

COMPULSÃO ALIMENTAR UM ENCONTRO ENTRE A NUTRIÇÃO E A PSICOLOGIA

2016

Rita Ribeiro

Psicóloga Clínica do Departamento de Saúde Pública da
Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP.
Pós-Graduada em Psico-Oncologia e Cuidados Paliativos
e em Psicoterapia Fenomenológico-Existencial.
Formanda na Pós-Graduação em Neuroeducação.
Detentora do Grau de Especialista pela ACSS

E-mail de contato:

ritaribeiromoreno@gmail.com

RESUMO

A Compulsão Alimentar é uma Perturbação do Comportamento Alimentar, conhecida por ser uma forma de compensação rápida e alívio de outros sintomas que não a fome. O indivíduo sente perda de controlo durante o episódio compulsivo ingerindo mais calorias do que o seu corpo consegue trabalhar e o peso aumenta, resultando num descontentamento com a sua imagem corporal, mas também com o seu auto-controlo. Daí advêm outras complicações cardiovasculares e respiratórias, mas também perturbações do foro psicológico como a Depressão, a Ansiedade ou o abuso de Substâncias. É considerada por isso uma doença psiquiátrica debilitante causada por um distúrbio nos hábitos alimentares ou no controlo da massa corporal que resulta em danos físicos ou psicossociais e que tem por isso mesmo vindo a ser objeto de estudo em todo o mundo, nomeadamente para se encontrarem as funções do cérebro e as questões comportamentais que estarão na origem desta Perturbação para que possam ser criados medicamentos e psicoterapias específicas.

Foi com base neste objetivo que nos surgiu o empenho no acompanhamento psicoterapêutico e nutricional da Inês de 7 anos (nome fictício) cujos resultados são meritórios de partilha, face aos desígnios que promovem a manutenção da compulsão tendo sido o trabalho estendido à dinâmica familiar.

Palavras-chave: Compulsão alimentar, perturbação do comportamento alimentar, psicoterapia, acompanhamento nutricional, dinâmica familiar.



COMPULSÃO ALIMENTAR

A Compulsão Alimentar é um distúrbio alimentar provocado pela necessidade de comer mesmo quando não se sente fome, facilitando o excesso de peso no indivíduo (Compulsão Alimentar, n.d.; Eating Disorders..., n.d.). Conhecem-se mais casos de Compulsão Alimentar em mulheres, no entanto é sabido que esta Perturbação atinge homens e mulheres, aliás, o seu início poderá acontecer na infância (questões genéticas ou familiares...), adolescência (crises de identidade, acontecimentos traumáticos...) ou adultícia (perdas, formas de lidar com o estresse...), não havendo qualquer restrição racial ou cultural (Carido, J., n.d.; Mandal, A., n.d.; O que são..., n.d.).

A sua génese poderá assim prender-se com fatores metabólicos, psicológicos, genéticos, pessoais, familiares ou sociais, no entanto existem fatores de risco, nomeadamente o período que sucede uma dieta demasiado rigorosa e não vigiada, baixa autoestima ou dificuldade de expressão emocional (Carido, J., n.d.).

Poderá o Hipotálamo (parte do cérebro que controla o apetite) falhar no envio específico de mensagens ao cérebro no que respeita à fome – Hiperfagia - ou ideia de estar saciado ou a própria falha da Serotonina (químico cerebral que afeta o humor e alguns comportamentos compulsivos) pode desencadear o que chamaríamos de razão biológica para a Compulsão Alimentar.

Poderão também os padrões alimentares instituídos na família propiciarem esta Perturbação. É sabido que muitas vezes existe a associação entre a comida e o cuidar e amar, sendo que os cuidadores alimentam as suas crianças não só por fome, mas como forma de conforto, calmante ou compensação. Quando as crianças crescem, elas adotam esse comportamento “calmante”, para se sentirem confortáveis, como se o ato de comer adquirisse a função de estratégia de *coping*, isto é, de ferramenta para lidar com o estresse. No entanto, quando a génese acontece na infância, os danos poderão causar prejuízos severos no crescimento, fertilidade para além do bem-estar mental e social (Sampaio, D., et al., 1999).

Também as famílias nas quais expressar emoções não é apropriado, promovem nas crianças um sentimento de supressão em que a comida ajuda a calar essas emoções devolvendo erroneamente algum conforto. Existem mesmo indivíduos que, sentindo não poder ou não conseguir controlar o meio envolvente (controlo de emoções, resolução de conflitos...), utilizam a comida como algo que conseguem controlar, mesmo que equivocadamente. As mudanças de humor servem também de gatilho para a compulsão, já que a comida lhes sugere o referido conforto emocional. Scorsolini-Comin e Santos (2012) referem que o meio social não só se relaciona com o aparecimento dos sintomas, mas também com a sua evolução e perpetuação.

