

UNIVERSIDADE SANTO AMARO
Programa de Residência Médica em Psiquiatria

Edda Giuliana Fernandes Rêgo Agrelli

**A INTERFACE ENTRE A HISTÉRIA E A ANOREXIA NERVOSA: UMA
REVISÃO NARRATIVA**

São Paulo

2022

Edda Giuliana Fernandes Rêgo Agreli

**A INTERFACE ENTRE A HISTERIA E A ANOREXIA NERVOSA: UMA
REVISÃO NARRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Residência Médica em Psiquiatria da Universidade Santo Amaro – UNISA, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Psiquiatria. Orientador: Dr. Décio Gilberto Natrielli Filho.

São Paulo

2022

A223i Agreli, Edda Giuliana Fernandes Rêgo

A interface entre a histeria e a anorexia nervosa / Edda Giuliana Fernandes Rêgo Agreli. – São Paulo, 2022.

33 f.: il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Residência Médica em Psiquiatria) - Universidade Santo Amaro, 2022.

Orientador: Dr. Décio Gilberto Natrielli Filho

1. Anorexia nervosa. 2. Histeria. 3. Transtornos alimentares. 4. Transtorno conversivo. 5. Anorexia histérica. I. Natrielli Filho, Décio Gilberto, orient. II. Universidade Santo Amaro. III. Título.

Edda Giuliana Fernandes Rêgo Agrelli

**A INTERFACE ENTRE A HISTERIA E A ANOREXIA NERVOSA: UMA
REVISÃO NARRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Residência Médica em Psiquiatria da Universidade Santo Amaro – UNISA, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Psiquiatria. Orientador: Dr. Décio Gilberto Natrielli Filho.

São Paulo, 17 de fevereiro de 2022.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Júlio Cesar Massonetto

Prof.^a Dra. Jane de Eston Armond

Prof.^a Dra. Patrícia Colombo de Souza

Prof.^a Dra. Sonia Maria Motta Palma

Conceito final: _____

Dedico esta monografia à minha mãe Veruschka e minha avó Auriete, pelo exemplo de coragem e perseverança em atingirem suas metas, e ao meu querido professor Décio, que muito me inspirou neste trabalho e no cuidado com o Outro.

AGRADECIMENTOS

Ao planeta que me acolhe e acolheu meus antepassados e a raça humana nesta jornada de aprendizado, da felicidade construída e encontrada, repleta de surpresas.

A Deus e a todos os seres de Luz, que sempre me conduziram com as devidas lições de amor, fraternidade e compaixão, hoje e sempre.

Aos meus pais, Veruschka Fernandes Rêgo e Geraldo Agreli Lôbo, meus avós Auriete Fernandes Rêgo e José Ferreira da Costa Rêgo, e demais familiares, que sempre estiveram ao meu lado nas horas mais difíceis e felizes da minha vida.

Às minhas terapeutas Roberta Mazzili e Elisa Pereira, por tornarem o meu despertar mais leve, consciente e rico em Luz.

Ao meu querido namorado David Elias Mercante e sua família, pelos incentivos e acolhimento que sempre me proporcionaram.

Aos meus amigos, especialmente, à minha amiga Débora Araújo Mendes Vilela, companheira de residência e de vida, pela força, apoio e compreensão. Aos amigos da UNISA, funcionários e professores, que estiveram sempre comigo nessa longa jornada.

Ao meu estimado professor Dr. Kalil Duailibi, por compartilhar o seu saber com maestria e por me auxiliar na escolha temática para este trabalho. Ao meu prezado e querido professor e orientador Dr. Décio Gilberto Natrielli Filho, pela dedicação, compreensão e amizade.

Aos meus pacientes, pela troca diária e pela oportunidade que me deram, dão e darão de ajudá-los a (re)encontrar o sentido de suas vidas.

“O Conhecimento reside
em cabeças com pensamentos alheios;
A Sabedoria,
em mentes que refletem por si mesmas...”

(H. P. Blavatsky)

RESUMO

De acordo com a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), a anorexia nervosa (AN) pode ser delineada como um transtorno mental associado à restrição da ingestão calórica em relação às necessidades por medo de engordar, levando o indivíduo a um peso corporal significativamente baixo. Frequentemente comórbida com transtornos conversivos, de sintomas somáticos, dissociativos e da personalidade, é mais prevalente no sexo feminino. Pacientes anoréxicas despertam a preocupação dos familiares devido à gradual deterioração clínica, colocando sua sintomatologia sobre os holofotes do funcionamento familiar, mecanismo central da manutenção da psicopatologia histórica. Desta forma, dentro do contexto mencionado, este trabalho tem como objetivo principal analisar, através de uma revisão narrativa da literatura, possíveis associações entre a histeria e a AN, tanto do ponto de vista psicanalítico quanto do ponto de vista psiquiátrico. Tal revisão possui cunho qualitativo, e as plataformas consultadas foram: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Scielo, Medline, Lilacs e PubMed. Como critérios de inclusão foram selecionados artigos nos idiomas português, inglês e espanhol no período de 2011 a 2021 e livros pertinentes ao tema. Foram excluídos, nas plataformas de busca, artigos em outros idiomas, dissertações, teses e monografias anteriores ao ano de 2011. Foram selecionados 45 artigos para leitura na íntegra, sendo que 25 destes foram excluídos devido a divergências com o tema e indisponibilidade do artigo completo, tendo sido selecionados 20 artigos ao final. Foi possível concluir que, segundo a ótica da psicanálise, os artigos coletados descrevem a recusa à alimentação como um dos sintomas presentes em pacientes histéricas, bem como o “comer nada” como uma medida de posicionamento diante do outro. Através da psiquiatria, a comorbidade e interferência mútua entre transtornos dissociativos, conversivos, de sintomas somáticos e da personalidade e a AN é bem documentada na literatura, tornando sua interface possível e justificando a importância deste trabalho, no sentido de aprimorar a abordagem terapêutica de tal transtorno alimentar.

Palavras-chave: Anorexia nervosa. Histeria. Transtornos alimentares. Transtorno conversivo. Anorexia histórica.

ABSTRACT

According to the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), anorexia nervosa (AN) can be defined as a mental disorder associated with the restriction of caloric intake in relation to needs for fear of gaining weight, leading to individual to a significantly low body weight. Often comorbid with conversion, somatic, dissociative, and personality disorders, it is more prevalent in females. Anorexic patients raise the concern of family members due to the gradual clinical deterioration, placing their symptoms in the spotlight of family functioning, a central mechanism for the maintenance of hysterical psychopathology. Thus, within that context, this work has as main objective to analyze, through a narrative review of the literature, possible associations between hysteria and AN, both from a psychoanalytic and psychiatric point of view. This review has a qualitative nature, and the platforms consulted were: Virtual Health Library (BVS), Scielo, Medline, Lilacs, and PubMed. As inclusion criteria, articles in Portuguese, English, and Spanish from 2011 to 2021 and books relevant to the topic were selected. Articles in other languages, dissertations, theses, and monographs prior to 2011 were excluded from the search platforms. 45 articles were selected for full reading, 25 of which were excluded due to divergences with the theme and unavailability of the full article, with 20 articles selected at the end. It was possible to conclude that, from the perspective of psychoanalysis, the articles collected describe the refusal to eat as one of the symptoms present in hysterical patients, as well as “eating nothing” as a measure of positioning in front of the other. Through psychiatry, the comorbidity and mutual interference between dissociative, conversion, somatic symptoms, and personality disorders and AN is well documented in the literature, making its interface possible and justifying the importance of this work, in the sense of improving the therapeutic approach of such eating disorder.

Keywords: Anorexia nervosa. Hysteria. Eating disorders. Conversion Disorder. Hysterical Anorexia.

LISTA DE SIGLAS

ACTA	Atitudes em relação à mudança
AN	Anorexia nervosa
AN-R	Anorexia nervosa tipo restritivo
AN-P	Anorexia nervosa tipo compulsão alimentar purgativa
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
BN	Bulimia nervosa
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CID	Classificação Internacional de Doenças
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
GI	Gastrointestinais
IMC	Índice de massa corporal
IPDE	Exame Internacional de Transtorno de Personalidade
LCS	Líquido cerebrospinal
LEC	<i>Life Events Checklist</i>
MDT	Modelo de Dissociação de Trauma
MHPG	3-metóxi-4-hidroxifenilglicol
OMS	Organização Mundial de Saúde
RNR	Rede Neural Recorrente
SII	Síndrome do intestino irritável
SLAM	Síndrome do ligamento arqueado mediano
SNP	Sistema nervoso parassimpático
SNS	Sistema nervoso simpático
SRG	Síndrome de recusa generalizada
T3	Triiodotironina
TA	Transtorno alimentar
TCA	Transtorno de compulsão alimentar
TDM	Transtorno depressivo maior
TEPT	Transtorno de estresse pós-traumático
TOC	Transtorno obsessivo-compulsivo
TOE	Teste de Observação do Espelho
TP	Transtorno da personalidade

