

7

A psicopatologia da esfera oroalimentar

1,35

GENERALIDADES

Em torno da alimentação, estabelece-se o eixo de interação mais precoce entre mãe e filho, eixo que constituirá o núcleo de referência das diversas etapas posteriores do desenvolvimento. A importância das trocas entre a criança e seu ambiente, no que se refere à alimentação, é inegável, mas a multiplicidade de fatores que intervêm torna difícil o estudo dessas trocas. Mencionaremos brevemente os fatores ligados à própria criança, depois à relação maternal e, finalmente, à dimensão sociocultural da alimentação.

O recém-nascido possui, desde o nascimento, um equipamento neurofisiológico particularmente bem desenvolvido no nível do comportamento de sucção: o reflexo dos pontos cardeais acompanhado da rotação da cabeça, o reflexo de escavação, o reflexo de sucção e de deglutição (acompanhado de tentativas de preensão dos dedos) representam uma unidade motora imediatamente funcional. Não se deve concluir daí que todos os bebês apresentem o mesmo comportamento em face da alimentação.

As enfermeiras de maternidade conseguem distinguir com rapidez, desde as primeiras refeições, os “comedores moderados” e os “glutões”. Quando se estuda o ritmo de sucção do seio e a frequência das paradas, podem se distinguir ainda bebês que mamam em um ritmo rápido, quase sem pausa, e outros cujo ritmo de sucção é mais lento e entrecortado de várias paradas. Parece também que os meninos geralmente fazem parte desse segundo grupo (I. Lézine et al.). Mas esse comportamento de sucção, já diferente entre um recém-nascido e outro, é acompanhado de um conjunto de manifestações também variáveis. Certos bebês choram, agitam-se ruidosamente diante daquilo que devem sentir como uma tensão intolerável, enquanto outros parecem esperar mais calmamente a chegada do alimento. Alguns mamam com os olhos abertos, outros com os olhos fechados.

Quaisquer que sejam essas variações individuais, nota-se que, de um lado, a sucção constitui para o bebê uma necessidade em si: quando o alimento é absorvido rápido demais, o bebê tem a tendência a prolongar o tempo de sucção com seus dedos ou com um objeto; de outro lado,

a alimentação de um bebê não se reduz ao mero aplacamento da fome fisiológica, mas representa o protótipo das interações humanas. Muito cedo, Freud distinguiu a satisfação da necessidade alimentar em si (a fome) do adicional de prazer (sucção) que o bebê obtém disto, do que se poderia dizer esquematicamente que o traço ontogênico será sempre o apetite. Em torno desse "adicional de prazer", organizam-se no bebê as primeiras interiorizações de relações humanas nas quais se apoiam mais tarde as diversas escolhas de objetos da criança. Mas a tendência atual é considerar que fazem parte desse "adicional de prazer" não apenas a sucção e a satisfação da fome, mas também o conjunto do manuseio da criança (Winnicott): contatos corporais, palavras, olhares, carícias ou embalos da mãe e a necessidade de apego (Bowlby).

Seja como for, a sucção é o "momento alto" dessa troca e representará o modo privilegiado graças ao qual o bebê começa a explorar o mundo ao seu redor; é o testemunho dessa fase em que, sistematicamente, ele leva tudo à boca (dos 4-5 meses aos 10-12 meses).

Não se deve achar que dessa troca, da qual destacamos até aqui a dimensão libidinal, esteja excluída a agressividade. Engolir, fazer desaparecer e suprimir já constituem um movimento agressivo e, ainda que se deva acolher com cautela a hipótese de uma fantasia agressiva precocíssima dirigida contra o seio materno (Klein), não é menos verdade que alimentar um bebê é também fazer desaparecer o estado de tensão e a apetência anteriores. Se a troca alimentar não foi satisfatória, o desaparecimento dessa necessidade pode ser sentido pelo bebê como uma perda, uma ameaça ou mesmo um perigo de aniquilação: todos os autores descrevem os bebês que têm cólicas do terceiro mês (cf. Capí-

tulo 17) ou uma anorexia precoce como bebês espertos, ativos, tônicos, etc. Pode-se indagar se o próprio estado de repleção pós-prandial não constitui para eles uma ameaça potencial. A agressividade ligada à incorporação se torna clara na fase sádica oral (cf. Capítulo 2, Freud e os primeiros psicanalistas), como testemunha o prazer dos bebês de morder e mesmo de morder de verdade (12-18 meses).