Ainda, as dietas realizadas erroneamente por não serem vigiadas ou pela sua rigidez na privação de determinados alimentos, são agressivas para os indivíduos, fragilizando-os, deprimindo-os e frustrando-os. Estas dietas desencadeiam o impulso para comer e tornam difícil a capacidade para parar. O indivíduo com Compulsão Alimentar usualmente não aprecia a sua aparência e até acha que deveria comer menos, mas não conseguindo, recorre frequentemente a estas dietas, a laxantes e outros medicamentos que, não só não resolvem a Compulsão, como conduzem a Patologias do foro Psicológico mais graves, nomeadamente Transtorno Obsessivo Compulsivo, Ansiedade Generalizada, Depressão, Bulimia, Anorexia, entre outros (Araújo, A. P., n.d.; Eating Disorders..., n.d.; Mandal, A., n.d.).

Prevenção

É necessário começar por ensinar às crianças e adolescentes bons hábitos alimentares, explicar-lhes as complicações que advêm para a saúde em geral provenientes das dietas ou de alguns excessos, mas principalmente, o investimento na autoestima destes jovens para não se deixarem afetar pelos padrões de beleza impostos pela sociedade e este investimento passa pelo elogio dos seus sucessos e dos seus esforços, pela atenção positiva e qualidade de tempo dedicado à criança bem como à disponibilidade e valorização prestada à mesma (Compulsão Alimentar, n.d.; New, M.J., 2014), enaltecendo a importância de expressar as suas emoções e partilhar as suas experiências. Nas escolas foi já implementado o projeto “Heróis da Fruta” que favorece os lanches saudáveis pela Associação Portuguesa Contra a Obesidade Infantil (APCOI).

São realizados rastreios nutricionais, nomeadamente pela APCOI, mas também por algumas farmácias e agrupamentos de Centros de Saúde, assim como são realizadas ações de sensibilização em escolas e há que aproveitar estes recursos que a comunidade oferece para que haja uma reeducação da alimentação saudável, junto da população mais jovem, mas também das famílias, com a consciencialização dos benefícios de comer de forma saudável.

Sintomas

Existem sintomas visíveis como o aumento de peso ou um modo de apresentação diferente com recurso a roupas mais largas, comer mais depressa do que o dito normal ou comerem grandes porções de comida sem fome que o justifique. Mas existem outros comportamentos mais discretos como o evitamento de situações sociais, um humor depressivo ou irritável, comer até se sentir desconfortavelmente cheio, comerem sozinhos para que os outros não vejam o que comem ou as quantidades que comem e ficarem aborrecidos consigo mesmos pela sua falta de controlo (vergonha, culpa...) (Compulsão Alimentar, n.d.; New, M.J., 2014).

Há comentários que os indivíduos com Perturbação de Compulsão Alimentar fazem e que lhes são muito característicos devendo o profissional e mesmo os familiares estar atentos, porque deletam a Perturbação, por exemplo: “Não me consigo controlar!”, “Estou sempre a ir ao frigorífico!”, “Invento desculpas para não sair com os meus pais porque assim posso comer o que me apetece!”... (Compulsão Alimentar, n.d.).

Diagnóstico

Não há um teste específico que indique tacitamente que alguém tem uma Patologia da Compulsão Alimentar muito embora o Eating Disorder Inventory (EDI) se aproxime de alguns dados neste aspeto pois avalia o desejo de emagrecer, a Bulimia, a insatisfação corporal, a ineficácia, o perfeccionismo, a desconfiança interpessoal, o reconhecimento das sensações físicas e o medo da maturidade (Silva, C.M., 2001).

Os sintomas referidos sugerem avaliação e acompanhamento, já que é pela avaliação do discurso e do comportamento que somos capazes de efetivar o Diagnóstico. Importante será, avaliar se haverão outras doenças associadas que promovem ou facilitam esta Perturbação, por exemplo lesões no Hipotálamo ou o Transtorno/Síndrome de *Prader-Willi* (Anomalia no Cromossoma 15, desde o momento da conceção e independente do género, que promove uma dificuldade grave nas aquisições neuro-motoras, bem como outro tipo de características entre as quais a Hiperfagia (constante sensação de fome), mas também Depressão e Ansiedade (Araújo, A.P., n.d; Eating Disorders..., n.d.; Mandal, A., n.d.; Síndrome..., n.d.).