TPB	Transtorno da Personalidade <i>Borderline</i>
TPE	Transtorno da Personalidade Evitativa
TPH	Transtorno da Personalidade Histriônica
TSE	Tratamentos de suporte empírico
TUS	Transtornos por uso de substâncias
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	METODOLOGIA	14
3	RESULTADOS	15
4	DISCUSSÃO	19
4.1	Aspectos históricos da histeria	19
4.2	Anorexia nervosa	23
4.3	A interface entre a histeria e a anorexia nervosa	25
4.3.1	Correlações psicanalíticas	25
4.3.2	Correlações psiquiátricas	28
5	CONCLUSÃO	33
	REFERÊNCIAS	34

1 INTRODUÇÃO

A anorexia nervosa (AN) faz parte da categoria diagnóstica dos transtornos alimentares (TA) segundo a atual e quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), que inclui também a bulimia nervosa (BN) e o transtorno de compulsão alimentar (TCA) (APA, 2014). É caracterizada por grande restrição da ingestão calórica apesar do indivíduo apresentar índice de massa corporal (IMC) significativamente baixo, motivada pelo medo intenso de engordar e pela perturbação da percepção da autoimagem (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017). A percepção da própria imagem corporal é a maneira como as pessoas percebem o seu corpo (PANDOLFI et al., 2020), com seus tamanhos, formas e detalhes. Na AN o apetite geralmente é normal, e esta existe sob a forma de dois subtipos: anorexia nervosa tipo restritivo (AN-R) - perda ponderal conseguida através de dieta, jejum e/ou exercício físico excessivo – e tipo compulsão alimentar purgativa (AN-P), na qual há episódios de comer descontrolado seguidos de vômitos autoinduzidos ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas (APA, 2014). De início geralmente na adolescência ou na idade adulta jovem, a AN possui uma prevalência de aproximadamente 0,8%, com cerca de 92% das pessoas afetadas sendo mulheres (MITCHELL; PETERSON, 2020).

A histeria foi postulada pelos teóricos dinâmicos como um mecanismo de defesa do ego através da conversão de “energia psíquica” em sintomas físicos (HALES; YUDOFKY; GABBARD, 2012). Seu conceito evoluiu muito através dos tempos, até a mais recente dissolução de sua realidade nos múltiplos sintomas de um mal-estar difícil de ser nomeado, compreendido e tratado (CATANI, 2014). Segundo Freud, quando um trauma psíquico não é elaborado adequadamente, o conflito insuportável suscitado por ele leva o sujeito a extravasá-lo para o corpo através dos sintomas histéricos, fenômeno denominado conversão histérica (FREUD, 1905). A associação entre transtornos conversivos e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) pode ter tal mecanismo como origem psicopatológica (HEYER, 2018).

A longa história da histeria e suas concepções pelas lentes das diversas especialidades médicas (psiquiatras, gastroenterologistas, neurologistas), pode ter contribuído para o surgimento do preconceito com o termo (ÁVILA; TERRA, 2011). Ocupando lugar de destaque na medicina, sobretudo quando se investigam

comportamentos disfuncionais, transtornos conversivos ou transtornos da personalidade (TP), manifestações histéricas foram atreladas a transtornos psiquiátricos de difícil manejo (SHORTER, 2005), perpetuando a imprecisão e estigma de tal psicopatologia (ÁVILA; TERRA, 2011). Assim, o termo histeria desapareceu dos manuais de classificação nosológica psiquiátrica ao ser fragmentado em denominações muito mais restritivas do DSM e da Classificação Internacional de Doenças (CID), a exemplo dos “transtornos de sintomas somáticos e dissociativos” (FISHER, 1999), bem como inserido em alguns TP, como o “Transtorno da Personalidade Histriônica” (TPH) e “Transtorno da Personalidade *Borderline*” (TPB) (SHORTER, 2005). Porém, tal exclusão desencadeou um aumento da ambiguidade diagnóstica, devido à fragmentação de seu conceito em uma miríade de novos diagnósticos psiquiátricos (ÁVILA, 2006).

A relação entre a histeria e a AN é apontada desde os escritos de Freud, quando este descreveu a recusa à alimentação como um dos sintomas presentes em suas pacientes histéricas (AGUIRRE, 2004). Tal recusa alimentar ganhou caráter clínico com os trabalhos de Gull, que a denominou “anorexia nervosa” e de Lasègue (1873/1998), que a considerou como parte do quadro sintomatológico da histeria (MELLO NETO et al., 2006). Segundo este último, a família e os amigos influenciam a permanência da doença, onde quanto maior for a insistência para a anoréxica se alimentar, maior será sua recusa, havendo certo prazer retirado do sintoma (LASÈGUE, 1998). Relatos de caso trazendo pacientes com transtorno conversivo e AN comórbidos, bem como elevados níveis de dissociação entre pacientes anoréxicos podem apontar um mecanismo psicopatológico comum entre tais transtornos mentais.

O conhecimento e caracterização dos diversos componentes psicológicos e psiquiátricos da AN são fundamentais para o tratamento adequado dos pacientes com tal TA. Entendendo que, se não há um medicamento aprovado especificamente para AN, intervenções psicoterápicas e multidisciplinares constituem o pilar para o sucesso terapêutico, há que se analisar a fundo componentes psíquicos em comum entre a AN e outros transtornos psiquiátricos, com destaque para os de cunho histérico, o que justifica a importância do presente trabalho. Nesse sentido, o estudo teve como objetivo identificar as possíveis interfaces entre a histeria e a AN, elencando aspectos psicodinâmicos e psiquiátricos que possam constituir elos entre eles.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de cunho qualitativo, na qual realizou-se uma pesquisa bibliográfica no período de março a novembro de 2021 nas bases de dados: PubMed, Scielo, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Lilacs e Medline. Foram utilizados e cruzados os descritores: Histeria, Transtorno Conversivo, Anorexia Nervosa, Anorexia Histórica e Transtornos Alimentares, bem como suas respectivas traduções em inglês. Os critérios de inclusão para o estudo foram: (1) artigos científicos publicados no período de janeiro de 2011 a novembro de 2021 (2) disponibilizados na íntegra nos idiomas inglês, português e espanhol (3) e que tratassem de possíveis associações entre a histeria e a anorexia nervosa, do ponto de vista psicanalítico ou psiquiátrico. Foram incluídos livros, dissertações, teses, monografias e artigos anteriores ao ano de 2011 e pertinentes ao tema em questão, para complementação teórica do trabalho.

3 RESULTADOS

Foram encontrados 20 artigos que evidenciaram as correlações entre a psicopatologia histórica e anoréxica, após leitura na íntegra de 45 artigos e exclusão de 25 destes por não terem preenchido os critérios de inclusão.

Quadro 1 - Estudos encontrados que apresentam associações entre quadros históricos e anorexia nervosa (AN)

Autor / Ano	Tipo de Estudo	Amostra / Idade / Sexo	Objetivo	Principais Resultados	Associação entre Histeria e AN
Ortega (2012)	Revisão narrativa da literatura	Literatura sobre conceitos psicanalíticos da histeria	Revisão e análise qualitativa de cunho hermenêutico histórico da perspectiva psicanalítica da histeria	Histeria atualmente desmembrada em transtornos depressivos, ansiosos, alimentares e somatoformes.	AN como uma apresentação da estrutura histórica
Von Lojewski et al. (2013)	Corte transversal	n = 132 pacientes com TA / 18-55 anos / feminino	Estudar o Exame Internacional de Transtorno de Personalidade (IPDE) para os TP entre os diferentes TA	TP cluster C mais comuns [evitativos (25%) e obsessivo-compulsivos (9%)], seguidos pelo cluster B [TPB (13%) e TPH (2%)].	Elevada comorbidade entre TA e TPB
Goldstein et al. (2013)	Relato de caso	n = 1 paciente com AN / 14 anos / feminino	Sugerir que os tratamentos de suporte empírico (TSE) estimulam o tratamento eficaz	A resposta atípica levou a uma compreensão da AN como manifestação de um transtorno de conversão primário	AN como uma apresentação do transtorno conversivo
McNicholas et al. (2013)	Relato de caso	n = 1 paciente com síndrome de recusa generalizada (SRG) / 11 anos / feminino	Descrever e discutir diagnósticos diferenciais de SRG	Considerar diagnóstico diferencial de catatonia - resposta rápida ao tratamento – ao contrário da SRG e do transtorno conversivo	Recusa alimentar dentro de um contexto de conversão e somatização
Nunn et al. (2013)	Revisão narrativa da literatura	Não especificada	Propor um modelo explicativo neurobiológico para a SRG	Superativação do sistema nervoso autônomo produz SRG e dissociação	Neurobiologia comum entre dissociação e AN

