

# Anorexia nervosa e retardo mental

## *Anorexia nervosa and mental retardation*

Adriana Trejger Kachani<sup>1</sup>, Táki Athanássios Cordás<sup>2</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** Revisar a literatura pertinente, observando a prevalência, etiopatogenia, aspectos nutricionais, diagnóstico e tratamento da anorexia nervosa (AN) em pacientes com retardo mental (RM). **Método:** Revisão bibliográfica realizada nos sistemas Medline, SciELO e PubMed usando os descritores “transtornos alimentares”, “anorexia nervosa” e “retardo mental”. **Resultados:** A AN pode se manifestar de formas atípicas em indivíduos com RM, exigindo critérios diagnósticos específicos. O mais utilizado atualmente é o *Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorders for Use with Adults with Learning Disabilities/Mental Retardation*, conhecido por DC-LC. A prevalência é incerta e o tratamento ainda não está estabelecido, apesar de exigir treinamento específico da equipe. A alimentação costuma ser “pobre” e alimentos que engordam normalmente são evitados. Na maioria das vezes, é difícil acessar a complexa psicopatologia da AN nesses pacientes, em virtude das dificuldades de obter o relato de insatisfação e/ou distorção da imagem corporal, baixa autoestima e crenças alimentares. **Conclusão:** Muitos fatores indicam a necessidade de maiores estudos de AN no RM, entre eles a falta de critérios diagnósticos próprios validados e diretrizes para tratamento. Paralelamente, o debate da forma de acesso à conceitualização e ao tratamento dos distúrbios da imagem corporal nessa população deve ser intensificado.

### Palavras-chave

Retardo mental, anorexia nervosa, adultos.

### ABSTRACT

**Objective:** To review prevalence, etiopathogenesis, nutritional aspects, diagnostic and treatment in patients with MR and anorexia nervosa (AN). **Method:** A literature review was carried out in Medline, SciELO and PubMed using the key words “eating disorders”, “anorexia nervosa” and “mental retardation”. **Results:** Anorexia nervosa may have an atypical presentation in patients with MR, and therefore requires specific diagnostic criteria. It is currently used the *Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorders for Use with Adults with Learning Disabilities/Mental Retardation* (DC-LC). There are no recommendations on treatment either but the care team requires specific training. Eating is usually “poor” and fattening foods are often avoided. It is most often difficult to access the complex psychopathology of AN in these patients due to difficulty obtaining an account of dissatisfaction and/or distorted body image, low self-esteem, and food beliefs. **Conclusion:** There is a need for further studies investigating AN in patients with RM, especially because there are no validated diagnostic criteria and guidelines for treatment. In addition, the discussion on how to approach these patients as well as on the conceptualization and treatment of body image disorders in this population should be stimulated.

### Keywords

Mental retardation, anorexia nervosa, adults.

Recebido em  
20/10/2010  
Aprovado em  
18/1/2011

1 Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Hospital das Clínicas, Instituto de Psiquiatria, Programa de Atenção à Mulher Dependente Química (PROMUD-IPq-HC/FMUSP).  
2 IPq-HC/FMUSP, Programa de Transtornos Alimentares (Ambulim).

Endereço para correspondência: Adriana Trejger Kachani  
Rua Bahia, 945, ap. 71 – 01244-001 – São Paulo, SP  
Telefax: (11) 3511-3888/Celular: (11) 8276-9299  
E-mail: drikachani@uol.com.br

## INTRODUÇÃO

A característica essencial do retardo mental (RM) consiste em um funcionamento intelectual significativamente inferior à média, acompanhado de limitações no funcionamento adaptativo em pelo menos duas das seguintes áreas de habilidades: comunicação, autocuidado, vida doméstica, habilidades sociais/interpessoais, uso de recursos comunitários, autossuficiência, habilidades acadêmicas, trabalho, lazer, saúde e segurança. O RM divide-se em quatro níveis de gravidade, variando entre o RM leve e o RM profundo. A adaptação à sociedade e a possibilidade de adquirir habilidades sociais e profissionais adequadas para um custeio mínimo das próprias despesas dependem do nível de gravidade do indivíduo, embora graus variados de supervisão, orientação e assistência sejam em geral necessários<sup>1</sup>.

A prevalência do retardo mental tem sido estimada em 1% da população geral e é 1,5 vez mais comum entre homens do que entre mulheres<sup>2,4</sup>. Dessa forma, estima-se que 650 milhões de indivíduos tenham RM, a maioria deles residindo em países desenvolvidos, com idade pediátrica<sup>3</sup>. De acordo com um censo realizado pela Organização das Nações Unidas (ONU), cerca de 5% da população brasileira apresentam algum tipo de RM<sup>5</sup>, uma alta taxa de prevalência se comparada com a de outros países em desenvolvimento como o México, cuja prevalência encontrada recentemente foi de 4,2/10.000 recém-nascidos com RM<sup>4</sup>.