Tratamento

Vários autores apostam numa equipa pluridisciplinar com técnicos como Psicólogo, Psiquiatra, Nutricionista, Médico de Família, Médico Endocrinologista, Terapia Familiar, Terapeuta Ocupacional e Assistente Social (Eating Disorders..., n.d.; New, M. J., 2014; O que são..., n.d.).

De um modo geral, a forma de comunicar com este paciente deverá ser calma, positiva, o mais privada possível e sem qualquer tipo de confronto. O paciente terá o seu tempo próprio para assumir o problema e apenas desse modo poderá existir um comprometimento para a mudança do comportamento, não devendo o profissional desistir do acompanhamento perante alguma possível agressividade que possa existir no seu discurso defensivo. Até porque o processo é moroso e deve ser partilhado com o indivíduo com empatia revelando sensibilidade para as dolorosas e complexas questões que se prendem com esta Perturbação.

Existem no entanto práticas a evitar para não boicotar o tratamento (New, M.J., 2014; O que são..., n.d.):

- ✓ Acusar, criticar ou culpabilizar;
- ✓ Sugerir mudanças de peso (por exemplo com metas que poderão ser irreais e que na eventualidade de não serem conseguidas poderão causar mais frustração e desistência do processo terapêutico);
- ✓ Controlar a vida do paciente (fazendo-o sentir que determinadas companhias, locais ou eventos fossem proibidos, o que pode incentivar a mentira e/ou omissão e portanto à quebra de confiança entre o técnico e o paciente);
- ✓ Fazer da comida o foco da conversa;
- ✓ Comentar a sua aparência, com exceção de pequenos apontamentos que valorizem o seu esforço, nomeadamente quando o mesmo é abordado pelo utente “Já visto menos um número!”;
- ✓ Não falar com os seus médicos sem o seu conhecimento (sem confiança não será possível manter a relação terapêutica);
- ✓ Fazer-lhe promessas que não temos a certeza de poder cumprir.

Sob o ponto de vista Médico, será necessária investigação do ponto de vista biológico e se necessário a administração de químicos que ajudem a combater a fome, mas também a Depressão e Ansiedade, bem como a falta de controlo que é por excelência o que permite a compulsão (Compulsão Alimentar, n.d.; Sampaio, et al., 1999).

Da consulta de Nutrição, espera-se a ajuda para manutenção de uma relação saudável com a comida, mas também com hábitos familiares e outras necessidades nutricionais, porções necessárias, exercícios adequados e um Plano Alimentar individualizado. O Nutricionista ajuda o seu paciente a adquirir um comportamento alimentar saudável, fornecendo-lhe informação sobre o valor nutricional dos alimentos e sua importância para que ele possa fazer escolhas alimentares adequadas e assim estabelecer progressivamente um comportamento alimentar saudável e cada vez mais autónomo.

Na consulta de Psicologia, as práticas a adotar são (Kotaka, L., 2011; Sampaio, et al, 1999):

- ✓ Flexibilidade nas consultas;
- ✓ Procurar as expectativas do utente e elaborar expectativas reais;
- ✓ Diferenciar fome física de fome emocional (Porque come? – Criar consciência do motivo real que a faz comer. Identificar se canaliza outras emoções para a comida. Nesse

caso, a comida mata a fome, mas é o choro que acalma a tristeza, e técnicas de relaxamento são boas exercícios para controlo da ansiedade, por exemplo);

- ✓ Incentivar todas as atividades sugeridas pelos outros membros da equipa (nomeadamente o equilíbrio da alimentação e atividade física regular);
- ✓ Incentivar atividades sociais que não envolvam comida, diversificando a experiências interpessoais (dançar, ler, ginásio, visitar museus, exposições, teatro...);
- ✓ Elogiar a personalidade do paciente, os seus sucessos e realizações e até mesmo as tentativas e/ou o esforço;
- ✓ Relembrar que há pessoas que se importam consigo;
- ✓ Trabalhar questões que se prendem com a Depressão e Ansiedade, mas também relações sociais e familiares.
- ✓ Eventual inserção da família na consulta: trabalhar competências que ajudem a lidar de forma saudável com as emoções, pensamentos e comportamentos do indivíduo com Perturbação.
- ✓ Sugerir atividade física de qualquer ordem, pois esta permite a libertação de endorfinas (hormonas que dão a sensação de prazer), substituindo assim o efeito de bem-estar pela libertação de serotonina (que é a comida que facilita).

Deste modo o psicólogo facilita progressivamente o caminho de autonomia e de construção de uma identidade mais coesa, acente em valores capazes para a tomada de decisões e resolução de conflitos, que são preponderantes na melhoria destes sintomas de compulsão e sucesso nas atividades de vida diárias.