Autor / Ano	Tipo de Estudo	Amostra / Idade / Sexo	Objetivo	Principais Resultados	Associação entre Histeria e AN
Salvioli et al. (2013)	Estudo de coorte prospectivo	n = 48 pacientes internados por TA / > 12 anos / feminino e masculino	Analisar a prevalência de sintomas digestivos e traços psicopatológicos, e a relação entre escores de sintomas e perfis psicopatológicos	Sintomas esofágicos e gastrointestinais (GI) melhoraram em pacientes sem histeria em comparação com histéricos	Traços de histeria são fatores preditivos de melhora sintomática GI em pacientes com TA.
Pena & Calazans (2015)	Revisão narrativa da literatura	Não especificada	Articular os modos como o sujeito na anorexia histérica posiciona-se frente ao Outro a partir do funcionamento pulsional	A anorexia histérica evidencia duas posições paradoxais do sujeito: o assujeitamento radical ao Outro (pulsão de vida) e a separação radical do Outro (pulsão de morte)	Traz o conceito de anorexia histérica
Valente (2016)	Revisão narrativa da literatura	Não especificada	Discutir os diferentes significados da AN dependendo do período histórico	França, final do século XIX: histeria e anorexia vistas como um único transtorno; AN surgiu gradualmente como um transtorno mental independente.	Traz o conceito de anorexia histérica
Pugh et al. (2018)	Corte transversal	n = 85 pacientes com TA / 18–61 anos / feminino e masculino	Determinar se os modelos cognitivos de trauma e audição de voz se aplicam aos subtipos de TA	O poder relativo da voz do TA está positivamente associado a abuso emocional na infância - relação mediada pela dissociação; Vozes poderosas e benevolentes previram maior desregulação alimentar.	Associação entre sintomas de base dissociativa e psicopatologia alimentar na AN
Palmisano et al. (2018)	Corte transversal	n = 86 pacientes com TA / > 18 anos / feminino e masculino	Avaliar a presença de trauma infantil e dissociação somatoforme e psicológica em TA	Indivíduos com TA: níveis mais elevados de trauma na infância e dissociação psicológica e somatoforme; AN-P: níveis mais elevados de dissociação psicológica e somatoforme.	Altos níveis de sintomas dissociativos em indivíduos com AN

Autor / Ano	Tipo de Estudo	Amostra / Idade / Sexo	Objetivo	Principais Resultados	Associação entre Histeria e AN
Sales & Marcos (2018)	Estudo de caso clínico	n = 1 paciente com anorexia melancólica / 18 anos / feminino	Interrogar a afinidade estrutural entre anorexia e feminino a partir de um caso de anorexia não histérica	A anorexia é uma tentativa de regular o gozo, para integrar a imagem corporal; Anoréxica presa à exigência de ser bela do supereu materno.	Anorexia como posição diante do Outro (mecanismo histérico)
Lyssenko et al. (2018)	Metanálise	n = 216 publicações originais, 15.219 indivíduos e 19 diagnósticos psiquiátricos	Estudar a prevalência e distribuição da dissociação em diferentes transtornos mentais	Escores de dissociação (> 25): TPB e transtornos conversivos; Escores de dissociação (> 15): transtorno de sintomas somáticos e TA.	AN teve maior nível de dissociação (pontuação média = 24,1)
Heyer (2018)	Estudo de coorte	n = 60 pacientes com síncope / 10-25 anos / feminino e masculino	Comparar sintomas somáticos, psiquiátricos e conversivos entre jovens com transtorno conversivo e neurológico.	Transtorno conversivo: mais sintomas físicos, neurológicos, e diagnósticos psiquiátricos (TEPT, transtornos conversivos e TA).	Alto número de queixas somáticas e diagnóstico de TA estão associados à psicopatologia conversiva
Fox et al. (2020)	Relato de caso	n = 1 paciente com AN, síndrome do ligamento arqueado mediano (SLAM) e transtorno conversivo / 51 anos / feminino	Aumentar a conscientização sobre a SLAM concomitante em pacientes com AN grave, pois essas condições não devem impedir o tratamento.	A SLAM é um diagnóstico comum em pacientes com AN que desenvolvem dor abdominal pós-prandial; Paraplegia dissociativa pode ocorrer após anestesia peridural e eventos de vida estressantes.	Comorbidade entre AN e transtorno conversivo
Beato-Fernandez et al. (2020)	Estudo de coorte prospectivo	n = 48 pacientes com AN e n = 62 com BN / idade média = 22 anos / feminino	Examinar se a dissociação e as atitudes em relação à mudança (ACTA) estão associadas à psicopatologia anoréxica e bulímica no seguimento de 1 ano.	Sem diferenças significativas nos escores de dissociação entre AN e BN; ACTA no estágio de contemplação medeia o efeito da dissociação no resultado psicopatológico.	Dissociação como fator comum relacionado ao resultado da AN

Autor / Ano	Tipo de Estudo	Amostra / Idade / Sexo	Objetivo	Principais Resultados	Associação entre Histeria e AN
Longo et al. (2020)	Corte transversal	n = 64 pacientes com AN / < 25 anos / feminino	Analisar os fatores de risco para AN e avaliar as diferenças clínicas alimentares entre pacientes com e sem TEPT.	Fatores de risco mais frequentes: traumas relacionais e familiaridade para transtornos psiquiátricos; Sintomas relacionados ao corpo mais graves em pacientes com TEPT.	Relação entre trauma psíquico (possível origem da histeria) e psicopatologia anoréxica
Kessler et al. (2020)	Corte transversal	n = 30 pacientes com AN / > 16 anos / feminino	Relacionar queixas GI com psicopatologia alimentar e IMC em pacientes com AN.	Sintomas de síndrome do intestino irritável (SII) correlacionaram-se com sintomas de TA e somatização; Somatização previu significativamente piores sintomas de SII.	Associação significativa entre gravidade das queixas GI, psicopatologia anoréxica e somatização
Spinczyk et al. (2020)	Estudo caso-controle	Casos: n = 44 de AN-R / 12-18 anos / feminino; Controle: n = 52 saudáveis / 12-18 anos / feminino	Apresentar o método de diagnóstico terapêutico auxiliado por computador para AN	Análise de sentimento de um documento: 72% de efetividade para o método Rede Neural Recorrente (RNR) e 51% para o método dicionário.	AN associada a dificuldades interpessoais típicas do TPB
Demartini et al. (2021)	Estudo caso-controle	AN: n = 14 / 18-50 anos / feminino; Controle: n = 14 saudáveis / 18-50 anos / feminino e masculino	Testar se o Teste de Observação do Espelho (TOE) provoca sintomas dissociativos em pacientes com AN	Anoréxicas relataram mais aparições de rostos estranhos e sensações dissociativas durante o TOE	Dissociação e disfunção da imagem corporal estão fortemente relacionadas na psicopatologia da AN
Bergner et al. (2021)	Revisão sistemática	n = 18 livros didáticos alemães de psiquiatria sobre TA, de 1803–2017	Revisar diagnósticos e descrições de TA na literatura alemã	Sintomatologia alimentar inicialmente vista como manifestações históricas; Pacientes com TA tratados pela medicina psicossomática.	AN como uma manifestação histórica

Fonte: elaborado pela autora.

4 DISCUSSÃO

4.1 Aspectos históricos da histeria

Em sua origem, o termo histeria era usado para se referir ao útero (*hystera*), e desde o Egito Antigo estas manifestações corporais já eram descritas (CATANI, 2014). Sydenham (1624-1689) ofereceu uma significativa contribuição etiológica para os desequilíbrios nervosos, trazendo os conceitos de histeria (desencadeada por emoções violentas e mais comum na população feminina) e hipocondria (estados prolongados de tristeza que acometia geralmente os homens). Freud descreveu a histeria como uma manifestação sem definições claras, observável ou associada a quadros de convulsões, paralisias, contraturas e distúrbios sensoriais (FREUD, 1886).

No século XIX, foram conhecidas como “as possuídas de Morzine”, mulheres que apresentavam ataques de insultos, se arrastavam pelo chão e se negavam a comer, vomitando quando assim o faziam (AGUIRRE, 2004). Ainda neste século, Charcot definiu uma forma “maior” de histeria, com pacientes tendo explosões emocionais dramáticas que supostamente evoluíam por fases de um ataque completo (ÁVILA; TERRA, 2011). Tais quadros históricos descritos antes do século XX guardam semelhanças com aspectos do TPB, no qual, segundo o DSM-5, indivíduos apresentam ataques de agressividade impulsivos, recorrentes e problemáticos (APA, 2014), sendo possível enquadrar a síndrome *borderline* na psicopatologia histérica.

Descrições clínicas da histeria existem há quase 2 mil anos, com pormenores que pouco diferem dos de descrições mais recentes, porém parecendo permanecer em grande parte incompreendida pela medicina (ÁVILA; TERRA, 2011). Descrita por clínicos gerais, psicanalistas, psicólogos, psiquiatras e neurologistas, o tipo de entendimento para o fenômeno histórico variou de acordo com as perspectivas de cada especialidade (CATANI, 2014). Apesar de ter sido atribuída a Hipócrates (460 a.C.-377 a.C.) pela associação a uma doença do útero, a palavra “histeria”, não foi, de fato, utilizada por ele (ÁVILA; TERRA, 2011). Tal termo foi acrescentado aos escritos hipocráticos que falavam sobre a sufocação da matriz (útero), e introduzido na literatura por Littré, em 1839, ao traduzir suas obras para o francês (MENDOZA,

1987). Porém, foi Hipócrates quem primeiro deu uma descrição fenomenológica da doença: o branco dos olhos revira, a mulher fica fria, lívida, range os dentes, saliva, assemelhando-se aos epiléticos (BELINTANI, 2003).