Apesar dos autores clássicos não acreditarem na possibilidade de indivíduos com RM apresentarem transtornos do humor, sabe-se hoje que o RM é fator de risco para transtornos psiquiátricos, em especial a depressão<sup>6,7</sup>. Em adolescentes, a prevalência de transtornos do humor é significativamente alta, mormente em mulheres<sup>8</sup>. No entanto, poucos trabalhos têm aprofundado o estudo da associação de deficiência mental e transtornos alimentares (TA), sejam clínicos ou epidemiológicos, dificultando o reconhecimento e a assistência a esse tipo de paciente.

Os TA são síndromes comportamentais cujos critérios diagnósticos têm sido amplamente estudados nos últimos 30 anos. Os principais transtornos alimentares – anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno alimentar não especificado – compartilham aspectos psicopatológicos comuns, entre eles a preocupação com o peso e a forma do corpo, bem como o medo de engordar<sup>9</sup>. Essa ideia leva os pacientes a se engajarem em dietas restritivas e a utilizarem métodos inapropriados para alcançarem um corpo idealizado. Consequentemente, os pacientes têm um controle considerado patológico do peso corporal, associado a distúrbios da percepção do formato de seus corpos, levando a um comportamento alimentar gravemente perturbado<sup>9</sup>. A dificuldade em expressar com clareza os complexos sinais e sintomas próprios dos TA ocasiona apresentações clínicas quase sempre atípicas, complicando a confirmação do diagnóstico<sup>10</sup>.

Considerando que os TA são doenças graves que podem piorar a qualidade de vida e aumentar a mortalidade nessa população<sup>11</sup>, o objetivo deste trabalho é revisar a literatura pertinente, observando a prevalência, etiopatogenia, diagnóstico, aspectos nutricionais e tratamento da AN em pacientes com RM.

## METODOLOGIA

A revisão bibliográfica foi realizada nos sistemas Medline (*Index Medicus*), SciELO e PubMed utilizando os descritores “retardo mental”, “transtornos da alimentação” e “anorexia nervosa”, em língua portuguesa e inglesa. Em virtude do escasso número de trabalhos, não foi estabelecida nenhuma restrição quanto ao período de publicação do artigo para ser incluído nesta revisão. Foi realizada também pesquisa manual em revistas especializadas e livros de referência na área de psiquiatria e transtornos alimentares.

## RESULTADOS

Foram encontrados 34 trabalhos que tratam de RM e AN, todos em língua inglesa. Apenas 12 desses artigos estavam disponíveis para leitura nos bancos de dados brasileiros; dentre eles, oito eram estudos de caso. Nenhum livro de referência abordou diretamente o assunto, eles foram utilizados neste artigo somente para esclarecer conceitos pertinentes ao tema.

O primeiro relato de caso de AN em um paciente com RM data de 1979: adolescente de 15 anos, com RM, vivia no subúrbio de Boston (Estados Unidos), onde frequentava a escola pública regular. A menarca aos 10 anos foi uma experiência traumática. O atraso no desenvolvimento fez com que perdesse os amigos aos poucos. Nessa época iniciou tratamento psicoterápico, que não prosseguiu. Aos 12 anos ficou amenorreica. Aos 13 anos teve sua primeira internação, seguida de outra aos 15 anos, quando foi transferida para uma instituição para indivíduos especiais. Nesse momento, começou a recusar comida e a perder peso, sempre alegando que estava muito gorda. Muito deprimida e ansiosa, foi internada na enfermaria da instituição, com a intenção de recuperar o peso. Após 50 dias de tratamento medicamentoso e programa de modificação de hábitos alimentares, recuperou 5 kg e teve alta da enfermaria. Seis meses depois já havia recuperado 10 kg, e a menstruação bem como o humor foram normalizados. O caso discute também a relação entre uma inteligência abaixo da média populacional e a apresentação de sintomas de anorexia nervosa<sup>12</sup>.

Outros casos de AN em pacientes com RM têm sido relatados desde então, incluindo indivíduos com síndrome de Down<sup>13-17</sup> e fenilcetonúria<sup>18</sup>. A maioria dos casos é comórbida com depressão; um deles é associado ao transtorno obses-

sivo-compulsivo<sup>17</sup> e outro ao transtorno de personalidade *borderline*<sup>10</sup> (Figura 1).