Não retomaremos aqui o estudo da evolução da oralidade; mas é importante destacar seus diversos significados com a idade e as fases libidinais e agressivas.

A atitude da mãe depende ao mesmo tempo do comportamento do recém-nascido, de seus próprios afetos em face da oralidade, como também de sua capacidade de aprendizagem ou de adaptação às situações novas. Assim, I. Lézine e colaboradores mostraram que nas primeiras mamadas, "poucas mães primíparas descobrem logo, de forma tranquila e correta, os gestos que precisa fazer para segurar o bebê, manipulá-lo, acalmá-lo e satisfazer suas necessidades de maneira imediatamente gratificante". No início, seu ritmo de alimentação, as paradas e retomadas que as mães impõem não correspondem ao ritmo próprio do bebê. Na maioria das vezes, por volta do quarto dia, produz-se uma espécie de adaptação recíproca, quando a mãe primípara toma consciência de seu bebê como tal e expressa a sensação de estar mais capacitada para cuidar da criança. Essa adaptação recíproca ocorre muito mais rápido nas secundíparas.

Além desse processo de harmonização recíproca, as mães reagem de maneiras diferentes em função das manifestações da criança: algumas se mostram assustadas com a avidez dela, outras se orgulham disso. Inversamente, certas mães podem expressar o temor de que uma sucção len-

ta e interrompida indique dificuldades alimentares futuras. Essas diversas atitudes que a criança desperta provêm evidentemente das próprias fantasias inconscientes ou pré-conscientes da mãe, fantasias cuja reativação pode levar o par mãe-filho a uma situação patogênica para ambos.

A *sociedade*, enfim, também intervém de forma bastante privilegiada na troca alimentar mãe-filho. Não pretendemos nos estender aqui sobre o conjunto do simbolismo cultural ligado à alimentação, nem sobre o papel social sempre importante da refeição. Na relação entre o bebê e sua mãe, a puericultura respondeu por muito tempo à variabilidade das condutas citadas acima com uma pressão monomorfa em que o polo dietético (qualidade e quantidade de alimentos) era excessivamente privilegiado em relação ao polo relacional. Hoje, a tendência seria inversa e, com a alimentação à vontade, o risco maior é deixar a jovem mãe completamente desarmada em face de seus temores e fantasias relacionadas à alimentação sem o guia seguro que constituíam os conselhos e recomendações dietéticos.

Estudaremos agora a anorexia do bebê, a obesidade e certas condutas alimentares aberrantes. A cólica idiopática do terceiro mês, os vômitos psicogênicos e o mericismo serão examinados no capítulo consagrado aos transtornos psicossomáticos (cf. Capítulo 17).

ESTUDO PSICOPATOLÓGICO

Anorexia do segundo trimestre

Essa anorexia surge em geral entre 5 e 8 meses. Aparece progressivamente ou de súbito, às vezes por ocasião de uma

mudança de regime alimentar: desmame ou ablactação (daí o termo "anorexia do desmame"), introdução de sólidos, etc. Classicamente, trata-se de um bebê ativo, tônico, esperto, que manifesta curiosidade pelo entorno, progride em seu desenvolvimento. De imediato, essa recusa de alimento, mais ou menos total, provoca uma reação ansiosa da mãe; intervém então todo um arranjo com o objetivo de fazer com que a criança coma: tenta-se distraí-la, brincar com ela, seduzi-la, espera-se que fique sonolenta ou, ao contrário, ela é imobilizada, prendem-se suas mãos, tenta-se abrir sua boca à força. Fatalmente, a criança sai vitoriosa do combate, e a mãe esgotada e vencida. Familiares ou amigos são requisitados para dar conselhos e opiniões, e a divergência entre eles só faz aumentar a ansiedade da mãe.

