

OS DISTÚRBIOS ALIMENTARES EM MODO "FAST-FOOD"

2012

Estela Landeiro

Psicóloga Clínica. Mestre em Psicoterapia e Psicologia da Saúde. Centro Hospitalar Cova da Beira,
EPE (Portugal)

estelalandeiro@gmail.com

RESUMO

Distúrbio alimentar, é o termo usado para designar um padrão de comportamentos alimentares que causam sérios prejuízos à saúde de um indivíduo. Usualmente, apresentam as suas primeiras manifestações na adolescência. O diagnóstico precoce e uma abordagem terapêutica apropriada são fundamentais para o controlo clínico e para um bom prognóstico. Para os propósitos deste trabalho focaremos a atenção apenas na obesidade, anorexia, bulimia e binge-eating/ compulsão alimentar, uma vez que estes distúrbios têm aumentando de frequência significativamente nos últimos anos.

Palavras-chave: Obesidade, anorexia, bulimia e binge-eating/ compulsão alimentar, factores psicológicos

Os ideais de beleza, têm variado e mudado de acordo com os padrões estéticos dos períodos particulares de tempo, e, levam uma grande percentagem de mulheres a tentar alterar a sua forma e peso corporais para ir de encontro aos mesmos (Ogden, 1999). A obsessão cultural dos dias de hoje em relação à magreza e a aversão à gordura, tanto nos adultos como nas crianças, bem como a censura aos indivíduos obesos, podem promover uma baixa auto-estima e uma baixa auto-imagem, nos indivíduos que não se coadunam com a imagem magra e estereotipadamente atraente (Ogden, 1999). Este constante controlo e privação exercida sobre o próprio corpo, leva muitas vezes a desequilíbrios emocionais que fazem com que os indivíduos se tornem inseguros, criem relações de dependência e de desconfiança, muitas vezes conflituosas, bem como, a longo prazo à perda de competências sociais. Estes estados emocionais debilitados, e as emoções negativas, estão frequentemente na base do desenvolvimento dos distúrbios alimentares (Grisset & Norvell, 1992).

Podemos afirmar que existem três grandes categorias diagnósticas dentre os distúrbios alimentares: a anorexia nervosa, a bulimia nervosa e a ingestão alimentar compulsiva (Borges & Jorge, 2000). A anorexia e a bulimia são distúrbios do comportamento alimentar caracterizadas pela intensa preocupação com a aparência física e uso de estratégias para controlar o peso. A bulimia, é essencialmente, caracterizada por episódios frequentes de ingestão compulsiva de alimentos, contudo na bulimia verifica-se a recorrência ao vômito e uso de laxantes para compensar a ingestão compulsiva de alimentos (Channon & Wardle, 1989) o que não se verifica na ingestão compulsiva de alimentos.

Já a obesidade é definida quando a composição corporal apresenta níveis de gordura maiores que o normalmente esperado, isto é, níveis superiores a 26% na composição corporal (Borges & Jorge, 2000).

A obesidade é encarada, hoje em dia, nos países desenvolvidos como um problema de saúde pública, considerando-se uma pandemia como a designa a Organização Mundial de Saúde: uma epidemia global (Carmo, 2001). Por muito tempo, a obesidade foi vista puramente como um tema exclusivamente biológico, contudo, hoje em dia é uma preocupação também para as ciências humanas, nomeadamente para a psicologia da saúde. As suas consequências mais graves são os problemas de saúde que lhes estão associados: diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, apneia obstrutiva do sono, certos tipos de cancro, acidentes vasculares cerebrais, enfarte do miocárdio, entre outros. Estes problemas de saúde associados, vêm por sua vez, conduzir a consequências importantes nos gastos na saúde pública. Outros efeitos importantes da obesidade são as consequências psicossociais a ela associadas, como por exemplo, os estereótipos negativos: indivíduos com este tipo de problemáticas são muitas vezes considerados “responsáveis pela sua obesidade, pessoas menos atractivas e menos inteligentes. Não obstante, os indivíduos obesos têm ainda, de saber lidar com a discriminação e críticas dos outros (Kramer & Stalker, 1993). São por exemplo, frequentemente, alvo de preconceitos, o que pode ser observado nas mais variadas e corriqueiras situações do nosso dia-a-dia, como em programas de televisão, revistas, anedotas, etc.

