *Doenças do Comportamento Alimentar – Manual para o Clínico Geral*; Prémio Bial de Medicina Clínica; 1998.
3. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (IV-TR), Washington DC: American Psychiatric Association, 4ª Edição; 2002.
4. Slade, P.; *What is Body Image?*; Behav.Res,Ther. Vol.32; No 5, pp 497-502; 1994.
5. Cunha, M.J.; *A Imagem Corporal*; Autonomia27; 2000.
6. Pancrazi-Bayer, M., Dosiere, A.; *Thérapie des troubles de l'image du corps associés à des troubles des conduites alimentaires; Images du Corps – Thérapie Psychomotrice et reserches*; Actes des XIIèmes Journées Annuelles de Thérapie Psychomotrice, No 100; pp144-151; 1994.

7. Cash, T.; Pruzinsky, T.; *Body Images – Development, Deviance and Change*; The Guildford Press, New York / London; 1990.
8. Casper, R. et al; *Disturbances in Body Image Estimation as related to other characteristics and outcome in Anorexia Nervosa*; British Journal of Psychiatry; No 134; pp 60-66; 1985.
9. Birchnell, S. Et al; *Body Image Distortion in Bulimia Nervosa*; British Journal of Psychiatry, No 147; pp 408-412; 1985.
10. Probst, M.; *Body experience in Eating Disorder Patients*; Doctoral Dissertation; Katholieke Universiteit Leuven; Biomedical Sciences; Faculty of Physical Education and Physiotherapy; 2002.
11. Probst, M.; Rodrigues, D.; *les Possibilités de la Thérapie Psychomotrice chez les patients atteintes d'anorexie mentale*; Revista de Educação Especial e Reabilitação; Vol. 9; No 1; pp 7-10; 2002.
12. Skrzypek, S. Wehmeier, P.M.; Remschmidt, H.; *Body Image Assessment using body size estimation in recent studies on anorexia nervosa*; European Child & Adolescent Psychiatry; 10:215-221; 2001.
13. Derogatis, L.R.; *SCL-90-R (revised) Version Manual I*. – Clinical Psychometrics Research Unit – John Hopkins University School of Medicine; 1977.
14. Pellet, J.; *Le Eating Disorder Inventory; Le Eating Attitudes Test; L'Évaluation Clinique Standardise en Psychiatrie*; TomeII; pp 731-735; Éditions Médicale Pierre Fabre; 1997.
15. Garner, D.M. & Olmsted, M.P.; *Manual for Eating Disorder Inventory (EDI)*, 1983 – EdI, Manual Supplement, 1986, Psychological Assessment Resources, INC, Canada.
16. Pellet, J.; *Le Eating Attitudes Test; L'Évaluation Clinique Standardise en Psychiatrie*; TomeII; pp 723-727; Éditions Médicale Pierre Fabre; 1997.
17. R.J., *The Dissociation Questionnaire (DIS-Q): Development and Characteristics of a new self-report questionnaire*. Clinical Psychology and Psychotherapy 1, 21-27; .
18. Beck, A.T. & Beamesderfer A.; *Assessment of Depression: The Depression Inventory. Psychological Measurements in Psychopharmacology*. Mod. Probl. in Pharmacopsychiatry, 7, 151-159, ed. P. Pichot, Paris, Karger, Basel, 1974.
19. Cooper, P.Y.; et al. *The development and validation of the Body shape Questionnaire*, Int J. Ect Disord, 6: 485-494; 1987.
20. Ben-Tovim, D.I. & Walker, M.K.; *The development of the Ben-Tavin Walker Body Attitudes Questionnaire (BAQ), a new measure of women's attitudes towards their own bodies*. Psychol. Med; 21: 775-784.L; 1991.
21. Freeman R.J.; et al. *A modified video camera for measuring body image distortion: technical description and reliability*. Psychol. Med; 14: 411-416; 1984.
22. Probst, M. Et al; *Body Image Assessment in Anorexia Nervosa in Patients and University Students by means of Video Distortion*; Journal of Psychosomatic Research; Vol. 30; No 1; pp 89-97; 1992.