Essa anorexia é isolada, e o bebê continua a crescer e frequentemente a engordar. É raro que a anorexia seja tão profunda a ponto de causar uma quebra da curva de peso, e depois da curva de estatura. Ela pode ser acompanhada de uma constipação. Em geral, uma grande apetência para os líquidos compensa a anorexia quanto aos sólidos. Não é raro, enfim, que essa anorexia esteja centrada na relação com a mãe, e que o bebê coma tranquilamente com qualquer outra pessoa (babá, cuidadora da creche, avó, etc.). A mãe sente essa conduta como uma recusa diretamente centrada nela, fica angustiada, contrariada na hora da refeição, não tem mais a disponibilidade necessária. Nessas condições, a refeição já não significa para a criança receber alimento, mas absorver a angústia da mãe (Dolto).

A evolução permite distinguir duas formas (Kreisler):

Anorexia simples. Aparece como um transtorno essencialmente reacional (no

desmame, em uma doença intercorrente, em uma mudança do contexto de vida), passageiro, como uma conduta de recusa ligada em geral a uma atitude de oposição da mãe. O problema se resolve rapidamente com uma mudança de atitude por parte mãe, depois de ter sido tranquilizada, ou com alguns arranjos práticos (refeição dada pelo pai ou por outra pessoa, ajuda temporária de uma cuidadora, etc.).

Anorexia mental grave. No início, não difere em nada da anterior. Mas, seja porque a reação anoréxica da criança se inseriu profundamente em seu corpo, seja porque a atitude materna não é suscetível de mudança, o comportamento anoréxico persiste. Outros transtornos podem aparecer: dificuldades de sono, cóleras intensas, espasmo do soluço, etc. A criança manifesta ou um total desinteresse, ou uma forte oposição diante do alimento. Neste último caso, as refeições constituem verdadeiros combates entre uma mãe que tenta utilizar todas as artimanhas para introduzir um pouco de alimento na boca da criança (sedução, chantagem, ameaça, coerção, etc.) e uma criança que se debate, cospe, joga comida para todo lado, vira o prato, etc.

Esse comportamento anoréxico pode ser entrecortado de períodos durante os quais a criança come melhor, mas, ao mesmo tempo, se mostra caprichosa: unicamente alimentos doces, laticínios ou legumes, etc. Os vômitos são frequentes e pontuam os poucos alimentos que ela se dignou a ingerir. Nessas condições, produz-se um efeito somático. A criança fica pálida, a aparência franzina, mas não chega a desenvolver uma verdadeira doença. O peso fica estagnado, e a curva de crescimento sofre uma inflexão e depois uma quebra.

Há muito tempo, os pais estão à procura de uma origem orgânica, que é rara (cardiopatia, má absorção digestiva, infecção, encefalopatia ou tumor cerebral) e que não seja acompanhada do próprio contexto psicológico.

Abordagem psicopatológica

A atenção é dirigida antes de tudo às mães de anoréxicos. Embora sejam descritas geralmente como autoritárias, manipuladoras e invasivas, elas estão longe de apresentar um perfil psicopatológico específico. Entretanto, para todas, a relação alimentar parece ser o eixo de interação privilegiado, que dissimula, por trás da necessidade de alimento, uma forte angústia de não ser uma boa mãe, ou uma angústia de abandono, ou de morte, etc.

No bebê, a recusa alimentar recebeu diversas interpretações em função das fases do desenvolvimento. A anorexia pode ser entendida como uma tentativa de evitar a fase de repleção e de distensão pós-prandial, sentida como potencialmente perigosa devido ao desaparecimento de toda tensão. Spitz, de sua parte, considerou que o afastamento da cabeça da mamadeira ou do seio para marcar a saciedade representava o protótipo do gesto semântico "não", e que, nesse sentido, a anorexia era uma conduta massiva de recusa na relação mãe-filho, que em seguida poderia bloquear o acesso a uma simbolização mais mentalizada. No mesmo espírito, observou-se a frequente e excessiva familiaridade dos bebês anoréxicos com estranhos, em uma época em que normalmente se constitui a angústia do estranho. Essa familiaridade seria o testemunho da incapacidade de individualizar o rosto materno e de focalizar a angústia no rosto estranho. A recusa alimentar testemunha a "contaminação ansiosa" que sofre a relação com a mãe,

com a tentativa de controle que resulta disto. Essa dificuldade de mentalização poderia constituir a base de uma futura organização psicossomática.