CID-10 MR	DC-LC
<p>a) Peso corporal é mantido pelo menos 15% abaixo do esperado (perdido ou não alcançado) ou IMC igual a 17,5 kg/m<sup>2</sup> ou menos. Pacientes pré-puberais devem apresentar falha no ganho de peso esperado para essa fase</p> <p>b) A perda de peso é autoinduzida com a evitação de "alimentos que engordam" e um ou mais dos seguintes comportamentos: vômito autoinduzido; purgação autoinduzida; atividade física excessiva; uso de anorexígenos e/ou diuréticos</p> <p>c) Existe uma distorção da imagem corporal na forma de uma psicopatologia específica em que o medo de engordar persiste numa ideia intrusiva e supervalorizada e o paciente se impõe um baixo peso limitrofe</p> <p>d) Um transtorno endócrino generalizado envolvendo o eixo hipotalâmico-hipofisário-gonadal é manifestado em mulheres como amenorreia e em homens como uma perda de interesse e potência sexuais. Pode haver também elevados níveis de hormônio do crescimento, aumentados níveis de cortisol, alterações periféricas no metabolismo de hormônios tireoidianos e anormalidades na secreção de insulina</p> <p>e) Se o início é pré-puberal, a sequência de eventos da puberdade é demorada ou mesmo detida (o crescimento cessa; nas garotas, as mamas não se desenvolvem e há amenorreia primária; nos garotos, os genitais permanecem juvenis). Com a recuperação, a puberdade é com frequência completada normalmente, porém a menarca é tardia</p>	<p>a) Os sinais e sintomas não são consequência direta de outros transtornos psiquiátricos (p. ex.: desordens psicóticas não afetivas, episódios depressivos, transtorno obsessivo-compulsivo)</p> <p>b) Compulsão alimentar (consumir comida em excesso no período de duas horas) <i>não ocorre</i>, ou ocorre menos do que duas vezes por semana no período dos últimos três meses</p> <p>c) Deve haver uma perda significativa de peso ou uma falha na tentativa de recuperar o peso, de forma que a perda de peso seja mantida. Isso deve ser preferencialmente confirmado com o IMC abaixo de 17,5 kg/m<sup>2</sup></p> <p>d) Dois dos seguintes sintomas devem estar presentes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perda de peso autoinduzida pela evitação de açúcar, amido, carboidrato, proteína animal e outros alimentos ricos em gordura</li> <li>2. Vômito autoinduzido e/ou purgação com laxantes e/ou atividade física repetitiva e prolongada e/ou uso de anorexígenos, água ou outras medicações redutoras de peso</li> <li>3. Distorção de imagem corporal. Exemplos incluem perceber-se gordo e/ou medo de ficar gordo e/ou autoimposição de magreza excessiva</li> <li>4. Disfunção nos hormônios sexuais, ou seja, amenorreia nas mulheres e perda do interesse sexual e impotência nos homens</li> </ol>

Fontes: World Health Organization (WHO), 1996, e Royal College of Psychiatrists, 2001.

**Figura 1.** Critérios diagnósticos de AN segundo a CID-10 MR e DC-LC.

## Prevalência

Trabalhos epidemiológicos a respeito da associação entre transtornos alimentares e retardo mental têm sido realizados desde 1978, e na maioria das vezes conduzidos em populações institucionalizadas e pacientes com idades variadas. Além da seleção da amostra, outro problema frequente são os critérios diagnósticos utilizados, que muitas vezes incluem sintomas como pica e comportamentos decorrentes da própria síndrome como a de Prader-Willi entre os TA<sup>19</sup>. Em metanálise realizada no ano de 2000, foi encontrada uma prevalência flexível como 3% a 42% em adultos institucionalizados e de 1% a 19% em pacientes que viviam na comunidade<sup>11</sup>.

Talvez a elasticidade na prevalência seja decorrente da diferença nas populações estudadas e dos múltiplos critérios adotados para o diagnóstico de TA em pacientes com RM – critérios esses que serão detalhados ainda nesta revisão. Somente dois trabalhos avaliaram especificamente a prevalência de AN. No primeiro, foram encontrados problemas alimentares crônicos em 42% da população com RM (p. ex.: pica, hiperfagia, ruminação e outros); entre eles, 7% com AN<sup>20</sup>. Mais recentemente, com critérios diagnósticos mais rígidos e preconizados pelo *Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorders for Use with Adults with Learning Disabilities/Mental Retardation* (LC-DC)<sup>21</sup>, numa pesquisa que envolveu uma população de 412 indivíduos com RM que viviam na costa oeste da Noruega, foi encontrada uma prevalência de 27% de TAs. A prevalência de AN nessa amostra foi de 1,6%, o que se relacionou diretamente com a gravidade do RM: indivíduos com retardo mental mais grave estavam mais propensos a desenvolver AN, principalmente entre a população mais jovem, entre 18 e 39 anos. Nesse trabalho, diferenças de gênero na prevalência de AN não foram encontradas. O autor apontou ainda prevalência de 19% de transtorno de compulsão alimentar periódica, 1,3% de bulimia nervosa e recusa alimentar (conceito esse de difícil interpretação, não esclarecido no artigo) e 0,3% de vômito psicogênico<sup>19</sup>.

## Diagnóstico

Em 1982, foi proposta uma classificação bidimensional para diagnosticar indivíduos com RM e TA<sup>22</sup>. Essa classificação se baseava na suposta etiologia do problema alimentar, classificando-a em comportamental, oral, neuromotora, biológica e da própria doença – que atualmente se acredita serem categorias de difícil individualização – e nos tipos de comportamentos inadequados relacionados à alimentação, por exemplo, roubo de comida, alimentação desordenada, pica, ruminação e regurgitação<sup>11</sup>. Anos mais tarde, foi sugerida uma classificação tridimensional, em que se observavam novamente as hipotéticas causas dos problemas alimentares (ambiental, comportamental, desordens neuromotoras), as áreas alimentares afetadas (autoalimentação, deglutição) e os comportamentos alimentares inadequados<sup>23</sup>.