Na Idade Média, a forte influência religiosa deu poder à Igreja para justificar os sintomas histéricos como ação do diabo, que se apropriaria do corpo das mulheres pecadoras e feiticeiras; no Renascimento, tais mulheres foram queimadas nas fogueiras da Inquisição para servirem de exemplo à população e prevenir atitudes pecaminosas (CATANI, 2014). Sydenham (1624-1689), médico inglês que mantinha a concepção eminentemente feminina da histeria, trouxe-a como um acontecimento agudo desencadeado por emoções violentas (FOUCAULT, 1972). Já o teórico Briquet, valendo-se de 430 observações clínicas, comprovou que as histéricas sofriam exatamente por não serem capazes de se entregarem às satisfações sexuais, desmentindo a visão até então sexualizada destas (TRILLAT, 1991). Foi Charcot quem promoveu uma separação definitiva entre a histeria e o útero, comprovando a existência desses sintomas no sexo masculino (CATANI, 2014). A escola Salpêtrière, conduzida principalmente por ele, acreditava ser possível a identificação da lesão responsável pelos sintomas histéricos e atribuía à histeria sintomas reais que poderiam ser mais bem investigados por meio da hipnose (AZEVEDO, 2011).

A AN tem um longo histórico dentro dos transtornos mentais em suas diversas concepções. Reconhecida como a base para ocorrências místicas na Idade Média, a anorexia foi entendida como uma apresentação histérica no século XVII, em seguida tornando-se objeto dos questionamentos freudianos (SCHMIDT; DA MATA, 2009). O neurologista francês Charles Lasègue (1998) fez um apanhado de suas diversas formas de apresentação. Descreveu que, em certos casos, o apetite desaparecia sem que o paciente sentisse quaisquer sensações que não uma queixa de falta de estímulo para se alimentar; já em outras condições, sentia repulsa por certos alimentos ou uma aversão generalizada. Para ele, a inapetência sempre respeitava uma escala graduada e os alimentos não eram indistintamente repelidos com a mesma insistência (LASÈGUE, 1998).

Freud postulou que os sintomas histéricos seriam frutos de um trauma que transforma a excitação psíquica em conversão histérica sem respeitar a anatomia, através de um processo denominado submissão somática (BREUER; FREUD, 1893).

Entendida como a representação corporal de um conflito inconsciente, a manifestação histérica é a princípio vivida como um incômodo, mas aos poucos o sujeito consegue obter algum tipo de benefício com a sua nova condição (FREUD, 1910). Apesar da conceituação de histeria dentro da psicanálise ter sofrido modificações até os dias atuais, o modo como a psiquiatria apresenta esse diagnóstico em suas classificações diz respeito apenas às suas primeiras formulações (CATANI, 2014).

No que tange à visão da psiquiatria brasileira sobre a histeria, pode-se citar a trazida pelo Dr. Carol Sonenreich, um dos principais nomes da psiquiatria no Brasil. Inspirado pelas ideias do psicopatólogo francês Henri Ey (1900-1977), afirma que a “doença mental” pode, de maneira não intencional, ser o único modo de apelar à atenção dos outros, mobilizando familiares e médicos em torno de queixas de alterações motoras, digestivas e de consciência (SONENREICH; ESTEVÃO, 2007). Segundo Ey, nas neuroses pré-esquizofrênicas (conceito que evoluiu posteriormente para o TPB), os pacientes apresentavam surtos com conversão, amnésia sistemática e crises de excitação “histéricos-like” (REQUENA; PEROSA, 2020). Tal autor sofreu influência dos neurologistas franceses Pierre Janet (1849-1947) e Jean-Martin Charcot (1825-1893) na construção da sua concepção psicopatológica, tendo estes dois últimos, fornecido importantes contribuições para o entendimento do mecanismo histérico. Janet definia a histeria como uma regressão de funções voluntárias para formas inferiores de automatismo psicológico, como idéias fixas, fenômenos de sugestão e hipnose (EY; BERNARD; BRISSET, 1978). Segundo Charcot, existiriam manifestações agudas de crises histéricas completas (*à la* Charcot) e menores, com estados de turvação da consciência, amnésias histéricas, crises de agitação psicomotora e desmaios (ÁVILA; TERRA, 2011). Assim, percebe-se a influência da escola francesa na escola brasileira, explicando em parte a inserção do constructo histérico no modo de organização *borderline*.

Dentro da psiquiatria, a histeria foi usada não apenas para descrever o “Transtorno da Personalidade Histérica” (atualmente designado como TPH), mas também para se referir a uma doença, em grande parte de mulheres, caracterizada por várias reclamações somáticas sem base física (GABBARD, 2016). Conhecida como histeria de Briquet ou síndrome de Briquet, tal transtorno mental é atualmente abrangido pela categoria “transtorno de sintomas somáticos e transtornos relacionados”, do DSM-5 (APA, 2014). Os quadros conversivos, caracterizados por

sintomas corporais como paralisia, tremor, cegueira, surdez ou convulsões, também são classificados nesse grupo de condições (CATANI, 2014). São descritos como “transtornos conversivos (transtornos de sintomas neurológicos funcionais)” e especificados de acordo com o tipo de sintoma: com fraqueza ou paralisia; com movimento anormal; com sintomas de deglutição; com sintoma de fala; com ataques ou convulsões; com anestesia ou perda sensorial; com sintoma sensorial especial e com sintomas mistos (APA, 2014).

Foi a partir da sexta revisão da CID (CID-6), com o surgimento do capítulo das “Perturbações mentais, psiconeuroses e modificações da personalidade”, que a histeria foi apresentada de modo explícito na nomenclatura de “reação histérica sem menção de ansiedade e psiconeuroses com sintomas somáticos” (OMS, 1952). Já na sua décima revisão (CID-10), o termo não foi empregado em nenhum transtorno em decorrência de suas diversas gradações e significados; optou-se pela expressão “dissociativo”, que contempla tanto o quadro dissociativo em si quanto os quadros conversivos, identificados na classe geral de “transtornos neuróticos, do estresse e somatoformes” (OMS, 1993).

Na segunda edição do DSM (DSM-II), a histeria apareceu como neuroses e neuroses históricas, sendo subdividida em tipos conversivo e dissociativo, bem como um TP, a chamada “personalidade histérica” (SHORTER, 2005). Na quinta e atual versão do DSM, esta encontra-se inserida no diagnóstico de “Transtorno da Personalidade Histrionica”, o qual foi excluído da atual e décima primeira edição da CID (CID-11) e incorporado ao “padrão *borderline* da personalidade” (WHO, 2019). Em 1993, com a CID-10 e, em 1994, com a quarta edição do DSM (DSM-IV), ficou estabelecido o fim da categoria histeria, com sua redesignação sob novas nomenclaturas diagnósticas (ÁVILA; TERRA, 2011). Em seu lugar, optou-se pelo termo “dissociativo”, que contempla tanto o quadro dissociativo em si quanto os quadros conversivos, identificados na classe geral de “transtornos neuróticos, estresse e somatoformes”, geralmente relacionados a eventos traumáticos, problemas sem resolução ou intoleráveis para o paciente (OMS, 1993). No DSM-IV, a histeria foi diluída entre os chamados “transtornos somatoformes”, que abrangem transtornos conversivos, somatização e somatização sem outra especificação, hipocondríaco, dismórfico corporal, doloroso e somatoforme indiferenciado (APA,

1994). Atualmente, encontra-se inserida no DSM-5 na categoria de “transtorno de sintomas somáticos e transtornos relacionados” (APA, 2014).

A CID-11 abandona a distinção entre sintomas medicamente explicáveis e inexplicáveis e inaugura a nova categoria dos transtornos de sofrimento corporal ou experiência corporal (6C2), dentro da qual a histeria está compreendida implicitamente (GRACINO et al., 2020). Estes são caracterizados pela presença de sintomas corporais que são angustiantes para o indivíduo e para os quais é direcionada atenção excessiva, que podem se manifestar por contato repetido com profissionais de saúde (WHO, 2019). Esta categoria substitui os transtornos somatoformes da CID-10 e inclui também a neurastenia, tendo sido abolida a palavra “somático” para evitar sua conotação negativa (GUREJE; REED, 2016). Assim, na perspectiva da CID-11 observa-se a histeria inserida nos transtornos dissociativos (6B6) e transtornos de sofrimento corporal ou experiência corporal (6C2) (WHO, 2019).

4.2 Anorexia nervosa

A AN é um transtorno psiquiátrico grave, caracterizado por inanição, desnutrição, alta prevalência de comorbidades psiquiátricas, resistência acentuada ou ausência de resposta ao tratamento, complicações médicas frequentes e um risco substancial de morte (MITCHELL; PETERSON, 2020). É um transtorno mental complexo e frequentemente crônico, no qual há uma recusa em manter o peso igual ou acima do esperado para a idade e altura, medo acentuado de engordar e imagem corporal distorcida (STEINHAUSEN, 2002). Codificada na CID-11 por 6B80, neste método classificatório a AN é definida por peso corporal significativamente baixo para a altura, idade e estágio de desenvolvimento do indivíduo (IMC inferior a 18,5 kg/m² em adultos e IMC para idade abaixo do quinto percentil em crianças e adolescentes), o que não é devido a outro problema de saúde ou à indisponibilidade de alimentos (OMS, 2018).