Consequentemente, e por tudo isto, muitas vezes verificamos nestes indivíduos, o medo claro e persistente que sentem em situações sociais. São muitas as situações em que procuram evitar o contacto com os outros devido ao receio que têm de que estes os julguem (American Psychiatric Association [DSM IV-TR], 2006).

Assim, as explicações sobre o porquê de ocorrerem os distúrbios alimentares envolvem perspectivas genéticas, fisiológicas, sociais e psicológicas e incluem teorias relacionadas com o desenvolvimento infantil e adolescente (Abraham, 2010).

É sabido que as mulheres ganham peso depois da primeira menstruação, e podem consequentemente, desenvolver uma pior imagem do seu corpo, que é reforçada pelas normas culturais. A imagem corporal, é uma experiência individual do próprio corpo, é a imagem mental

que cada pessoa tem do seu corpo, assim como os pensamentos, sentimentos, julgamentos, sensações, percepções e comportamentos de cada um. Esta imagem é dinâmica, sendo desenvolvida durante as interações com as pessoas e o mundo social ao longo do ciclo de vida individual, como resposta ao feedback mutável do ambiente. A imagem corporal é moldada por vários factores, que incluem julgamentos ou comentários dos outros, mudanças físicas do corpo durante a puberdade, doenças ou incapacidades. As pessoas podem desenvolver imagens corporais e problemas de alimentação e peso muito diferentes, porque a imagem corporal não é estática nem unidimensional. Os problemas de imagem corporal mais comuns são a insatisfação e a distorção. Enquanto a primeira significa simplesmente não gostar do corpo ou de partes específicas do corpo, a segunda implica uma incapacidade para fazer juízos precisos acerca do tamanho e forma do corpo. A adopção de ideais rígidos deixa pouco espaço para a diferença, diversidade, individualidade ou respeito pelas mudanças naturais do corpo ao longo do ciclo de vida e está directamente relacionada com a diminuição da auto-estima (Williamson & O'Neil, 1998).

A nível social, verificamos que a cultura ocidental, os media especialmente, enviam mensagens contraditórias, se por um lado temos a mensagem de que mulher magra é bem-sucedida, atraente, saudável e feliz. Por outro lado, enfatizam que comer é uma actividade agradável que responde a muitas necessidades, em especial o contacto social, para além de saciar a fome.

A nível fisiológico, sabemos que os receptores situados no hipotálamo do cérebro são sensíveis aos níveis de leptina e regulam a quantidade de gordura no corpo ao controlarem o apetite e aumentarem o dispêndio de energia. A leptina reduz o apetite, enquanto a ghrelin, tem o efeito oposto. Outras hormonas libertadas pelo estômago, pelos intestinos e pela corrente sanguínea, incluindo a insulina e a colecistoquinina, regulam por sua vez a leptina e a ghrelin. A insulina (produzida no pâncreas) é a mensageira da saciedade, enquanto a colecistoquina (produzida no duodeno) pensa-se que regula a quantidade de comida ingerida (Abraham, 2010).

A nível emocional, verificamos que o que acontece é que muitas vezes ao nos concentrarmos na comida e no peso estamos a tentar fugir a emoções e sentimentos que podem ser desconfortáveis. Depois de comer, em particular alimentos com alto teor de hidratos de carbono, o nível de triptofano no sangue aumenta e é levado pelo sangue até ao cérebro, onde estimula a produção de serotonina, este aumento de serotonina no cérebro melhora o humor da pessoa. Assim, a baixa auto-estima e a ansiedade, de entre outras emoções negativas, são muitas vezes aliviadas com a ingestão de comida (Abraham, 2010).

Por outro lado, verificamos que pacientes com anorexia nervosa, negam a si próprias uma quantidade adequada de comida e não respondem às mensagens para comer mais e sentir-se melhor. Se persistem em comer quantidades desajustadas às funções corporais, uma hipótese sugere que estamos perante a ocorrência de um aumento da actividade opióides no seu cérebro. Isto provoca uma melhoria no bem-estar da pessoa e faz com que ela continue a restringir a