A CID-10<sup>24</sup> apresenta critérios diagnósticos para AN típica (F 50.0) e atípica (F 50.1) e bulimia nervosa (F 50.2). O manual menciona ainda, sem apresentar critérios diagnósticos definidos, superalimentação psicogênica (F 50.4) e vômito psicogênico (F 50.5). Em sua versão para o retardo mental, a CID-10 MR<sup>25</sup> apresenta critérios diagnósticos semelhantes para a AN (Figura 1) e ainda permite que se usem as classificações dos transtornos da alimentação da primeira infância como ruminação (F 98.2), recusa alimentar (F 98.2) e pica (F 98.3) da CID-10 em indivíduos com RM. Nesse caso, são classificados como transtornos alimentares não especificados (F 50.8). Porém, diagnosticar TA em pacientes com RM usando a CID-10 MR tem sido muito questionado, uma vez que muitos pacientes

**Tabela 1.** Relatos de caso de AN e RM publicados

Autor e ano de publicação	Dados sobre o paciente	Sinais e sintomas de AN	Desencadeante da AN	Tratamento	Medicação	Desfecho
Hurley e Sovner, 1979 <sup>12</sup>	Aos 14 anos: QI total = 62 QI verbal = 62 QI <i>performance</i> = 66 Depressão desde a menarca	Amenorreia, queixas a respeito do corpo, recusa alimentar. Costumava cuspir a comida e/ou jogá-la no chão	Menstruação precoce aos 10 anos	Multivitamínicos e suplementos hipercalóricos. "Tratamento comportamental" não especificado no estudo de caso	Tioridazina 100 mg, retirada após 105 dias	Alta após 50 dias, 5 kg recuperados. Após 6 meses, recuperação de 10 kg e melhora da depressão, e menstruação restabelecida. Após 2 anos, a paciente continuava bem
Cottrell e Crisp, 1984 <sup>13</sup>	Síndrome de Down; QI = 53 Depressão	Queixas a respeito do corpo, de dificuldade de engolir, seletividade alimentar, indução de vômitos. Costumava esconder a comida para não ter que consumi-la	Morte da avó que convivia com a paciente, do tio e de amigo da escola. Nova política de independência que incentivava a ser bonita e namorar	Internação incluindo terapia individual, terapia familiar, realimentação e repouso	Sem medicação	Após 5 meses de internação, menstruação restabelecida, se alimentando adequadamente, porém abaixo da meta de peso. No primeiro ano perdeu peso, porém após 3 anos de tratamento ambulatorial a paciente teve alta
Szimanski e Biederman, 1984 <sup>14</sup>	33 anos, síndrome de Down, RM moderado	Perda extrema de peso decorrente de recusa alimentar, se autorreferia como "roliça". História de obesidade na adolescência. Amenorreia.	-----	Internação de 3 dias, seguida de tratamento ambulatorial incluindo terapia comportamental e terapia individual.	Amitriptilina (75 mg/dia) e perfenazina (4 mg/dia)	Medicação retirada após 10 meses e recuperação de 15,4 kg. Após 3 anos, a paciente continuava bem.
Holt, 1988 <sup>15</sup>	33 anos, sexo masculino Síndrome de Down, idade mental de 7,2 anos Depressão	Recusa alimentar alegando que a garganta dóia	-----	Internação com alimentação enteral, ECT, todos sem resultado. Após 8 meses, transferência para outro hospital, onde foi introduzido método de reforço positivo com estrelas no mural	Antidepressivos não especificados	Após 2 anos, paciente continuava bem
Morgan, 1989 <sup>16</sup>	Síndrome de Down Depressão, colecionismo Insulinoma	Perda de peso decorrente de recusa alimentar. Indução de vômitos. Amenorreia	Mudança de casa do irmão mais velho	Hospital-dia para retardo mental. Incentivo à socialização, sem confrontar a alimentação. Aconselhamento familiar	Clomipramina, sem resultados. Diazoxida 100 mg/dia e ácido fólico	Recuperação de 20 kg, ampliação do repertório alimentar, menstruação regular, melhora do humor e sono, maior socialização. Ainda medicada com tioridazina
Raitasuo <i>et al.</i> , 1998 <sup>17</sup>	32 anos, sexo masculino, síndrome de Down, RM moderado Transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno ansioso, transtorno depressivo. História de ideação suicida	Rejeição de alimentos que considerava calóricos, excessiva checagem corporal, indução de vômitos. Agitação quando se tentava discutir a dieta. Escondia alimentos. Perda de 15,8 kg (mais de 23% de seu peso)	Aos 30 anos, quando foi transferido contra vontade para uma nova residência especializada em RM	Internação em instituição psiquiátrica especializada em RM com orientação psicoeducacional	Citalopram 40 mg, Cisaprid. Suplemento alimentar hipercalórico, hiperproteico	Após 6 meses, com 60 kg, o suplemento foi retirado e o paciente voltou a trabalhar, com bom desempenho e socialização. Citalopram foi mantido
Clarke <i>et al.</i> , 1991 <sup>18</sup>	17 anos. QI aos 9 anos: QI total = 60 QI verbal = 76 QI <i>performance</i> = 50 Fenilcetonúria. Epilepsia focal Comportamento social inadequado e transtorno de conduta	Aos 14 anos, preocupação excessiva com o corpo, e introdução de dieta restritiva. Recusa de comer com outras pessoas. Perda de 8 kg em 2 meses. Amenorreia, distorção de imagem corporal e compulsões alimentares que incluíam roubos e uso de transporte público sem pagamento	Nova namorada do pai, somente 10 anos mais velha do que a paciente	Internação em ala especializada para RM Não conseguiu seguir dieta baixa em fenilalanina, pois roubava leite, mas dieta hipoproteica obteve bons resultados	Clorpromazina e carbamazepina	Segue dificilmente com dieta hipoproteica, com fenilalanina sérica controlada. Transtorno alimentar controlado. Atualmente reside em local especializado para RM e está com sobrepeso
Dymek e Le Grange, 2002 <sup>10</sup>	21 anos QI total internação = 69 QI total alta = 78 Personalidade <i>borderline</i> , psicose, transtorno depressivo, tentativa de suicídio	Recusa alimentar, indução de vômitos, insatisfação corporal, perda acentuada de peso. Alucinações que incluíam boneca que chamava de gorda e ordenava que purgasse o que comesse	Não detalhado, somente citado que ocorreu alguns meses antes da primeira internação por tentativa de suicídio	Várias internações curtas intercaladas com tratamento ambulatorial. No ambulatório, terapia individual comportamental, com reforço positivo	Haldol 10 mg/dia Risperidona 4 mg/dia Paroxetina 20 mg/dia	Segue em acompanhamento ambulatorial. Após 3 meses, o ganho de peso foi satisfatório e sem comportamentos alimentares e purgativos inadequados. A psicose está controlada, e apenas a depressão ainda se encontra presente