A atitude terapêutica deve se centrar na relação mãe-filho, deve tentar aplacar a angústia materna e atenuar as atitudes nocivas mais acentuadas. A mera decisão de consultar um psiquiatra infantil é suficiente às vezes para acalmar esses temores: assim, não é raro que o bebê coma bem na véspera da consulta. Porém, dado que essas atitudes têm origem em fantasias pré-conscientes ou inconscientes da mãe em torno da relação de alimentação, pode ser necessária uma psicoterapia, ou da mãe apenas, ou do par mãe-filho.

Formas particulares de anorexia do bebê

Em função da idade, encontram-se mais raramente:

- *a anorexia essencial precoce*, que aparece desde o nascimento, sem intervalo livre, em um bebê passivo, que a princípio parece não ter nenhum interesse pelas mamadeiras. A atitude de oposição só aparece secundariamente.

No plano diagnóstico, devemos assinalar que a anorexia precoce grave pode ser um dos primeiros sinais de autismo ou de psicose infantil precoce, e é preciso sempre investigar suas outras manifestações: elas podem aparecer pouco a pouco no segundo ano;

- *a anorexia da segunda infância* sucede geralmente a forma típica. Contudo, pode aparecer nessa idade, marcada por uma atitude enérgica de oposição e pela existência frequente de caprichos alimentares mais ou menos variáveis;
- *a anorexia nervosa das meninas* (cf. *Adolescência e psicopatologia*, Capítulo 6).

Obesidade

Mantidos em segundo plano por muito tempo, atrás da anorexia mental, os problemas causados pela obesidade começam a ocupar o lugar de destaque, em particular após numerosos trabalhos sobre a obesidade do adulto e sua evolução, dos quais se conclui que a precocidade de aparição da obesidade é um fator importante de prognóstico.

No plano clínico, a obesidade é definida por um excedente de pelo menos 20% do peso em relação à média normal para a altura. Um excedente de mais de 60% representa um fator de risco certo. A frequência da obesidade vem crescendo constantemente.

Embora a demanda de consulta seja quase sempre tardia, em torno da puberdade, o início da obesidade pode ser precoce, no primeiro ano de vida, o que significa que existe uma grande distância entre a idade de constituição e a idade de consulta para obesidade. Há dois períodos preferenciais para a constituição de uma obesidade: no primeiro ano de vida e, depois, no período pré-pubertário, entre 10 e 13 anos. Distinguem-se assim as obesidades primárias e as obesidades secundárias.

Em função do aspecto e do número de adipócitos, os pediatras descrevem:

- as obesidades hiperfásicas em que o *pool* de adipócitos é extremamente elevado, obesidades que se constituíam no primeiro ano de vida;
- as obesidades hipertróficas, quando o número de células adiposas é normal, mas seu tamanho é excessivo;
- as obesidades mistas, finalmente.

No plano alimentar, a obesidade se constitui às vezes na sequência de crises bulímicas da criança, mas o mais comum

é que seja consequência de uma hiperfagia fomentada pelo clima familiar. O excesso de aporte pode ser global ou pesar em favor dos glicídios (feculentos ou doces) ingeridos principalmente à tarde, ao voltar da escola.

A obesidade de causa endócrina é excepcional (menos de 1%) e acompanhada de um atraso de crescimento.

No plano fisiológico, uma vez instalada a obesidade, é difícil às vezes distinguir a dimensão reacional ou causal dos transtornos observados.

