

ASPECTOS PSIQUIÁTRICOS RELATIVOS À COMPULSÃO ALIMENTAR

PENNA¹, Vanessa Pacheco; MATTEINI², Viviane;
OLIVEIRA³, Lurdiane Carvalho de; ALVES⁴, Cintia Rangel;
FERNANDES⁵, Geisimara Carneiro; PEREIRA⁶, Wander Lopes

RESUMO

Transtornos alimentares têm alcançado especial notoriedade nos últimos tempos, com a divulgação pela mídia de sua ocorrência em celebridade. Paralelamente, aumenta sua importância na psiquiatria, com o reconhecimento crescente da elevada associação de transtornos mentais. Dos principais transtornos do comportamento alimentar, a anorexia nervosa (AN) foi a primeira a ser descrita já no século XIX e, igualmente, a pioneira a ser adequadamente classificada e ter critérios operacionais reconhecidos já na década de 1970. Aproximadamente 50 a 75% dos pacientes com transtornos alimentares têm história de depressão. Pacientes com desnutrição de diferentes etiologias frequentemente apresentam sintomas depressivos que em geral, melhoram com o ganho de peso. Assim, quando depressivos significativos coexistem com a compulsão alimentar, o tratamento é direcionado primordialmente ao transtorno alimentar. Se a alteração do humor persiste após se corrigir o estado nutricional, o tratamento é então dirigido ao transtorno afetivo primário. Compulsão alimentar é doença nutricional / psiquiátrica, pois esse transtorno exige estudos mais profundos na área de psiquiatria, além de

¹ Aluna de Nutrição, Universidade Salgado de Oliveira (Campos).

² Aluna de Nutrição, Universidade Salgado de Oliveira (Campos).

³ Aluna de Nutrição, Universidade Salgado de Oliveira (Campos).

⁴ Aluna de Nutrição, Universidade Salgado de Oliveira (Campos).

⁵ Aluna de Nutrição, Universidade Salgado de Oliveira (Campos).

⁶ Gestor e professor do curso de Nutrição da Universidade Salgado de Oliveira (Campos dos Goytacazes), Mestre em Bioquímica e Metabolismo de Lipídeos pela Universidade Federal de Viçosa, Doutor em Bioquímica do Câncer pela Universidade Federal de Viçosa.

ser um problema nutricional. Os transtornos alimentares são doenças que afetam particularmente adolescentes e adultos jovens do sexo feminino, levando a marcantes prejuízos psicológicos, sociais e aumento de morbidade e mortalidade. O presente trabalho objetiva compreender o impacto das doenças que envolvem o transtorno alimentar, com ênfase nos aspectos relacionados à alimentação, a partir de uma perspectiva fenomenológica.

Palavras-chaves: Compulsão alimentar, transtornos alimentares, psiquiatria alimentar.

Introdução

Durante muito tempo, indivíduos foram considerados como pertencentes a um grupo homogêneo baseado em uma característica comum: o peso. Ignoravam-se as possíveis diferenças comportamentais que podem, em alguns casos, ter sido as desencadeadoras da obesidade. (GRILO, 2002).

Os transtornos alimentares ganham espaço no meio acadêmico e também na mídia, que os populariza e se encarrega de divulgar os conhecimentos produzidos pela ciência. As pesquisas se preocupam em examinar as variáveis biológicas, psicológicas e culturais. Porém, tem ocorrido um movimento de relacionar o culto ao corpo propagado atualmente como um fator de grande responsabilidade no desenvolvimento desses distúrbios (FERNANDES, 2006; SANT'ANNA, 2001).

O transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP) é caracterizado de episódios de compulsão alimentar recorrentes na ausência de comportamentos compensatórios inadequados para evitar o ganho de peso observado na bulimia nervosa (BN) (STRIEGEL-MOORE et al, 2001).

O transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP), foi descrita pela primeira vez em 1950 por Stunkard (1959). Contudo sua elevação a categoria,

diagnostica apenas ocorreu em 1994 quando foi incluído no apêndice B do DSM IV (FREITAS, 2007).

Existem diferentes tipos de transtornos alimentares (anorexia, bulimia), Compulsão Alimentar que geralmente gera obesidade, (mas também pode acometer pessoas de peso normal) e é caracterizada pela perda de controle sobre a quantidade de alimentos consumidos que posteriormente provoca sensações e sentimentos de culpa e arrependimento. Para este tipo de paciente se torna imprescindível que não haja “alimentos proibidos” em uma dieta, porque para o compulsivo tudo que é proibido vira “fissura” (OLIVEIRA & SANTOS, 2006).

A obesidade, por sua caracterização e etiologia multifatorial, é uma condição que tem merecido atenção e estudos de diversas áreas de especialidades, particularmente a psiquiatria e a psicologia. Contudo, no DSMIV-R não se encontram critérios para identificação e avaliação da obesidade como transtorno psiquiátrico, mesmo na categoria de transtornos alimentares, apesar de seus portadores apresentarem perturbações comportamentais e conflitos psíquicos relacionados à alimentação (POKRAJAC-BULIAN et al, 2007). Embora, de fato, a obesidade não deva ser classificada como transtorno alimentar, alguns autores a incluem didaticamente nesta categoria pelos aspectos de funcionamento semelhante aos demais transtornos, pelo fato de caracterizar-se por perturbações no comportamento alimentar, apresentando síndrome psicológica associada que pode merecer intervenção médica e/ou psiquiátrica (MCVEY et al, 2007).

Obesos comedores compulsivos podem constituir uma subcategoria entre a população obesa, apresentando níveis, mais elevados de psicopatologia, especialmente a depressão e transtorno de personalidade, uma gravidade maior e início mais precoce da obesidade, um percentual maior de sua vida gasto com dietas e prejuízo no funcionamento social e ocupacional (NAPOLITANO et al, 2001; STUNKARD & ALLISON , 2003).

Durante o episódio de compulsão alimentar, a um sentimento de falta de controle sobre o comportamento sobre a ingestão de grande quantidade de

alimento, mesmo que o indivíduo esteja sem fome, levando a um grande desconforto. Esse episódio é sucedido por um intenso mal-estar subjetivo, caracterizado por sentimentos de angústia, tristeza, culpa, vergonha e/ou repulsa por si mesmo (NYE & CASH, 2006)

Caracterização Clínica do TCAP

O comportamento alimentar no TCAP é caracterizado pela grande ingestão de alimento em um período de tempo delimitado de até 2 horas, acompanhado de sensação de perda de controle sobre o que ou o quanto se come. Para caracterizar o diagnóstico, esses episódios devem ocorrer dois dias por semana nos últimos seis meses, associadas a algumas características de perda de controle e não acompanhadas de comportamentos compensatórios dirigidos para a perda de peso. (ESPINDOLA et al, 2006).

Alguns autores afirmam que um comedor compulsivo abrange no mínimo dois elementos: o subjetivo – sensação de perda de controle; e o objetivo – a quantidade do consumo alimentar (GLUCK et al, 2003).

Pessoas com transtorno do “comer compulsivo” em geral tem excesso de peso, sendo propensas a vários problemas médicos graves associados à obesidade, como aumento do colesterol, hipertensão arterial e diabetes. Estudos do NIMH (National Institute of Mental Health) e outros centros demonstram que pacientes com esse tipo de transtorno têm elevada incidência de outras doenças psiquiátricas concomitantes, especialmente depressão (WADDEN et al, 2001; COTRUFO et al, 2007). Há um consenso geral no aspecto subjetivo da compulsão para seu diagnóstico, contudo há controvérsias em relação ao aspecto objetivo, quanto ao tamanho e a duração de uma compulsão. Esta incerteza é refletida numa definição imprecisa da grandeza de um episódio, de compulsão alimentar, sobre uma quantidade que é definitivamente maior do que a maioria das pessoas comeria, e além disso, seu critério de duração também é polêmico. Diferentemente da bulimia nervosa, onde uma compulsão é claramente concluída por comportamento purgativo, no

TCAP, não há uma terminação lógica, conseqüentemente, a duração tem sido designada num período de duas horas, uma solução claramente insatisfatória (MOREIRA & BATISTA, 2007).