Mulheres púberes são predominantemente atingidas pela anorexia, com uma incidência de 10 a 20 vezes maior que em homens, sobretudo bailarinas e modelos (4%) (FERREIRA, 2003). A anoréxica apresenta uma distorção de sua autoimagem

corporal, perseguindo, a qualquer custo, o que percebe como boa forma (MELLO NETO et al., 2006), encontrando ressonância no caráter antinatural da histórica relação do homem com a sua forma corporal. A desconformidade com a forma do corpo sempre teve expressão estética, ideais de beleza, religiosa, ideais de ascetismo, militar, ideais de força física, numa tentativa de superar a natureza, de alcançar a sublimidade (HERRMANN, 2010). Relatos de “mulheres jejuadoras” datam da Idade Média, tendo algumas sido santificadas pela Igreja, a exemplo de Santa Clara de Assis e Santa Wilgerfortis, as quais jejuavam até ficarem com a saúde comprometida, ou até a morte (HERRERO, 1999). A cronologia segue até os primórdios da psicanálise, com o interesse de Freud no comportamento anoréxico, vinculando-o a uma defesa contra o desenvolvimento da sexualidade ou ligado ao quadro melancólico (NINA, 2010).

De acordo com o DSM-5, para estabelecer um diagnóstico de AN, o paciente necessita preencher três critérios essenciais: (1) restrição da ingesta calórica em relação às necessidades, levando a um peso corporal significativamente baixo no contexto de idade, gênero, trajetória do desenvolvimento e saúde física; (2) medo intenso de ganhar peso ou comportamento persistente que interfere no ganho ponderal, a despeito de magreza acentuada e (3) perturbação no modo como o próprio peso ou a forma corporal são vivenciados (APA, 2014). A AN pode se apresentar sob uma forma unicamente restritiva (AN-R) e com compulsão alimentar purgativa (AN-P), freqüentemente progredindo do subtipo restritivo para o subtipo de compulsão alimentar (MITCHELL; PETERSON, 2020). Com início geralmente na adolescência ou na idade adulta jovem, tal TA possui prevalência ao longo da vida de aproximadamente 0,8%, sendo 92% das pessoas afetadas do sexo feminino (UDO; GRILO, 2018).

A semi-inanição e os comportamentos purgativos às vezes associados à AN podem resultar em condições médicas graves e potencialmente fatais (APA, 2014). Estas constituem indicações para hospitalização, e incluem: hipotensão ou desidratação profunda, anormalidades eletrolíticas graves, arritmias ou bradicardia grave, risco de suicídio e IMC menor ou igual a 15 (MITCHELL; PETERSON, 2020). Assim, alguns marcadores biológicos podem auxiliar o diagnóstico, como leucopenia, uremia, redução dos níveis de triiodotironina (T3) e densidade mineral óssea baixa (APA, 2014). Em mulheres jovens, a participação em escolas de ballet rigorosas

aumenta em cerca de sete vezes a possibilidade de desenvolvimento de AN (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017); ocupações incentivam a magreza, como modelo, também aumentam o risco do transtorno (APA, 2014). Comorbidades psiquiátricas incluem transtorno depressivo maior (TDM), transtornos de ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), transtornos relacionados ao trauma e transtornos por uso de substâncias (TUS) (ULFVEBRAND *et al.*, 2015).

Achados de neuroimagem como alargamento do sulco cortical, dilatação ventricular e atrofia cerebral podem ocorrer na AN (FRANK, 2015). Neuroquimicamente, sugere-se haver um *turnover* e atividade reduzida da norepinefrina, pelos níveis reduzidos de 3-metóxi-4-hidroxifenilglicol (MHPG) na urina e no líquido cefalorraquidiano (LCS) de alguns pacientes com tal TA (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017). Foi relatada alta incidência de agregação familiar na AN, com cerca de 50 a 60% de herdabilidade baseada em gêmeos (WATSON *et al.*, 2019). Outras possíveis causas de baixo peso corporal que devem ser consideradas no diagnóstico diferencial de AN são: doenças GI, TDM, esquizofrenia e transtornos por uso de substâncias (TUS) (APA, 2014). A consideração destes transtornos impacta de maneira significativa no tratamento, haja vista que medicamentos psicotrópicos são geralmente ineficazes em promover ganho de peso, reduzir sintomas depressivos ou prevenir recaídas em pacientes com AN, sendo preferível a psicoterapia (MITCHELL; PETERSON, 2020).

4.3A interface entre a histeria e a anorexia nervosa

4.3.1 Correlações psicanalíticas

Do ponto de vista psicanalítico, a anorexia é um sintoma que coloca em cena as particularidades do sujeito em relação à alimentação, a qual tem uma função erótica para o indivíduo por implicar um direcionamento ao Outro (PENA; CALAZANS, 2015). Segundo Freud, uma das primeiras manifestações da sexualidade está relacionada à oralidade, sendo a boca uma zona erógena e, conseqüentemente, um lugar primordial de troca com o Outro (FREUD, 1905). O alimento, servindo de artifício ante a angústia, é recusado pela anoréxica como modo de demarcar seu próprio desejo (MELLO

NETO et al., 2006). Pode-se dizer que, dentro desse paradigma, esta relação concerne sobretudo à essência do discurso amoroso: é por amor, para ser a única, que a anoréxica se consome na recusa do alimento (SALES; MARCOS, 2018).

A categoria diagnóstica "anorexia nervosa" foi introduzida por William Gull em 1874, divergindo etiologicamente do conceito de "anorexia histérica" inaugurado por Charles Lasègue em 1873 (VALENTE, 2016): enquanto Gull considerava-a um fenômeno de origem central, Lasègue concebia a anorexia como parte do quadro sintomatológico histérico (MELLO NETO et al., 2006). Porém, mesmo Gull já havia se referido à doença como "apepsia histérica" em 1868, quando notou a hiperatividade física inesperada diante do emagrecimento e outros sintomas corporais que as pacientes apresentavam (NINA, 2010). Na psiquiatria alemã, alterações alimentares eram vistas inicialmente como sintomas de transtornos de humor, ou como manifestações de diagnósticos históricos não mais usados pela maioria dos psiquiatras, como a histeria (BERGNER et al., 2021). Kraepelin (1909–1915) considerava a instabilidade do afeto como seu sintoma cardinal, que poderia causar sequelas mentais e somáticas; assim, a perda de apetite poderia ser um sinal de tristeza.

Do ponto de vista da psicanálise, sugere-se uma relação entre a AN e a histeria, voltando o olhar para uma mãe, histérica, que oscila entre a falta e o excesso no vínculo diádico (MELLO NETO et al., 2006). Zirlinger (1996) expõe a anorexia como um sintoma neurótico histérico, representante do conflito entre uma ligação infantil com a mãe e fracassadas tentativas de libertar-se dessa última. Na sociedade atual, os papéis da mãe e da filha estão pouco diferenciados – concorrem pelos mesmos espaços, pelas mesmas vestimentas, almejam os mesmos corpos nas academias – de tal maneira que a garota tem a difícil tarefa de desvencilhar-se da figura materna e lançar-se no mundo em busca de uma identidade própria (SZTAJNBERG, 2003). Assim, quando a mãe não favorece a separação para que o bebê assuma uma identidade própria e saudável, o "comer nada" da anoréxica viria como uma forma desta mostrar-se separada da mãe, enquanto um ser com desejos próprios (HERRERO, 1999).

A recusa alimentar agregada à percepção de Lasègue de anorexia histérica, também aparece dentro de um contexto de conversão e somatização no relato de

caso publicado por McNicholas et al. (2013). Trata-se de uma menina de 11 anos, a mais nova entre três irmãos, encaminhada para internação devido a deterioração física gradual secundária a uma SRG. No momento de sua admissão, ela se recusava a comer qualquer alimento, beber líquidos e falar com a equipe, queixava-se de letargia e cólicas abdominais e tinha prejuízo do autocuidado. A paciente, que sempre foi muito preocupada com sua saúde, acordava com frequência durante a noite e ia para a cama dos pais, os quais eram autoritários, reclamando de várias dores e sofrimentos. Apesar de não se preocupar com sua forma corporal, foi descrita pré-morbidamente como tendo sido “gorda”, e era uma “criança sensível”, especialmente vulnerável a qualquer desprezo percebido por seus colegas. Após 18 meses de internação hospitalar sem melhora aparente dos sintomas, porém em regime de psicoterapia individual e familiar, apresentou resolução súbita da recusa alimentar e sintomas físicos ao ter seu pedido de voltar para casa atendido e retomar o convívio familiar (MCNICHOLAS et al., 2013). A conversão histérica pode ser observada neste caso a partir do momento em que a paciente expressa, através dos sintomas físicos e alimentares, seu desejo reprimido: o de ser única e reconhecida em sua singularidade por seus pais. Em sessão de terapia individual, a jovem revelou que achava difícil expressar seus sentimentos e estava preocupada que seus pais não a deixassem crescer e ter sua própria identidade, pois estes comparavam-na com frequência a seus irmãos mais velhos (MCNICHOLAS et al., 2013). Ela também afirmou durante esta sessão que não queria comer e melhorar por medo de que suas preocupações fossem esquecidas, o que evidencia então o ganho secundário advindo do sintoma anoréxico.