Personalidade da criança obesa

Uma tipologia característica da obesidade foi investigada sobretudo na oposição anorexia-magreza-hiperatividade e polifagia-obesidade-passividade (H. Bruch). As crianças obesas geralmente são descritas como indolentes, apáticas, tímidas e, ao mesmo tempo, capazes de reações de imponência sob a forma de cólera súbita. Contudo, a apatia e a passividade não são constantes, e elas podem inclusive se caracterizar por uma certa atividade física. Outros sintomas testemunhos do sofrimento psicológico costumam se associar à obesidade, como fracasso escolar e enurese, que estariam mais presentes nas obesidades secundárias. Quando a eficiência intelectual é normal ou superior, a inibição ou a passividade muitas vezes impede o êxito.

Em geral, a obesidade não se inscreve em um quadro sindrômico nítido, embora possa se integrar às vezes em um quadro psicopatológico específico, como uma psicose. Dentro dessa psicose, a obesidade pode se caracterizar então por seu caráter mórbido (60% ou mais de sobrepeso) e por sua variabilidade, resultando naquilo que é chamado de "efeito sanfona".

A obesidade também é encontrada com frequência nos quadros de retardo mental: a busca pela criança de satisfações imediatas, não simbolizadas, a redução da função parental ao seu papel alimentador, mais que educativo, são as explicações sugeridas. Consta-se muitas vezes a existência de uma carência afetiva que, de resto, pode estar associada a um quadro de retardo ou pseudoretardo. A problemática do cheio e do vazio ocupa ali um lugar privilegiado, à medida que a criança tenta preencher a falta tão cruelmente sentida.

Evolução da obesidade

Já assinalamos a grande distância existente entre a constituição da obesidade e a idade da criança quando da primeira consulta. Salvo casos excepcionais, é na puberdade, entre 11 e 13 anos, que os pais se preocupam, em geral mais com a menina do que com o menino. Todos os autores são unânimes em reconhecer a relativa persistência do sintoma, mesmo tendo feito diversos tratamentos. Apenas 15 a 25% das obesidades regridem (Job), enquanto as outras persistem na idade adulta.

Elementos de reflexão psicopatológica

A criança obesa e sua família. O determinismo familiar e cultural da obesidade é importante. Assim, existem famílias de obesos em que se entrecruzam fatores genéticos e hábitos alimentares. Do mesmo modo, a obesidade é frequente nas crianças de classes baixas que acabam de ter acesso à "sociedade de consumo". Nessas famílias, a obesidade é investida ainda do simbolismo da "boa saúde".

Na constelação familiar, descreveu-se o comportamento excessivamente ali-

mentador das mães (H. Bruch) que respondem a qualquer manifestação do bebê com um aporte alimentar: isso perturbaria a sensação de fome da criança, e qualquer tensão posterior desencadearia a necessidade de ingerir alguma coisa.

A criança obesa e seu corpo. O esquema corporal da criança obesa tende a ser perturbado, tanto mais quanto a obesidade se constituiu precocemente. A representação de um corpo esbelto, leve, não é rara. Abordamos aqui a problemática da identidade, incluída a da identidade sexual, em que a obesidade tem um papel diferente conforme o sexo. De forma muito esquemática, poderíamos dizer que a obesidade da menina é um meio ativo de afirmação viril de seu corpo negando a castração, enquanto no menino a obesidade que sufoca o sexo na gordura pré-pubiana aparece como uma proteção passiva contra as angústias de castração, mascarando até mesmo a existência desse sexo, como revelam, às vezes, os testes projetivos.

Vida fantasmática da criança obesa. Por trás das atitudes de imponência, de força e de vigor, descobre-se muitas vezes uma vivência depressiva mais ou menos importante, contra a qual o obeso tenta se proteger: o vazio, a falta, a ausência são sentidos de forma aguda. Rapidamente, mobiliza-se uma vida fantasmática ligada à oralidade, assentada em intensas angústias de devoração, e o mundo exterior é visto como perigoso. Em face do perigo, a regressão narcísica, como testemunha o recurso usual aos temas marinhos e oceânicos nos testes, é a segunda vertente, quando a obesidade serve de autoafirmação, assumindo concretamente o lugar da autoimagem ideal. Assim, a obesidade teria sempre esse duplo papel: de um

lado, protetor contra o meio e, de outro, garantia da integridade e do valor da autoimagem, em que a importância relativa de um ou de outro papel explicaria a variedade dos quadros clínicos.