O TCAP pode ser distinguido da BN em alguns pontos. Os portadores de TCAP possuem índice de massa corporal (IMC) superior aos portadores de BN. (GELIEBTER, 2002,). Além disso, a historia natural da BN, geralmente revela à ocorrência de dietas e perda de peso, enquanto que os comportamentos prévios da TCAP são mais variáveis (STRIEGEL-MOORE et al, 2001). Assim pacientes com BN, mostram maiores níveis de restrição alimentar comparados aos portadores de TCAP (GRILO, 2000).

Há evidencias que pacientes com TCAP, ingerem significativamente mais alimentos que pessoas obesas sem compulsão alimentar (FREITAS et al, 2001).

O estresse é um fator que pode levar ao aumento das compulsões alimentares. Durante situações estressantes, o cortisol é liberado estimulando a ingestão de alimentos e o aumento do peso (GLUCK, 2001).

Estudo realizado por GELIEBTER et al (2002), demonstrou que pessoas obesas tem uma capacidade gástrica maior do que as pessoas com peso normal, o que poderia limitar a quantidade de alimentos e de saciedade. Segundo o mesmo autor desconhece a existência de um transtorno alimentar que tenha sido predisposto por uma grande capacidade gástrica.

Compulsão Alimentar X Transtorno Mental

Transtornos mentais (ou doenças mentais, transtornos psiquiátricos ou psíquicos, entre outras nomenclaturas) são condições de anormalidade, sofrimento ou comprometimento de ordem psicológica, mental ou cognitiva. Em geral, um transtorno representa um significativo impacto na vida do paciente, provocando sintomas como desconforto emocional, distúrbio de conduta e enfraquecimento da memória. (FREITAS, 2007).

Dentre os fatores causadores, a genética, a química cerebral (problemas hormonais ou uso de substâncias tóxicas que afetam o cérebro) e o estilo de vida são tidos como os principais desencadeadores dos diversos transtornos existentes. Doenças em outras partes do corpo podem afetar a mente, e inversamente, transtornos ou doenças mentais podem também desencadear outras doenças pelo corpo, produzindo sintomas somáticos. (CLAUDINO & BORGES, 2002)

Uma doença ou transtorno mental pode ser tratado através de medicamentos, ou várias formas de psicoterapia. O diagnóstico envolve o exame do estado mental confrontando seu histórico clínico, utilizando-se também de testes psicológicos, exames neurológicos, de imagem e exames físicos. (CLAUDINO & BORGES, 2002;).

Na tentativa de compreender as causas dos transtornos alimentares, pesquisadores têm estudado a personalidade, a genética, o ambiente e o metabolismo de pessoas com esse problema. Como acontece em geral, quanto mais se estuda, tanto mais complexas se descobre serem as origens dos transtornos alimentares. Pessoas que desenvolvem o transtorno do “comer compulsivo” quase sempre consomem enormes quantidades de alimentos , geralmente sem valor nutritivo, para diminuir o “stress” e aliviar a ansiedade, além de serem pessoas depressivas e com baixa auto estima, e com sentimentos de desesperança (CORTEZ & SILVA, 2007).