ESTUDO DE CASO

Inês é uma menina de 7 anos de idade, filha mais velha de um casal de jovens (Ana com 28 anos e Tibúrcio de 30 anos) e irmã do pequeno Salvador de 1 ano.

Foi encaminhada para a consulta de psicologia pela médica de família face a um peso excessivo e hábitos alimentares que – segundo a mãe -, sendo restritos em casa, tomam contornos abusivos na escola, com a ingestão do seu lanche e do lanche dos colegas. A menor já havia sido encaminhada para a consulta de nutrição nos anos anteriores, no entanto, a mãe terá sentido que não havendo evolução, seria de desistir da consulta.

Em consulta de psicologia, perante a anamnese realizada em conjunto com a progenitora, não houve registo de qualquer disfunção do ponto de vista quer do sono, quer da aprendizagem ou da socialização. Surgiu sim, sinalização de questões emocionais lábeis, nomeadamente no recurso à mentira com o intuito de agradar o outro, portanto revelando um fraco autoconceito e insegurança, como se a verdade do não fosse suficiente para surtir um efeito positivo na reação alheia; mas também um choro franco e fácil quando sente que os outros não gostam de si, portanto reagindo desta forma a uma crítica ou ao afastamento daqueles com quem sentiu uma ligação mais forte.

De um modo geral, a Inês apresentou-se às consultas de forma assídua, sempre educada, simpática, bem-disposta e algo carente, revelando-se ávida de brincadeira e de atenção, sendo muito solícita ao carinho (abraços e beijinhos). Foi sempre sincera nos seus relatos e esforçada no seu comprometimento em regrar os horários alimentares e em respeitar os lanches alheios, bem como o trabalho em equipa, no Centro de Saúde, que evoluiu para um acompanhamento nutricional em simultâneo com o acompanhamento psicológico, mas também com a médica de família, a quem solicitámos um despiste hormonal que resultou em valores apaziguadores sob esse ponto de vista.

Estaríamos portanto perante uma situação psicológica que foi avaliada com instrumentos específicos (Prova de Desenho, House-Tree-Person e Children's Apperception Test e a Figura Complexa de Rey – Osterrieth) e foi escutada a progenitora. Na consulta de nutrição foi avaliado o comportamento alimentar, com proposta de alterações saudáveis, tendo em conta o valor nutricional dos alimentos adequando um plano individual de alimentação à Inês que fosse motivador nesta etapa, não sendo brusco na sua alteração para evitar a resistência à mudança e acima de tudo, que tivesse em conta algumas das suas escolhas.

Desta avaliação concluímos que a dinâmica familiar, com inclusão dos avós merecia intervenção nomeadamente no trabalho de competências comunicacionais e de definição de hierarquia, com introdução de regras elaboradas pelos pais, compreendidas e aprovadas unanimemente. À mãe foi sugerido apoio psicológico, uma vez que se encontrava com humor deprimido e também com dificuldade no controlo dos impulsos, o que poderia ser um importante fator de modelagem. Ainda, com foco na relação mãe-filha, foi sinalizado, junto da mãe, alguns comportamentos e atitudes a serem substituídos, portanto com implementação de hábitos de elogiar a Inês mesmo que o sucesso decorresse no processo da tarefa e não só na sua conclusão; brincar com a Inês em pelo menos dois períodos semanais, com plena disponibilidade para a menor e permitindo-a liderar a brincadeira; relembrar a filha do que seria correto fazer quando percebe que envereda pelo incorreto, no sentido de lhe dar a oportunidade de corrigir o erro de imediato sem a pressão da crítica e do castigo; evitar fazer da “comida”, o assunto principal diário e questionar a Inês com perguntas abertas que lhe permitam abordar as suas experiências e emoções, humanizando e aproximando a relação de ambas, com o resultado também de fomentar na Inês possibilidade de se exprimir sem receios e de se organizar no seu pensamento à medida que o exprime, maturando-o.

Num registo de acompanhamento semanal que passou para quinzenal e atualmente se encontra semestral foram registadas melhorias substanciais, nomeadamente no que respeita à autoestima e autoconfiança da Inês, na relação que recriou com a mãe, sem a necessidade de recorrer à mentira com a frequência e pelos motivos anteriores, havendo atualmente clara aproximação e cumplicidade de ambas.

Também se registaram melhorias significativas do ponto de vista do comportamento alimentar que deixou de ter a carga emocional anterior face à despressurização familiar que por sua vez encontrou sentido na hierarquia e se organizou com as regras propostas por todos.

DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao contrário de outras perturbações do comportamento alimentar como a Anorexia Nervosa em que o ato de comer, a comida e o controlo de peso se tornam uma obsessão, ou a Bulimia Nervosa, em que os períodos de compulsão alimentar são compensados com vômito posterior, pela mesma obsessão do baixo peso, na Compulsão Alimentar há total perda de controlo no que se come, facilitando o aumento substancial de peso ou mesmo criando uma obesidade que por sua vez promove sentimentos de culpa e de vergonha, compensadas pelo ato de comer ainda mais.

É uma perturbação que não depende do género sexual, nem da raça ou extrato social, mas é um facto que acontece maioritariamente em mulheres e em adolescentes.

Os doentes não comem por terem fome, mas pelo efeito reconfortante que a comida lhes promove, numa atitude compulsiva que colmata a ansiedade provocada por uma determinada tarefa, atividade ou situação. No entanto, após o momento de conforto são inundados de uma culpabilidade atroz, pela assunção de não terem autocontrolo o que provoca um forte ataque à autoestima e autoconceito, ora porque não apreciam o seu físico, ora porque não acreditam serem capazes. É no entanto importante referir, que o comportamento se torna patológico pela sua repetição, o que não acontece numa experiência isolada que possa ter um cariz algo mais ansiogénico.

Será necessário estarmos atentos enquanto familiares ou enquanto profissionais de saúde, a comportamentos de isolamento, de foco abusivo na comida e de constrangimentos verbais ou outros que revelem a patologia e que sinalizem a intervenção quer do psicólogo, como do médico ou nutricionista, em primeira linha.

Será objetivo último da consulta de psicologia, que o paciente se sinta confortável a comunicar as suas preocupações, explorando os seus sentimentos e adequando as suas emoções, nomeadamente na busca da origem do problema, que claramente a compulsão alimentar não

soluciona, mas piora, de modo a focar a diferença referida por Kotaka (2011) entre fome-física e fome-emocional.

O trabalho dos profissionais em equipa é uma mais-valia no sucesso pessoal do paciente que sentindo-se apoiado, encontra menos fuga para a recaída e a integração da família quando adequado consolida fortemente os resultados a longo prazo.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Araújo, A. P. (n.d.). Disfunções Alimentares. Retirado em 25 de Fevereiro 2016, de <http://www.infoescola.com/saude/disfuncoes-alimentares/>

Carido, J. (n.d.). Distúrbios Alimentares. Retirado em 25 de Fevereiro 2016, de <http://lifestyle.sapo.pt/saude/peso-e-nutricao/artigos/disturbios-alimentares>

Compulsão Alimentar (n.d.). Retirado em 20 de Setembro 2015, de <http://www.minhavidacom.br/saude/temas/compulsao-alimentar>

Eating Disorders: About More Than Food (n.d.). Retirado em 20 de Setembro 2015, de <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/eating-disorders-new-trifold/index.shtml>

Kotaka, L. (2011). Descobrir Motivo de Compulsão por Comida é Vital para Emagrecer. Retirado em 30 de Setembro 2015, de <http://www.minhavidacom.br/saude/materias/13370-descobrir-motivo-de-compulsao-por-comida-e-vital-para-emagrecer>

Mandal, A. (n.d.). Distúrbios Alimentares. Retirado em 15 de Setembro 2015, de [http://www.news-medical.net/health/What-is-an-Eating-Disorder-\(Portuguese\).aspx](http://www.news-medical.net/health/What-is-an-Eating-Disorder-(Portuguese).aspx)

New, M.J. (2014). Binge Eating Disorder. Retirado em 15 de Setembro 2015, de http://kidshealth.org/teen/your_mind/mental_health/binge_eating.html#

O Que São Distúrbios Alimentares? (n.d.). Retirado em 29 de Fevereiro 2016, de <http://www.disturbiosalimentares.com>

Sampaio, D., Bouça, D., Carmo, I., Jorge, Z. (1999). Doenças do Comportamento Alimentar: Manual para o Clínico Geral. Lisboa: ASA, 5A



Scorsolini-Comin, F. & Santos, M.A. (2012). Psicoterapia como Estratégia de Tratamento dos Transtornos Alimentares: Análise Crítica do Conhecimento Produzido. Retirado em 15 de Setembro 2016, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2012000500021

Silva, C.M. (2001). Perturbação Alimentar em Contextos Desportivos: Um Estudo Comparativo. *Análise Psicológica* (2001), 1 (XIX): 131-141. Ispa: Lisboa.