Tratamento

Preocupar-se apenas com o sintoma da obesidade costuma ser fonte de decepção e de fracasso, principalmente quando o regime é solicitado pelos pais, e não pela criança. É até possível fazê-la emagrecer durante o regime, mas ela recupera rapidamente os quilos perdidos quando este é suspenso.

A restrição calórica, sem dúvida útil, e até indispensável, deve ser acompanhada de uma avaliação do papel psicossomático da obesidade e de uma motivação da criança para esse tratamento. São necessárias algumas consultas terapêuticas ou mesmo uma psicoterapia de apoio.

Os tratamentos medicamentosos são desaconselháveis e os anorexígenos amfetamínicos devem ser usados com cautela.

Comportamentos alimentares desviantes

Crises de bulimia

Podem ser encontradas em adolescentes anoréxicos ou em crianças obesas, mas também em crianças que apresentam diversos tipos de estruturas mentais. Trata-se de impulsos irresistíveis a se alimentar, que surgem de forma abrupta, acompanhados ou não de sensações de fome, envolvendo normalmente alimentos apreciados ou não pelo sujeito, em geral sem discriminação. Elas são descritas como uma necessidade imperiosa de encher a boca, mastigando mais ou menos, verdadeiras fomes devoradoras cuja

duração pode variar de alguns minutos a muitas horas. Cessam bruscamente, e costumam ser seguidas de uma sensação de desgosto diante da geladeira devastada, de potes de geleia vazios e da constatação amarga da total ausência de qualquer senso crítico e de qualquer higiene alimentar durante o fenômeno. Em geral terminam em um estado de torpor, ou mesmo de sonolência, em que se pode experimentar uma sensação de repleção, com desgosto ou com prazer.

Vale assinalar que as crises bulímicas graves se integram às vezes em uma conduta psicótica na qual o alimento é o suporte de um investimento delirante.

Maneirismo e desgostos eletivos

Trata-se de comportamentos muito frequentes na primeira infância, que se alternam às vezes com períodos anoréxicos. Envolvem certos gêneros alimentares, seja no sentido da repulsa, seja no sentido do desejo. É o caso, por exemplo, do desejo eletivo de alimentos lácteos de cor branca, dos desejos eletivos de doces, de chocolate. Ou, inversamente, da repulsa eletiva a carnes, alimentos fibrosos, tipo vagens, aspargos, alho-poró.

Certos alimentos costumam provocar fortes reações na criança, seja em razão da cor, da consistência ou do caráter altamente simbólico do alimento: "a nata sobre o leite" dificilmente é indiferente à criança, que reage em geral pela repulsa e às vezes pelo desejo. Isso se explicaria pelo desejo regressivo do seio convertido em seu contrário em forma de desgosto (A. Freud). Se esses gostos e aversões eletivos são o testemunho evidente do investimento fantasmático particular de certos alimentos e de sua absorção (assim, por exemplo, a tentativa de controlar ou de negar a agressividade oral e as fan-

tasias canibalescas na recusa da carne), eles também constituem para a criança um meio de pressão e de manipulação de seu entorno. A criança pequena anoréxica consegue às vezes que os pais realizem proezas para obter "o produto" desejado, confirmando sua onipotência sobre eles.

Com o passar dos anos, essas condutas persistentes podem testemunhar organizações mais claramente patológicas, ou mesmo veicular ideias delirantes de tipo hipocondríaco.

Potomania

Trata-se de uma necessidade imperiosa de beber grandes quantidades de água ou, na falta desta, qualquer outro líquido. Quando se tenta limitar essa conduta, há crianças que são capazes de beber a própria urina, como descreveram alguns autores.