No aspecto clínico, relacionado a padrões de alimentação dos obesos, integram conteúdos como desconhecimento de mecanismos exatos controladores da saciedade e apetite e ainda, em alguns, com visão negativa do corpo, preocupados com a forma, aceitação, sucesso social e felicidade (MOREIRA & BATISTA, 2007). Os problemas emocionais são geralmente percebidos como consequências da obesidade, embora conflitos e problemas psicológicos de autoconceito possam preceder o desenvolvimento da obesidade (ESPINDOLA, 2007). A depressão e a ansiedade são os sintomas comuns; depressão maior pode ser frequente nos gravemente obesos. Pacientes obesos emocionalmente instáveis podem experiência aumento na

ansiedade e depressão quando fazem dietas (TORSELLO et al, 2007). Portanto, o obeso apresenta aspectos emocionais e psicológicos identificados como causadores ou consequências ou retroalimentadores da sua condição de obeso, concomitante a uma condição clínica e educacional alterada (STUNKARD & ALLISON, 2003).

Alterações bioquímicas no transtorno da compulsão alimentar

Na busca em compreender os transtornos alimentares, pesquisadores têm estudado as funções bioquímicas de pessoas com tais doenças. Recentemente têm-se concentrado no sistema neuroendócrino – relação do SNC com os sistemas relacionados a hormônios. Através de complexo, mas altamente equilibrados, mecanismos de feedback, o sistema neuroendócrino regula a função sexual, o crescimento e o desenvolvimento físico, o apetite e a digestão, o sono, as funções renais cardíacas, as emoções, o pensamento e a memória, em outras palavras, múltiplas funções físicas e mentais. Muitos desses mecanismos reguladores estão gravemente comprometidos em pacientes com transtornos alimentares (CORTEZ & SILVA, 2007).

No sistema nervoso central, especialmente no cérebro importantes mensageiros químicos, conhecidos como neurotransmissores, controlam a produção hormonal. Pesquisadores descobriram que os neurotransmissores serotonina e noradrenalina funcionam de forma anormal em pessoas com depressão. A relação de transtorno mental e transtorno alimentar é direta, há êxito no tratamento de comedores compulsivos, anoréxicos e bulímicos com antidepressivos. Pesquisas comprovam eficácia de fluoxetina, medicamento antidepressivo que afeta a função da serotonina no organismo, já que pessoas com transtorno alimentar apresentam esses neurotransmissores diminuídos (CORTEZ & SILVA, 1991; ASZALÓS, 2007).

Além da relação entre depressão e transtornos alimentares, pesquisadores descobriram semelhanças bioquímicas entre pessoas com transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) (AZEVEDO, 2004).

Conclusão

O TCAP é uma síndrome do comportamento alimentar que possui características imprecisas e deveras conflitantes. Estudos tentam sugerir alguns sinais e critérios para o estabelecimento do seu diagnóstico; mas, ainda é um assunto que necessita de diretrizes mais precisas para que se possa categorizá-la para o diagnóstico. As discussões a respeito dessa temática apontam para a importância dos fatores sociais no desencadeamento desses quadros, mas não se pode esquecer que os individuais, familiares e biológicos contribuem para a instalação dos transtornos. Relativo a definição de transtorno mental pode-se avaliar como doença mental, o TCAP, sendo seus afetados, portadores de conflitos mentais e descontrole. O paladar da comida e o nível de oferta de alimentos consumidos devem ser levados em conta em qualquer esquema terapêutico, além do estilo de vida/nível de estresse.

Referências bibliográficas

ASZALÓS Z. **Some neurological and psychiatric complications of the disorders of the hypothalamo-hypophyseal system.** Orv Hetil, v. 148, p. 723-730 2007.

AZEVEDO A.P.; SANTOS, C.C.; FONSECA, D. C. **Transtorno da compulsão alimentar periódica.** Revista Psiquiatria Clinica, v. 31, p. 170-172, 2004.

CLAUDINO, A.M.; BORGES, M.B.F. **Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução.** Revista Brasileira de Psicologia, v. 24, p. 7-12, 2002

CORTEZ C.M.; SILVA D. **Implicações do estresse sobre à saúde e doença mental.** Arquivos Catarinenses Medicina, v. 36, p. 96-108, 2007.