Pena e Calazans (2015) trazem o conceito de anorexia histérica, na qual o sujeito posiciona-se frente ao Outro de diversos modos a partir do funcionamento pulsional. Isto porque o corpo, como é concebido pela psicanálise, transcende a sua organicidade; corresponde a uma dimensão de intensidades mapeadas pelo desejo do Outro, ganhando representação no sistema psíquico (MAURANO, 2010). Partindo do entendimento de que todo o corpo do sujeito é erotizado, pode-se compreender que as diversas manifestações corporais das histéricas (sejam elas, contraturas, paralisias e até mesmo anorexias) são fontes de pulsão – ou seja, de exigência de satisfação (CATANI, 2014). Assim, o sujeito recusa o alimento para “comer nada”, demonstrando que há um forte enlace com o Outro, ao mesmo tempo que se direciona

a um rompimento de laços com este, num movimento próprio à histeria (LACAN, 1956).

Por meio da recusa daquilo que vem do Outro no registro do ter, a anoréxica busca criar uma posição particular no Outro, estando disposta a morrer de fome por isso (SALES; MARCOS, 2018). A vida é permeada por experiências de separação, como a castração, que dará ao sujeito a consciência da falta; e é a partir dessa falta que irá surgir o desejo, o indivíduo e, assim, uma subjetividade (JUSTUS, 2004). Se houver um defeito nesse processo, que pode decorrer da ausência do olhar do pai e consequente concepção da mãe como porto-seguro, garantindo, à filha, a não existência da falta, surgirá a anorexia como consequência da retirada simbólica do falo como significante (MELLO NETO et al., 2006). A solução que Lacan propôs para estes casos foi poder dispensar o pai como fiador do sentido, sexual, fálico, sob a condição de encontrar algo que pudesse ter o mesmo uso; ou seja, o que a psicanálise propõe não é a adaptação de um sujeito ao mundo, mas sim de um sujeito que, diante do insuportável, pode dizer não (ORTEGA, 2012).

4.3.2 Correlações psiquiátricas

Do ponto de vista psiquiátrico, a AN pode se correlacionar com a histeria quando esta apresenta-se nos transtornos conversivos. Dois artigos publicados apontam-na como comorbidade com tais transtornos. Relato de caso de Fox et al. (2020) traz uma paciente anoréxica de 51 anos que apresentou transtorno conversivo com fraqueza das pernas, após cirurgia para correção de síndrome do ligamento arqueado mediano. Após excluídas causas orgânicas, percebeu-se que o afeto e comportamento da paciente tinham total despreocupação com relação à fraqueza (*la belle indifférence*), mesmo mecanismo de cisão mente-corpo presente tanto na AN quanto na histeria (MELLO NETO et al., 2006). Goldenstein et al. Reportaram um caso em 2013, no qual a resposta atípica de uma adolescente a um modelo de tratamento bem estabelecido para AN deu origem a uma reconceitualização de seu TA como tendo surgido dentro do contexto de um transtorno conversivo primário. A paciente foi observada exibindo um comportamento "histérico", pois suas convulsões, ataques de pânico, ideação suicida, fadiga, mutismo e recusa alimentar foram vistos como sintomas convertidos de sofrimento psicológico, muito provavelmente desencadeados

pela separação contínua de figuras de apego significativas (GOLDENSTEIN et al., 2013).

Dissociação e disfunção da imagem corporal estão fortemente relacionadas na fisiopatologia da anorexia nervosa (SEIJO, 2015). Um estudo experimental recente de Demartini et al. (2021) evidenciou que, ao serem submetidos ao Teste de Observação do Espelho (TOE), pacientes com AN relataram um maior número de aparições de rostos estranhos e sensações dissociativas do que indivíduos saudáveis. Além disso, a dissociação pode ser uma característica transdiagnóstica que interfere no resultado do tratamento dos TA (BEATO-FERNANDEZ et al., 2020). Dela podem decorrer fenômenos alucinatorios auditivos, pois de acordo com o Modelo de Dissociação de Trauma (MDT) de audição de voz, vozes internas podem representar material cognitivo descontextualizado decorrente de eventos traumáticos iniciais introjetados na percepção consciente devido a processos dissociativos (LONGDEN et al., 2012). Muitos indivíduos diagnosticados com TA, os descrevem como sendo representados por "vozes" internas, e pesquisas anteriores identificaram associações entre avaliações subjetivas destas e psicopatologia alimentar em pacientes anoréxicas (PUGH et al., 2018). Assim, na medida em que a histeria se encontra inserida nos transtornos dissociativos, observa-se uma via psicopatológica comum entre manifestações históricas e os diversos sintomas que compõem a AN.

Estudo original do tipo corte transversal publicado por Palmisano et al. (2018) evidenciou que indivíduos com diagnóstico de TA apresentaram níveis mais elevados de trauma na infância e dissociação psicológica e somatoforme em comparação com pessoas saudáveis, sendo os eventos dissociativos mais intensos em pacientes com BN e AN-P. Estudo retrospectivo realizado na Itália, com amostra de pacientes mulheres jovens com diagnóstico de AN segundo os critérios do DSM-5, identificou que estas apresentaram relações traumáticas como principais fatores de risco relacionados a eventos traumáticos (LONGO et al., 2020). Entre os itens avaliados pela escala *Life Events Checklist* (LEC), os quais incluem tanto traumas ambientais quanto interpessoais, destacaram-se violência física (37,7%) e agressões sexuais (23%) em pacientes anoréxicas (LONGO et al., 2020). O trauma está entre as explicações de Freud para a origem da histeria, a qual se expressa, na recusa alimentar anoréxica, como uma defesa diante da possibilidade de invasão e aniquilamento pelo outro. Portanto, pode-se depreender, a partir da correlação

psiquiátrica entre traumas relacionais e AN, que a histeria traumática se insere em ambos, que têm o corpo como palco de violação pelo outro e, ao mesmo tempo, como instrumento de delimitação e posicionamento diante de suas demandas.

Sintomas GI aparecem com frequência em pacientes com AN, e estudo de corte transversal publicado recentemente evidenciou correlação significativa de sintomas de SII com os sintomas anoréxicos e somatização (KESSLER et al., 2020). A expressão e evolução dos sintomas digestivos relatados por pacientes com diagnóstico de TA são influenciadas por perfis psicopatológicos, com traços de hipocondria e histeria sendo fatores preditivos de melhora sintomática (SALVIOLI et al., 2013). Estudo de corte transversal de Heyer (2018) comparou sintomas somáticos, psiquiátricos e outros elementos potencialmente relacionados a transtornos conversivos entre jovens com colapso não sincopal psicogênico e aqueles com síncope neuromediada. As análises resultaram em mais diagnósticos de TA, bem como mais sintomas somáticos e percepções de interação social mais pobres em jovens com distúrbio neurológico funcional em comparação àqueles de origem orgânica (HEYER, 2018).

Os TP também são altamente comórbidos com os alimentares, sendo o “Transtorno da Personalidade Evitativa” (TPE) e o TPB, os mais comumente encontrados nesta população (VON LOJEWSKY et al., 2013). Altas taxas de comorbidade podem não ser surpreendentes, pois tanto a AN quanto o TPB compartilham características essenciais, como instabilidade afetiva ou déficits na regulação emocional (VODERHOLZER; FAVREAU; SCHLEGL; HESSLER-KAUFMANN, 2021). Em 1967, Otto Kernberg cunhou o termo “organização *borderline* da personalidade” para abarcar pacientes que apresentavam padrões característicos de fragilidade do ego, operações defensivas primitivas e relações objetais problemáticas. Segundo Gabbard (2014), os sintomas dos chamados “histéricos orais” (aqueles que possuem um nível de funcionalidade mais primitivo) sobrepõem-se consideravelmente com os do TPB. O próprio DSM-II chegou a substituir a terminologia “personalidade emocionalmente instável” por “personalidade histérica” (CATANI, 2014), caracterizando o TPB como histeria dentro do contexto histórico das classificações psiquiátricas. Assim, tal base psicopatológica comum poderia explicar a importante associação entre manifestações histéricas e a AN.

A Seção III do DSM-5 apresenta um modelo diagnóstico dimensional alternativo para os TP, que visa tratar de inúmeros pontos fracos da abordagem atual (APA, 2014). Por exemplo, o paciente típico que atende os critérios para o TPH com frequência também atende critérios para o TPB, o que foi comprovado em estudo que evidenciou que as características mais distintivas de pacientes que preenchiam critérios para TPH incluíam muitas características presentes no TPB (BAKKEVIG; KARTERUD, 2010). Portanto, assim como na CID-11, no modelo alternativo do DSM-5 o TPH não consta na lista de diagnósticos específicos de TP, estando incluído nos prejuízos no funcionamento da personalidade e nos traços de personalidade patológicos do padrão *borderline* (APA, 2014), o que reforça sua associação com a psicopatologia histérica.

Alguns estudos ligaram os TP do cluster C (evitativos, dependentes e obsessivo-compulsivos) à anorexia nervosa, com medidas padronizadas de traços e transtornos de personalidade confirmando as descrições clínicas de anoréxicos restritivos como indivíduos constrictos, conformados e obsessivos (VITOUSEK; MANKE, 1994). Em muitos casos, o paciente com um perfil evitativo, típico da AN, tende a evitar a comunicação com o terapeuta, fala sobre assuntos menos essenciais ou até chega atrasado para as sessões (MOYERS, 2002). O acesso rápido à análise de sentimento de um depoimento sobre a imagem do corpo do paciente, emoções vivenciadas pelo paciente e áreas particulares de dificuldades de pessoas com tendência à AN, pode ajudar a estabelecer o diagnóstico em um tempo muito curto e iniciar uma terapia imediata. Spinczyk *et al.* (2020) propuseram um método diagnóstico automático auxiliado por computador para AN, o qual ajudou a evitar as aversões do paciente em relação à terapia, o que pode incluir evitar a comunicação paciente-terapeuta, falar sobre temas menos essenciais e chegar tarde para as sessões. Essas circunstâncias podem garantir um prognóstico promissor para a recuperação.