O diagnóstico diferencial deve ter o cuidado de eliminar qualquer causa orgânica (diabete glicosúrico, diabete insípido, síndrome poliúria-polidipsia), antes de afirmar a potomania.

No plano psicopatológico, enquanto algumas crianças apresentam transtornos de personalidade inscritos no quadro de uma psicose, em outras essa potomania aparece como uma perturbação da noção de sede, que encontra seu significado seja em um comportamento neurótico regressivo (a primeira alimentação do bebê é líquida, e a absorção dos primeiros "sólidos" costuma criar muitos problemas tanto para as mães, angustiadas pelo temor da asfixia, quanto para as próprias crianças, não habituadas a mastigar), seja em um comportamento de oposição ao entorno, geralmente à mãe, que tenta limitar a quantidade de líquido ingerido.

Os episódios espontaneamente regressivos de potomania não são raros. Po-

dem preceder uma conduta bulímica ou, inversamente, anoréxica, como podem sucedê-la.

Pica

Da denominação latina da *pega*, o pássaro com uma voracidade onívora, o termo *pica* designa a ingestão de substâncias não comestíveis além do período normal (entre 4 e 9-10 meses), durante o qual a criança leva tudo à boca como primeiro recurso de apreensão do mundo. Na pica, a criança ingere as substâncias mais diversas: prego, moeda, botão, brinquedinhos, lápis, cinza de cigarro, papel, gesso, grama, terra, areia, etc. Em alguns casos, a criança ingere sempre o mesmo objeto, mas comumente ingere qualquer coisa. Esse comportamento parece se manifestar seja em crianças em situação de carência afetiva profunda ou de abandono, seja em crianças psicóticas, associando-se então a outras perturbações, em particular transtornos da função alimentar e digestiva (anorexia, diarreia/constipação, incontinência, etc.).

Certos autores, diante da constatação frequente de uma anemia hipocrômica nessas crianças, interpretaram seu comportamento como uma busca de ferro. A terapêutica marcial teria proporcionado algumas melhoras da conduta de pica, mas os resultados se revelaram muito inconstantes.

Coprofagia

Não é frequente na infância. Embora não seja raro que a criança entre 2 e 4 anos, quando da aquisição do asseio, espalhe as

fezes na cama, nos lençóis ou na parede pelo menos uma vez, essa conduta geralmente é isolada e se reverte rapidamente em aversão. Ao contrário, o gosto pelas matérias fecais é raro e revela uma profunda perturbação tanto do investimento corporal quanto da relação com o outro, em particular com a mãe. O comportamento de coprofagia se manifesta normalmente quando a criança está sozinha em sua cama, e se poderia ver nisso uma espécie de paralelismo com o mericismo.

As mães de crianças coprófagas tenderiam a ser frias, não afetivas e mesmo hostis, chegando a maltratar seus filhos (Spitz). A coprofagia se integra quase sempre em um quadro que lembra a psicose.

Referências

- BRUCH H.: *Les yeux et le ventre*. Payot, Paris, 1975.
- BRUSSET B.: *L'assiette et le miroir*. Privat, Toulouse, 1977.
- CUKIER-MEMEURY F., LÉZINE I., AJURIAGUERRA J. DE: Les postures de l'allaitement au sein chez les femmes primipares. *Psychiatrie enfant*, 1979, 22 (2), 503-518.
- DOYARD P.A.: Le pédiatre et l'obésité de l'enfant. *Perspectives psychiatriques*, 1979, 17 (74), 362-365.
- KESTEMBERG E., KESTEMBERG J., DECOBERT S.: *La faim et le corps*. PUF, Paris, 1972.
- KREISLER L., FAIN M., SOULE M.: *L'enfant et son corps*. PUF, Paris, 1974.
- MARCELLI D., CANARELLA TH., GASPARD B.: Les aspects cliniques de l'obésité de l'enfant. *Perspectives psychiatriques*, 1979, 17 (74), 366-374.
- SELVINI-PALAZZOLI M., BOSCOLO L., CECCHIN G., PRATA G.: *Paradoxe et contre-paradoxe*. ESF, Paris, 1980.