CORTEZ C.M.; SILVA T.E. **Neurochemistry of bulimia nervosa.** Journal Clinical Psychiatry; v. 52, p. 21-28, 1991.

COTRUFO, P. et al. **Eating disorder attitude and abnormal eating behaviours in a sample of 11-13 year-old school children: the role of pubertal body transformation.** Eating and Weight Disorders, v. 12, n. 4, p. 154-160, Dec. 2007.

ESPINDOLA CR, BLAY SL. **Bulimia e transtorno da compulsão alimentar periódica: revisão sistemática e metassíntese.** Revista Psiquiátrica do Rio Grande do Sul; v. 28, p. 265-275, 2006.

FERNANDES, M. H. **Transtornos alimentares: anorexia e bulimia.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

FREITAS, S.R. **Compulsão Alimentar: Aspectos relacionados à mensuração, prevalência e tratamento.** Tese de doutorado. Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007

FREITAS, S.; LOPES, C.S.; COUTINHO, W.; APPOLINARIO, J.C. **Translation and adaptation into Portuguese of the Binge-Eating Scale.** Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 23, p. 215-220, 2001.

GELIEBTER, A.- **New developments in binge eating disorder and the night eating syndrome.** Appetite, v. 39, p.175-7, 2002.

GLUCK, M.; GELIEBTER, A. AND SATOV, T. **Night eating syndrome is associated with depression, low self-esteem, reduced daytime hunger, and less weight loss in obese outpatients.** Obesity Research, v. 9, p. 264-7, 2001.

GRILO, C.M.- **Binge eating disorder.** In: Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook. Fairburn, C.G.; Brownell K.D. (eds). 2 ed., pp. 178-82, 2002.

MOREIRA, R.O.; BATISTA, A.P.C. **Insatisfação com a imagem corporal em mulheres obesas: a importância do transtorno da compulsão alimentar periódica.** Revista Psiq RGS, v. 29, p. 131-132, 2007

NAPOLITANO, M.A.; HEAD, S.; BABYAK, M.A. et al.- **Binge eating disorder and night eating syndrome: psychological and behavioral characteristics.** Institute of Journal Eat Disorders, v. 30, p. 193-203, 2001.

OLIVEIRA, E. A.; SANTOS, M. A. **Perfil psicológico de pacientes com anorexia e bulimia nervosas: a ótica do psicodiagnóstico.** Medicina, Ribeirão Preto, v. 39, n. 3, p. 353-360, 2006.

POKRAJAC-BULIAN, A.; MOHORIC, T.; DUROVIC, D. **Disturbed eating habits, body dissatisfaction and frequency of dieting behaviour in Croatian high school students.** Psihologijske Teme, v. 16, n. 1, p. 27-46, 2007.

SANT'ANNA, D. B. de. **É possível realizar uma história do corpo?** In: SOARES, C. L. (Org.). Corpo e história. Campinas: Autores Associados, 2001. p. 3-23.

STRIEGEL-MOORE, R.H.; CACHELIN, F.M.; DOHM, F.A. et al.- **Comparison of binge eating disorder and bulimia nervosa in a community sample.** Institute Journal of Eat Disorder, v. 29, n. 2, p. 157-65, 2001.

STUNKARD, A.J.; ALLISON, K.C. **Two forms of disordered eating in obesity: binge eating and night eating.** Institute Journal of obesity, v. 27, p. 1-12, 2003.

TORSELLO A, BRAMBILLA F, TAMIAZZO L, BULGARELLI I, RAPETTI D, BRESCIANI E.; LOCATELLIN V. **Central dysregulations in the control of energy homeostasis and endocrine alterations in anorexia and bulimia nervosa.** Journal Endocrinology Invest; 30: 962-976. 2007.

WADDEN, T.A.; SARWER, D.B.; WOMBLE L.G. et al.- **Psychosocial aspects of obesity and obesity surgery.** Surgery Clinical North American, v. 81, p. 1001-24, 2001.