RM: retardo mental.

têm comunicação limitada e dificuldade em abstrair certos conceitos importantes, como já referido. A classificação também não utiliza a metodologia de classificação hierárquica, tão importante quando se trata desse tipo de paciente<sup>11</sup>.

Assim, o profissional de saúde mental tem um grande desafio clínico à sua frente: quando um comportamento alimentar inadequado é considerado um transtorno geralmente diagnosticado pela primeira vez na infância ou adolescência relacionado ao quadro de RM e quando ele pode ser considerado um TA. O conceito de TA implica que a sintomatologia alimentar afeta adversamente a saúde física (incluindo o peso), mental ou funcionamento social do indivíduo<sup>1</sup>. Se for considerado o risco múltiplo de problemas desse tipo que acometem o indivíduo com RM, existe o risco de sobreposição dos dois diagnósticos, principalmente porque alterações cognitivas no âmbito alimentar e cuidados pessoais, ou seja, a expressão da deficiência mental no domínio alimentar, poderiam simular um TA primário<sup>26</sup>.

Elaborado em 2001 pelo *Royal College of Psychiatrists*, o DC-LC<sup>21</sup> pretende ser mais explícito no diagnóstico diferencial hierárquico entre TAs e transtornos da alimentação nessa população, pois exige o relato de informantes antes que seja realizado o diagnóstico, além de esse ser realizado transversalmente<sup>26</sup>. Segundo o *Royal College of Psychiatrists*<sup>21</sup>, os critérios diagnósticos são:

1. Índice de massa corpórea (IMC): menor do que 17 kg/m<sup>2</sup>.
2. Peso: em declínio ou manutenção do baixo peso.
3. Ingestão alimentar: pobre e evitação de alimentos gordurosos.
4. Compulsões alimentares: menos do que duas ocasiões.
5. Vômitos: podem ou não acontecer.
6. Outros: jejuns, exercícios físicos compulsivos, purgações, distorção de imagem corporal, disfunção de hormônios sexuais.

Em relação ao diagnóstico diferencial, o DC-LC<sup>21</sup> sugere como diagnóstico diferencial para AN os seguintes quadros clínicos e psiquiátricos:

1. Doenças clínicas: perda de peso crônica relacionada a dietas específicas, câncer, doença de Crohn, doenças mal-absortivas, síndromes metabólicas e síndrome da artéria superior mesentérica (que ocasiona vômitos pós-prandiais e obstrução gástrica).
2. Doenças psiquiátricas: autismo, personalidade psicótica, transtornos afetivos, do humor, somatoformes, obsessivo-compulsivos e de personalidade.

### Fatores precipitantes

A AN em adultos com RM parece estar relacionada com experiências anteriores referentes a alimentação, dinâmica familiar, forma de lidar com luto e temas sexuais, regressão psiquiátrica e física<sup>11</sup>. Apesar da AN em pacientes com RM não

ter sua etiologia muito bem elucidada, estudos de caso têm demonstrado que em pacientes portadores de síndrome de Down os sintomas da doença podem aparecer na época da menarca ou tardiamente, quando o indivíduo consegue se deparar com os questionamentos típicos dessa fase da vida<sup>13</sup> – ao contrário de indivíduos sem RM, nesses pacientes deve-se considerar a idade de desenvolvimento, e não a idade cronológica como é de costume. É o que se observa no primeiro caso do gênero relatado<sup>12</sup>, cuja menarca ocorreu precocemente aos 10 anos, exigindo um desenvolvimento psicossocial diferente dos amigos, separando-os. Num outro relato de caso, novos incentivos sexuais concomitantes à perda de parentes próximos foram fatores decisivos para o desenvolvimento de TA<sup>13</sup>.