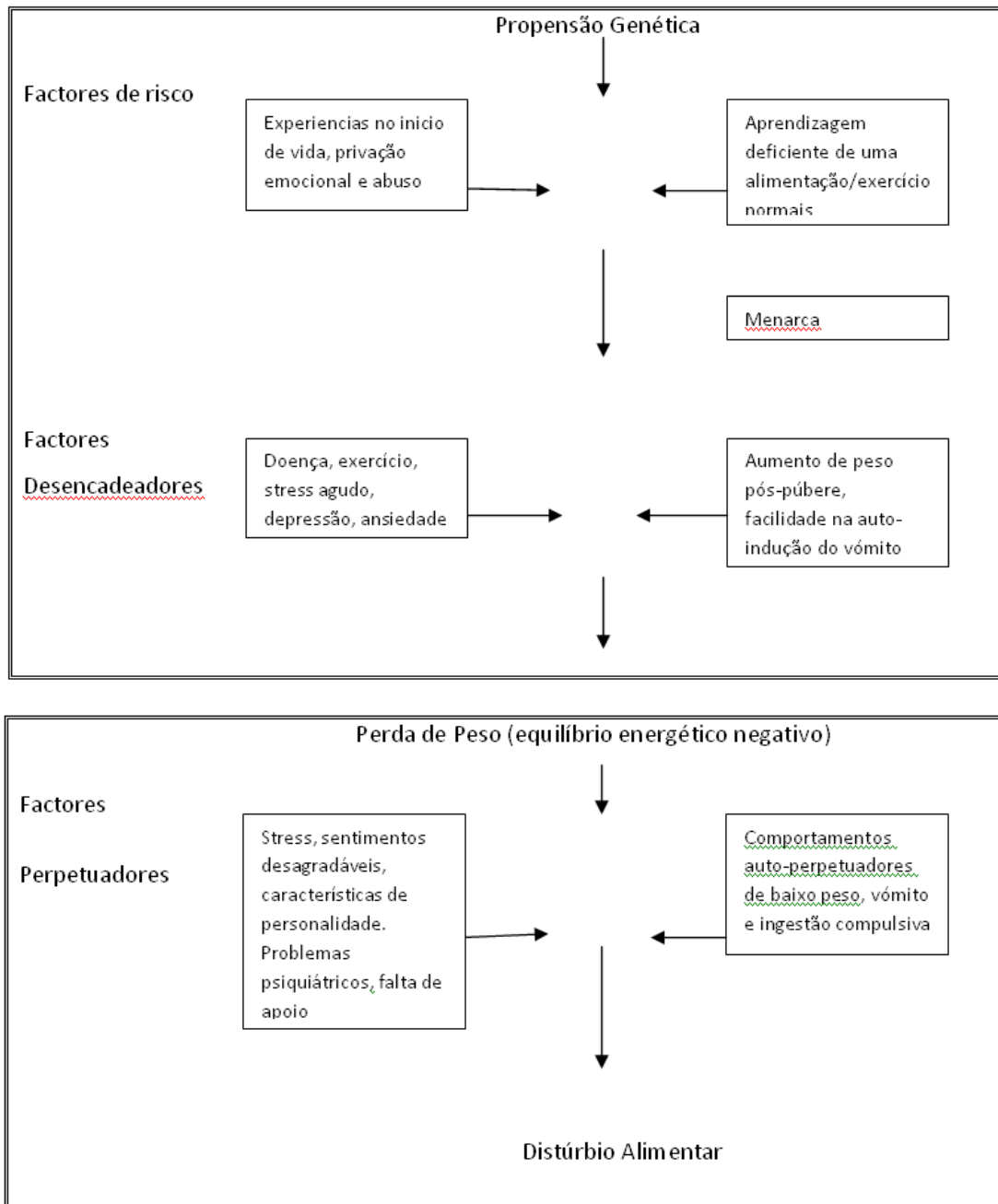
ingestão de comida porque a faz sentir-se bem. À medida que o tempo passa, esta sensação de bem-estar só pode ser mantida por mais uma redução na quantidade de comida ingerida. O mesmo acontece com o exercício físico, pensa-se que o exercício também provoca a libertação de opióides no cérebro e, quanto mais árduo for maior a libertação de opióides (Abraham, 2010).

As características psicológicas mais comuns dos pacientes com distúrbios alimentares pertencem aos tipos de distúrbios de personalidade “evitamento/ansiedade”, “borderline”, “obsessivo-compulsivo” ou “dependente”. Porém, poucos indivíduos com distúrbio alimentar apresentarão um número suficiente destas características para receberem um diagnóstico de distúrbio de personalidade. Todavia, é importante não esquecer que nos indivíduos com distúrbio alimentar, algumas das características podem dever-se a alterações bioquímicas resultantes do distúrbio alimentar, como por exemplo, humor variável e cólera. Embora possam estar envolvidos factores emocionais na explicação do motivo pelo qual os pacientes persistem no seu comportamento, não existe uma explicação psicológica exclusiva (Abraham, 2010).