Pacientes com TA apresentaram escores médios de dissociação > 15 em estudo publicado por Lyssenko *et al.* (2018). É possível estabelecer uma correlação neurobiológica entre a histeria em sua apresentação dissociativa e a AN. De acordo com um modelo neurobiológico proposto para a psicopatologia da AN, seus fenômenos característicos refletem a disfunção de uma ampla gama de estruturas cerebrais, mediada por alterações da ínsula (NUNN *et al.*, 2008). Tal estrutura também

encontra-se alterada na dissociação: diante de uma situação traumática, ocorre extrema ativação tanto do sistema nervoso simpático (SNS) quanto do sistema nervoso parassimpático (SNP) - por exemplo, da ínsula - o que resulta em entorpecimento, apatia e perplexidade (NUNN et al., 2014).

5 CONCLUSÃO

De acordo com o DSM-5, a AN é um TA caracterizado pela restrição da ingestão calórica em relação às necessidades por medo de engordar, levando o indivíduo a um peso corporal significativamente baixo. Além disso, tais pacientes, em sua maioria do sexo feminino, despertam a preocupação dos familiares devido à gradual deterioração clínica, colocando a sintomatologia anoréxica sobre os holofotes do funcionamento familiar, mecanismo central da manutenção da psicopatologia histérica.

Segundo a ótica da psicanálise, os artigos coletados descrevem a recusa à alimentação como um dos sintomas presentes em pacientes histéricas, conceito trazido por Freud e Lasègue. A alimentação tem uma função erótica para a anoréxica por implicar um direcionamento ao Outro, posicionando-se diante dele através do “comer nada”. A presente revisão traz também dificuldades vinculares da díade mãe-bebê como precursoras da AN, as quais também fundamentam o surgimento de uma estrutura histérica.

Através da psiquiatria, observa-se a interrelação entre AN e transtornos psiquiátricos de origem histérica, na medida que a comorbidade entre tal TA, transtornos dissociativos, conversivos, de sintomas somáticos e TP é bem documentada na literatura. Dissociação e disfunção da imagem corporal estão fortemente relacionadas na fisiopatologia da AN, havendo possivelmente uma via neurobiológica comum entre sintomas anoréxicos e dissociativos através de alterações insulares em ambos. Destarte, pôde-se observar, na presente revisão narrativa da literatura, a interface entre a histeria e a AN, tanto do ponto de vista psicanalítico quanto do ponto de vista psiquiátrico. O melhor entendimento do mecanismo de funcionamento da AN justifica a importância deste trabalho, no sentido de aprimorar a abordagem terapêutica de tal TA.

REFERÊNCIAS

AGUIRRE, L. Patologias atuais. *In*: ESTADOS GERAIS DA PSICANÁLISE: SEGUNDO ENCONTRO MUNDIAL. 2004, Rio de Janeiro. **Anais do II encontro mundial Estados Gerais da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 4. ed. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ÁVILA, L. A. Somatization or psychosomatic symptoms? **Psychosomatics**, [s.l.], v. 47, n. 2, p. 163-166, mar. / abr. 2006.

ÁVILA, L. A.; TERRA, J. R. Histeria e somatização: o que mudou? **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 4, p. 333-340, fev. 2011.

AZEVEDO, Berta Hoffmann. **Crise epiléptica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

BAKKEVIG, J. F.; KARTERUD, S. Is the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, histrionic personality disorder category a valid construct? **Comprehensive Psychiatry**, Mercer Island, v. 51, n. 5, p. 462–470, set. / out. 2010.

BEATO-FERNANDEZ, L. *et al.* Attitudes towards change mediate the effect of dissociation on psychopathological outcome in the treatment of eating disorders. **European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association**, Norwich, v. 28, n. 6, p. 724-738, jul. 2020.

BELINTANI, G. Histeria. **Revista de Psicologia da Vetor Editora**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 56-69, dez. 2003.

BERGNER L.; HIMMERICH H.; KIRKBY, K. C.; STEINBERG, H. Descriptions of Disordered Eating in German Psychiatric Textbooks, 1803-2017. **Frontiers in Psychiatry**, Lausanne, v. 11, p. 1-16, jan. 2021.

CATANI, J. Histeria, transtornos somatoformes e sintomas somáticos: as múltiplas configurações do sofrimento psíquico no interior dos sistemas classificatórios. **Jornal de Psicanálise**, São Paulo, v. 47, n. 86, p. 115-134, ago. 2014.

DEMARTINI, B. *et al.* Visual perception and dissociation during Mirror Gazing Test in patients with anorexia nervosa: a preliminary study. **Eating and Weight Disorders**, Philadelphia, v. 26, n. 5, p. 1541–1551, jun. 2021.

EY, Henri; BERNARD, Paul; BRISSET, Charles. **Tratado de Psiquiatria**. 8 ed. Barcelona: Masson, 1978.

FERREIRA, R. A. Anorexia e bulimia: a condução do tratamento. **Revista de psicanálise**, Belo Horizonte, v. 25, n. 50, p. 57-66, 2003.

FISHER, C. M. Hysteria: a delusional state. **Medical Hypotheses**, Amsterdam, v. 53, n. 2, p. 152-156, ago. 1999.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1972.

FOX, C. J.; MORTON, A.; WATTERS, A.; MEHLER, P. S. Abdominal Pain Associated With Anorexia Nervosa and Median Arcuate Ligament Syndrome: A Rare Condition Shadowed by a Postoperative Conversion Disorder. **Vascular and endovascular surgery**, London, v. 54, n. 6, p. 528-531, ago. 2020.

FRANK, G. K. W. Advances from neuroimaging studies in eating disorders. **CNS Spectrums**, Cambridge, v. 20, n.4, p. 391-400, ago. 2015.

FREUD, Sigmund. A concepção psicanalítica da perturbação psicogênica da visão. *In*: FREUD, Sigmund. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: Cinco lições de psicanálise, Leonardo da Vinci e outros trabalhos (1910). Rio de Janeiro: Imago, 1987.

FREUD, Sigmund. Fragmentos de análise de um caso de histeria. *In*: FREUD, Sigmund. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: Um Caso de Histeria, Três Ensaio sobre Sexualidade e outros trabalhos (1901-1905). 2. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1987. v. 7, p. 1-119.

FREUD, Sigmund. Observação de um caso grave de hemianestesia em um homem histérico. *In*: FREUD, Sigmund. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: Publicações pré-Psicanalíticas e esboços inéditos (1886-1889). 2. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1987. v. 1, p. 51-57.

FREUD, Sigmund. Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar. *In*: FREUD, Sigmund. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: Estudos sobre a histeria (1893-1895) em coautoria com Joseph Breuer. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. *In*: FREUD, Sigmund. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: Um Caso de Histeria, Três Ensaio sobre Sexualidade e outros trabalhos (1901-1905). 2. ed. Rio de Janeiro: Imago, 2006. v. 7, p. 1-196.

GABBARD, Glen O. Histrionic personality disorders. *In*: GABBARD, Glen O. **Gabbard's Treatments of Psychiatric Disorders**. 5. ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2014.

GABBARD, Glen O. **Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

GOLDSTEIN, M.; MADDEN, S.; PETERS, L. The use of effective treatments: the case of an adolescent girl with anorexia nervosa in the context of a conversion disorder. **Clinical child psychology and Psychiatry**, London, v. 18, n. 2, p. 214-23, abr. 2013.

GRACINO, Y. L. L.; LOUVEIRA, M. H.; GAUDIOSO, C. E.; SOUZA, J. C. Somatoform disorders during the COVID-19 pandemic. **Research, Society and Development**, [s.l.], v. 9, n. 9, p. 1-14, set. 2020.

GUREJE, O.; REED, G. M. Bodily distress disorder in ICD-11: Problems and prospects. **World Psychiatry**, [s.l.], v. 15, n. 3, p. 291-292, out. 2016.

HALES, Robert E.; YUDOFKY, Stuart C.; GABBARD, Glen O. **Tratado de psiquiatria clínica**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

HERRMANN, Fábio. APESAR DOS PESARES: Breve contribuição ao estudo da obesidade. *In*: BRUNO, Cássia Aparecida Nuevo. **Distúrbios alimentares**: uma contribuição da psicanálise. Rio de Janeiro: Imago, 2010.

HEYER, G. L. Youth With Psychogenic Non-Syncopal Collapse Have More Somatic and Psychiatric Symptoms and Lower Perceptions of Peer Relationships Than Youth With Syncope. **Pediatric neurology**, New York, v. 79, p. 34-39, fev. 2018.

JUSTUS, D. Anorexia, uma cega tenacidade. *In*: ESTADOS GERAIS DA PSICANÁLISE: SEGUNDO ENCONTRO MUNDIAL. 2003, Rio de Janeiro. **Anais do II encontro mundial Estados Gerais da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2003.

KERNBERG, O. F. Borderline personality organization. **Journal of the American Psychoanalytic Association**, [s.l.], v. 15, p. 641–685, jul. 1967.