Até onde é do nosso conhecimento, o único caso até hoje relatado em uma paciente com fenilcetonúria, seus sintomas de anorexia nervosa começaram a aparecer 12 meses após a menarca, no momento em que seu pai, que não ela via há três anos, reapareceu com uma namorada apenas 10 anos mais velha do que a paciente, o que pode tê-la levado a questionar sobre seu corpo e forma física<sup>18</sup>.

À semelhança de pacientes com TA sem RM, alguns pacientes desenvolvem a doença após serem ridicularizados pelos amigos por causa de seu peso e forma física<sup>10,14</sup>. O sentimento de contrariedade e perda de controle da vida, fato inevitável quando o indivíduo possui RM de qualquer nível, também é relatado na literatura como desencadeador de TA nessa população<sup>17</sup>.

### Aspectos alimentares

Muitas vezes, os recursos usados pelo paciente com RM na busca da perda de peso intencional carecem de sofisticação na sua dissimulação, comportamento frequente entre pacientes com TA, levando o clínico atento ao reconhecimento rápido e evidente de sua motivação<sup>10</sup>. Paralelamente, poucos pacientes conseguem estabelecer linearidade entre purgações e/ou atividade física com a perda de peso<sup>12</sup>. Num dos casos encontrados, a paciente cuspiu na bandeja ou jogava a comida no chão. Quando questionada sobre o que havia feito, recusava-se a responder<sup>12</sup>. Outra paciente afirmava que não podia engolir. No momento em que foi comprovado que não havia nenhum problema orgânico que a impedisse de engolir, a paciente começou a ficar seletiva<sup>13</sup>. Num outro relato de caso, a paciente dizia que ia vomitar, pois sua boneca (imaginária) “Chuckie” achava que ela estava muito gorda<sup>10</sup>.

A inadequação social que algumas vezes atinge o paciente com RM, aliada a pensamentos obsessivos relacionados à comida, pode levar o paciente com AN a problemas legais, como acontecia com uma paciente que, em momentos de compulsão alimentar, entrava em restaurantes com serviço de *buffet* à beira da estrada de ferro e se satisfazia sem pagar. Numa ocasião, foi presa ao roubar um pedaço de bolo. Nes-

se caso específico, a paciente, portadora de fenilcetonúria, tinha as compulsões alimentares exacerbadas pelo descontrole das concentrações séricas de fenilalanina<sup>18</sup>.

## Tratamento

A escassez de estudos também se reflete na ausência de protocolos de tratamento para pacientes com AN e RM. Na maioria dos casos, os profissionais obtiveram bons resultados fazendo uso de abordagem comportamental, medicação psicoativa e realimentação em casos isolados ou em número restrito.

A exemplo do que ocorre com pacientes com RM e distúrbios do comportamento<sup>27</sup>, na maioria dos casos apresentados foram utilizados antipsicóticos como tioridozina, haloperidol e risperidona<sup>10,12</sup>. Antidepressivos inibidores seletivos da recaptação serotoninérgica (ISRS) como paroxetina e citalopram<sup>10,17</sup> e antidepressivos tricíclicos como amitriptilina e nortriptilina também já foram utilizados<sup>14,16</sup>. Porém, a indicação psicopatológica do uso de antipsicóticos e antidepressivos nesses pacientes não é descrita adequadamente.

Em relação ao tratamento nutricional, os objetivos são os mesmos que no tratamento convencional para a AN: avaliar o consumo alimentar e as possíveis deficiências nutricionais; elaborar um plano alimentar visando ao restabelecimento do peso corporal adequado; corrigir sequelas fisiológicas da desnutrição; normalizar o padrão alimentar; normalizar a percepção de fome e saciedade; melhorar a relação do paciente com o alimento e o corpo; promover hábitos alimentares saudáveis<sup>28-30</sup>. Porém, a forma de tratar e o modo de lidar com o problema devem ser diferentes, tendo em mente desenvolver ao máximo o potencial do paciente, sem se esquecer de considerar especificidades de cada síndrome. Dessa forma, enfoques comportamentais são importantes e a participação familiar é fundamental. Os responsáveis devem acompanhar a alimentação do paciente e não ter vergonha de dar ordens de ação, tais como: “coma mais”, “não corte o alimento em pedaços tão pequenos”, entre outras. Em casos de pacientes com maior autonomia, deve-se sugerir novas formas de preparo dos alimentos, com apresentações diferenciadas e melhor aproveitamento de nutrientes<sup>5</sup>.