KESSLER, U. *et al.* Association between gastrointestinal complaints and psychopathology in patients with anorexia nervosa. **International Journal of Eating Disorders**, Middletown, v. 53, p. 802–806, jan. 2020.

KRAEPELIN, Emil. **Psychiatrie, ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte**. Leipzig: Verlag von Johann Ambrosius Barth, [entre 1909 e 1915].

LACAN, Jacques. **O seminário, livro 4: a relação de objeto**. Rio de Janeiro: Zahar, 1995.

LASÈGUE, C. Da anorexia histérica. **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 158-171, jul. 1998.

LONGDEN, E.; MADILL, A.; WATERMAN, M. G. Dissociation, trauma, and the role of lived experience: Toward a new conceptualization of voice hearing. **Psychological Bulletin**, Washington DC, v. 138, n. 1, p. 28–76, jan. 2012.

LONGO, P. *et al.* Young Patients with Anorexia Nervosa: The Contribution of Post-Traumatic Stress Disorder and Traumatic Events. **Medicina**, Kaunas, v. 57, n. 2, p. 1-10, dez. 2020.

HERRERO, L. S. L. Anorexia: comer nada. Una perspectiva psicoanalítica. **Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría**, Madrid, v. 19, n. 72, p. 599-608, 1999.

LYSSENKO, L. *et al.* Dissociation in Psychiatric Disorders: A Meta-Analysis of Studies Using the Dissociative Experiences Scale. **The American journal of Psychiatry**, Washington DC, v. 175, n. 1, p. 37-46, jan. 2018.

MAURANO, Denise. **Histeria: o princípio de tudo**. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 2010.

MCNICHOLAS, F.; PRIOR, C.; BATES, G. A case of pervasive refusal syndrome: a diagnostic conundrum. **Clinical Child Psychology and Psychiatry**, London, v. 18, n. 1, p. 137-150, jan. 2013.

MELLO NETO, G. A. R.; MARTINEZ, V. C. V.; SANTOS, F. O.; SILVA JUNIOR, M. C. Anorexia e bulimia, suas interfaces com a histeria e o discurso psicanalítico. **Aletheia**, Canoas, n. 23, p. 101-111, jun. 2006.

MENDOZA, M. L. C. A grande farsa da histeria. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 9, n. 4, p. 55-61, out. / dez. 1987.

MITCHELL, J. E.; PETERSON, C. B. Anorexia Nervosa. **The New England Journal of Medicine**, Massachusetts, v. 382, n. 14, p. 1343-1351, abr. 2020.

MOYERS, T. B.; ROLLNICK, S. A motivational interviewing perspective on resistance in psychotherapy. **Journal of Clinical Psychology**, Hoboken, v. 58, n. 2, p. 185–193, fev. 2002.

NINA, Milton Della. ANOREXIA NERVOSA E A PSICANÁLISE: Tendências e uma leitura. *In*: BRUNO, Cássia Aparecida Nuevo. **Distúrbios alimentares: uma contribuição da psicanálise**. Rio de Janeiro: Imago, 2010.

NUNN K. P.; FRAMPTON I.; GORDON, I.; LASK, B. The fault is not in her parents but in her insula - a neurobiological hypothesis of anorexia nervosa. **European Eating Disorders Review**, Norwich, v. 16, n. 5, p. 355–360, set. 2008.

NUNN K. P.; LASK, B.; OWEN, I. Pervasive refusal syndrome (PRS) 21 years on: a re-conceptualisation and a renaming. **European child & adolescent Psychiatry**, Heidelberg, v. 23, n. 3, p. 163-72, jun. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da cid-10: descrições, clínicas e diretrizes diagnósticas.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **6ª revisão das Listas Internacionais de Doenças e Causas de Morte.** Washington DC: OPAS, 1952.

ORTEGA, L. G. Nuevas formas de histeria: globalización del mercado y repunte de la histeria. **Revista Colombiana de Psiquiatría**, Bogotá, v. 41, n. 3, p. 521-535, jul. 2012.

PALMISANO, G. L. *et al.* Childhood Traumatic Experiences and Dissociative Phenomena in Eating Disorders: Level and Association with the Severity of Binge Eating Symptoms. **Journal of Trauma & Dissociation**, London, v. 19, n. 1, p. 88-107, jan. / fev. 2018.

PANDOLFI, M. M. *et al.* Possíveis fatores associados à autopercepção da imagem corporal. **Revista de Atenção à Saúde**, São Caetano do Sul, v. 18, n. 64, p. 101-109, abr. / jun. 2020.

PENA, D. C. S.; CALAZANS, R. Anorexia e pulsão: enlaces e desenlaces entre o sujeito e o Outro. **Psicologia clínica**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 181-200, jul. 2015.

PUGH, M.; WALLER, G.; ESPOSITO, M. Childhood trauma, dissociation, and the internal eating disorder 'voice'. **Child abuse & neglect**, Amsterdam, v. 86, p. 197-205, out. 2018.

REQUENA, F. Z.; PEROSA, R. C. A importância do acompanhamento longitudinal em psiquiatria: de esquizofrenia a transtorno borderline. **Revista Científica do IAMSPE**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 107-118, jan. / abr. 2020.

SADOCK, Benjamin J.; SADOCK, Virginia A.; RUIZ, Pedro. **Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica.** 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

SALES, C. F.; MARCOS, C. M. Para além do paradigma histórico da anorexia: a ordem de ferro do supereu materno. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 329-348, ago. 2018.

SALVIOLI, B. *et al.* Audit of digestive complaints and psychopathological traits in patients with eating disorders: a prospective study. **Digestive and liver disease: official journal of the Italian Society of Gastroenterology and the Italian Association for the Study of the Liver**, Amsterdam, v. 45, n. 8, p. 639-644, abr. 2013.

SCHMIDT, E.; MATA, G. F. Anorexia nervosa: uma revisão. **Revista de Psicologia**, Niterói, v. 20, n. 2, p. 387-400, mar. 2009.

SEIJO, N. Eating disorders and dissociation. **ESTD Newsletter**, Nijmegen, v. 4, n. 1, p. 9–15, mar. 2015.

SHORTER, Edward. **A historical dictionary of psychiatry**. Oxford: Oxford University Press, 2005.

SONENREICH, Carol; ESTEVÃO, Giordano. **O que os psiquiatras fazem: ensaios**. São Paulo: Casa Editorial Lemos, 2007.

SPINCZYK, D. *et al.* Computer-aided therapeutic diagnosis for anorexia. **BioMedical Engineering OnLine**, California, v. 19, n. 53, jun. 2020.

STEINHAUSEN, H. C. The outcome of anorexia nervosa in the 20th Century. **The American Journal of Psychiatry**, Washington DC, v. 159, n. 8, p. 1284–1293, ago. 2002.

SZTAJNBERG, R. Corpo e alma: alinhavo ou costura na constituição feminina? *In*: ESTADOS GERAIS DA PSICANÁLISE: SEGUNDO ENCONTRO MUNDIAL. 2003, Rio de Janeiro. **Anais do II encontro mundial Estados Gerais da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2003. p. 1-10.

TRILLAT, Etienne. **História da histeria**. São Paulo: Escuta, 1991.

UDO, T.; GRILO, C. M. Prevalence and correlates of DSM-5-defined eating disorders in a nationally representative sample of U.S. adults. **Biological Psychiatry**, West Haven, v. 84, n. 5, p. 345-354, set. 2018.

ULFVEBRAND, S. *et al.* Psychiatric comorbidity in women and men with eating disorders results from a large clinical database. **Psychiatry Research**, California, v. 230, n. 2, p. 294-299, dez. 2015.

VALENTE, S. The hysterical anorexia epidemic in the French nineteenth-century. **Dialogues in Philosophy, Mental and Neuro Sciences**, [s.l.], v. 9, n. 1, p. 22-23, ago. 2016.

VITOUSEK, K.; MANKE, F. Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. **Journal of Abnormal Psychology**, Washington DC, v. 103, n. 1, p. 137–147, fev. 1994.

VODERHOLZER, U.; FAVREAU, M.; SCHLEGL, S.; HESSLER-KAUFMANN, J. B. Impact of comorbid borderline personality disorder on the outcome of inpatient treatment for anorexia nervosa: a retrospective chart review. **Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation**, [s.l.], v. 8, n. 1, p. 1-12, mar. 2021.

VON LOJEWSKI, A.; FISHER, A.; ABRAHAM, S. Have personality disorders been overdiagnosed among eating disorder patients? **Psychopathology**, Basel, v. 46, n. 6, p. 421-426, fev. 2013.

WATSON, H. J. *et al.* Genome-wide association study identifies eight risk loci and implicates metabo-psychiatric origins for anorexia nervosa. **Nature Genetics**, New York, v. 51, n. 8, p. 1207-1214, ago. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **ICD-11 for mortality and morbidity statistics**: Version: 2019. Geneva: WHO, 2019.

ZIRLINGER, A. T. Anorexia en la adolescencia? Ropaje actual de la histeria? *In*: Primer Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis de Niños y adolescentes. 1996, Córdoba. **Psicoanálisis de niños y adolescentes en América Latina: desarrollos y perspectivas**. Córdoba: FEPAL, 1996. p. 503-508.