Uma vez que a AN pode ser uma defesa contra conflitos relacionados à sexualidade e aos novos desafios da adolescência, a psicoterapia é indicada como alternativa da forma de expressão dessas vivências<sup>31,32</sup>. Considerando que pacientes com RM possuem a expressão verbal prejudicada, esses pacientes têm dificuldade em revelar sentimentos tais como angústia e culpa, entre outros<sup>33</sup>. Por outro lado, os pacientes com RM têm uma estrutura cognitiva lógica que depende de referências concretas, o que sugere que a terapia cognitivo-comportamental (TCC) – em que não existe a preocupação em entender por que certos fatos acontecem, mas sim focar o aprendizado de novos comportamentos relacionados à raiva, adaptação social e sexualidade – seja a

mais indicada<sup>33,34</sup>. Paralelamente, deve-se considerar que os tratamentos para TA mais modernos adotam a TCC<sup>33,34</sup>, o que reforça essa orientação psicoterápica como primeira escolha para casos de RM e AN.

Um dos casos relatados na literatura é especialmente interessante, na medida em que exclui o tratamento medicamentoso e incluiu somente programa de realimentação, mudanças no comportamento alimentar, terapia individual e parental – apesar de o artigo não esclarecer que linha psicoterápica foi seguida. As sessões de psicoterapia individual focaram o despertar da sexualidade, novas mudanças na dinâmica familiar e a questão da morte, muito presente na vida da paciente em questão. Já as sessões com os pais trataram da aceitação do crescimento e desenvolvimento da sexualidade da filha, da culpa por terem gerado uma filha especial e das expectativas futuras em relação a ela<sup>13</sup>.

De qualquer forma, sabe-se que o melhor resultado está na combinação do trabalho em equipe interdisciplinar com profissionais da área de psiquiatria, nutrição, psicologia, acompanhante terapêutico, terapeuta ocupacional, entre outros<sup>34</sup>.

## DISCUSSÃO

Todos os estudos de caso encontrados focaram as dificuldades diagnósticas derivadas da difícil comunicação, conceitualização, acesso à imagem corporal e possibilidade de diagnóstico diferencial encontrados nos pacientes com RM. A discussão é pertinente, visto o impacto do diagnóstico dos TA no peso, saúde física e mental e o impacto funcional de pacientes, visto que seus critérios ainda não estão estabelecidos<sup>11</sup>.

Uma diferença entre os critérios diagnósticos do LC-DC<sup>21</sup>, CID-10<sup>25</sup> e DSM-IV<sup>1</sup> é o fato de que o primeiro insere todos os tipos de TA dentro da mesma categoria, enquanto os dois últimos separam-nos em TA e transtornos geralmente diagnosticados pela primeira vez na infância ou adolescência. Mas talvez a maior diferença seja que problemas relacionados à imagem corporal não são critérios diagnósticos para AN no LC-DC, e excluir esse critério talvez seja responsável por falsos-positivos nessa população<sup>19</sup>.

Dessa forma, é necessária atenção ao realizar o diagnóstico. O conceito de TA implica uma psicopatologia que afeta a funcionalidade do indivíduo. Visto que pacientes com RM muitas vezes não são funcionais, ser ou não “funcional” não é critério diagnóstico de AN nessa população<sup>19,26</sup>.

O fato de muitos psiquiatras clínicos possuírem pouca experiência com RM faz com que acreditem que esses indivíduos não tenham sentimentos particulares, uma vez que têm dificuldade em exprimir-se e comunicar-se. Especialmente nos casos leves e moderados, os transtornos psiquiátricos e a AN em particular demonstram que os sentimentos existem

e que muitas vezes os problemas são subdiagnosticados e não tratados, por esses indivíduos não conseguirem se expressar e demonstrar que algo está errado em suas vidas<sup>12</sup>. Em alguns casos em que a linguagem é menos prejudicada, o paciente consegue expressar sentimentos de culpa, tristeza, insatisfação, entre outros, por meio de queixas somáticas e sensação de “estar doente”<sup>14</sup>.

As mudanças hormonais, comportamentais e psicológicas causadas pela adolescência devem ser observadas nesse tipo de paciente. Nessa fase, a opinião dos pares e a necessidade de busca da própria identidade podem assumir proporções não realistas também para pacientes com RM<sup>18</sup>.

## CONCLUSÃO

A AN em pacientes com RN pode estar associada a consideráveis prejuízos clínicos, psiquiátricos, psicológicos, comportamentais e sociais. Sua etiologia multifacetada e desconhecida, assim como a falta de um protocolo de tratamento, prejudica a evolução desses pacientes. Tendo em vista a cronicidade e a gravidade do problema, profissionais devem ser formados e bem treinados a fim de oferecer assistência adequada. Considerando que o tratamento de TA, bem como o de RM, requer uma equipe multidisciplinar, acredita-se que essa seja a melhor formação também para o caso específico de pacientes com RM e AN.

Apesar da necessidade de programas de prevenção e tratamento, mais pesquisas sobre o assunto devem ser incentivadas, a fim que se conheça melhor a prevalência, causas, tratamento e evolução da AN em indivíduos com RM.

## REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4ª ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
- Sadock BJ, Sadock VA. Compêndio de psiquiatria. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.
- World Health Organization (WHO). The WHO newsletter of disability and rehabilitation. Geneva: WHO; 2009, n. 8.
- Poblano A, Arteaga C, Garcia-Sánchez G. Prevalence of early neurodevelopmental disabilities in Mexico: a systematic review. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 2009;67(3):736-40.
- Curátolo E, Rocha DF. Retardo mental. In: Cordás TA, Kachani AT. Nutrição em psiquiatria. Porto Alegre: Artmed; 2009, p. 291-304.
- Helman T. Depressive mood in students with mild intellectual disability: students' reports and teacher's evaluations. *J Intellect Disabil Res*. 2001;45(Pt 6):526-34.
- Ross E, Oliver C. The relationship between levels of mood, interest and pleasure and challenging behaviour in adults with severe and profound intellectual disability. *J Intellect Disabil Res*. 2002;46(Pt 3):191-7.
- Jackowska E, Dega-Rudewicz K. Depressive disorders in adolescents with mild retardation. *Psychiatr Pol*. 2004;38(1):37-49.
- Claudino AM, Borges MBF. Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002;24(Supl III):7-12.
- Dymek M, Le Grange D. Anorexia nervosa with comorbid psychosis and borderline mental retardation: a case report. *Int J Eat Disord*. 2002;31(4):478-82.
- Gravestock S. Eating disorders in adults with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res*. 2000;44(6):625-37.
- Hurley AD, Sovner R. Anorexia nervosa and mental retardation: a case report. *J Clin Psychiatry*. 1979;40:480-2.
- Cottrell R, Crisp AH. Anorexia nervosa in a Down's syndrome patient: a case report. *Br J Psychiatry*. 1984;145:195-6.
- Szimanski LS, Biederman J. Depression and anorexia nervosa of persons with Down syndrome. *Am J Ment Defic*. 1984;89(3):246-51.
- Holt M, Bouras N, Watson JP. Down's syndrome and eating disorders: a case study. *Br J Psychiatry*. 1988;152:847-8.
- Morgan JR. A case of Down's syndrome, insulinoma and anorexia. *J Ment Defic Res*. 1989;33:185-7.
- Raitasuo S, Virtanen H, Raitasuo J. Anorexia nervosa, major depression and obsessive-compulsive disorder in a Down's syndrome patient. *Int J Eat Disord*. 1998;23:107-9.
- Clarke DJ, Yapa P. Phenylketonuria and anorexia nervosa. *J Ment Defic Res*. 1991;35:165-70.
- Hove O. Prevalence of eating disorders in adults with mental retardation living in the community. *Am J Ment Retard*. 2004;109(6):501-6.
- Danford DE, Huber AM. Eating dysfunctions in an institutionalized mentally retarded population. *J Intake Res*. 1981;2:281-92.
- Royal College of Psychiatrists. DC-LC: diagnostic criteria for psychiatric disorders for use with adults with learning disabilities/mental retardation. London: Author; 2001.
- Jones TW. Treatment of behavior-related eating problems in retarded students: a review of the literature. In: Hollis JH; Meyers CE. Life threatening behavior: analysis and intervention. Washington, DC: American Association on Mental Deficiency; 1982, p. 3-26.
- O'Brien S, Repp AC, Williams GE, Christophersen ER. Pediatric feeding disorders. *Behav Modif*. 1991;15:394-418.
- World Health Organization (WHO). Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
- World Health Organization (WHO). The ICD-10 guide for mental retardation. Geneva: WHO; 1996.
- Gravestock S. Diagnosis and classification of eating disorders in adults with intellectual disability: the Diagnostic Criteria for psychiatric disorders for Use with Adults with Learning Disabilities/Mental Retardation (DC-LC) approach. *J Intellect Disabil Res*. 2003;47(Suppl):72-83.
- Bhaumik S, Branford D. The frith prescribing guidelines in adults with learning disability. London: Taylor & Francis; 2005.
- American Dietetic Association (ADA). Position of the American Dietetic Association: nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa and other eating disorders. *J Am Diet Assoc*. 2006;106(12):2073-82.
- American Psychiatric Association (APA). Practice Guidelines for the treatment of patients with eating disorders. 3ª ed. Washington: American Psychiatry Association; 2005.
- Aratanga EW, Kaio DJ, Fassarella ES. Anorexia nervosa. In: Cordás TA, Kachani AT. Nutrição em Psiquiatria. Porto Alegre: Artmed; 2009, p. 135-52.
- Vitousek KB. Cognitive-behavioral therapy for anorexia nervosa. In: Fairburn CG, Brownell KD. Eating disorders and obesity. 2ª ed. New York, London: The Guilford Press; 2002.
- Duchesne M, Almeida PEM. Terapia cognitivo-comportamental dos transtornos alimentares. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002;24(Supl III):49-53.
- Romana MS. Cognitive-behavioral therapy: treating individuals with dual diagnoses. *J Psychos Nurs*. 2003;41(12):31-5.
- Katz G, Ponce E. Intellectual disability: definition, etiological factors, classification, diagnosis, treatment and prognosis. *Salud Publica Mex*. 2008;50(2):S132-41.