Resumindo, as perturbações do comportamento alimentar são caracterizadas por graves perturbações do comportamento alimentar. A anorexia nervosa é caracterizada pela recusa em manter um peso corporal normal mínimo. A bulimia é caracterizada por episódios repetidos de voracidade alimentar, seguidos por comportamentos compensatórios inapropriados, como por exemplo: vómito induzido, abuso de laxantes, diuréticos ou outras medicações, jejum ou exercício físico excessivo. A distorção da imagem corporal e do peso é uma característica essencial tanto na anorexia nervosa como na bulimia nervosa. A obesidade, não aparece no DSM porque ainda não foi estabelecida que ela esteja seguramente associada com uma síndrome comportamental ou psicológica. Considera-se que quando houver evidência de que existem factores psicológicos importantes na etiologia ou evolução de um caso particular de obesidade, isto pode ser indicado anotando a presença de Factores Psicológicos que Afectam o Estado Físico Geral (DSM IV-TR, 2006).

O comportamento alimentar perturbado normalmente surge entre os 14 e os 18 anos de idade. Devemos sublinhar que a anorexia nervosa, a bulimia nervosa, o distúrbio da compulsão alimentar e a obesidade não são doenças em si mesmas. Tornam-se doenças quando interferem com o conforto físico ou mental de uma pessoa; tendem a provocar complicações médicas; desorganizam a vida da pessoa de forma marcada ou alteram-na de forma tão marcada que parentes próximos têm de intervir e procurar ajuda (Abraham, 2010).

Sintetizando, no quadro 1 podemos verificar os factores de risco, factores precipitantes e factores perpetuadores envolvidos no desenvolvimento e manutenção dos distúrbios alimentares (Abraham, 2010).



Avaliação de Distúrbios Alimentares

Os pontos-chave na avaliação de distúrbios alimentares são: o exame físico exaustivo e o levantamento da história clínica (presente e passada, de comportamentos, pensamentos e convicções relacionadas com a perturbação alimentar), a avaliação da sua família, relações e história social, a motivação e as vantagens de manter o distúrbio alimentar, outras doenças médicas, psicológicas e psiquiátricas podem ter de ser tratadas concomitantemente. Muitos pacientes que têm um distúrbio alimentar exibem sinais clínicos de depressão, contudo pode não ser imediatamente claro se a depressão conduziu ao distúrbio ou vice-versa (Abraham, 2010).

Assim, os sinais externos de pacientes com um distúrbio alimentar podem ser: peso corporal baixo ou excessivo, uso de roupas largas ou justas, pele seca (desidratação), desenvolvimento excessivo dos músculos (excesso de exercício), excesso de pêlo, especialmente no rosto e antebraços, calos nas costas das mãos e dedos (de provocar o vômito), dedos e rosto inchado (ingestão compulsiva), glândulas parótidas inchadas (vômito), edema periférico, descoloração e maus estados dos dentes (vomito e má nutrição), mãos e pés frios e azulados (Abraham, 2010).

Quais são então as vantagens de um distúrbio alimentar? A maioria das pessoas com um distúrbio alimentar tem baixa auto-estima e uma fraca imagem corporal, portanto antes de iniciar o tratamento deverá avaliar o grau de motivação do paciente para efectuar as alterações necessárias. Algumas das vantagens em manter o distúrbio alimentar são: evitar ter de tomar decisões, evitar desafios usuais da faixa etária, evitar relações sexuais, angariar os cuidados de familiares, sentir-se amado e cuidado pela família, manter a família unida, evitar eventos sociais, evitar a competição, ter uma desculpa para não ser perfeita, fazer o companheiro sentir-se necessário, sentir controlo da vida, peso, sentimentos, parar de sentir tanto (encobrir emoções negativas), sentir alguma coisa, parar de sentir um vazio por dentro, amenizar as variações de humor, ser a melhor em alguma coisa, segurança, sensação de realização, ser o que o companheiro deseja, conseguir ajuda para outros problemas, etc. (Abraham, 2010).

Sugestões:

Faça uma lista das vantagens e desvantagens de manter o distúrbio alimentar

Faça uma lista das razões pelas quais quer ganhar ou perder peso

Anorexia Nervosa

O termo anorexia nervosa foi usado pela primeira vez pelo médico inglês Sir William Gull, em 1873. Contudo, até aos dias de hoje muito foi modificado, quer aos níveis das definições, pressupostos ou critérios de diagnóstico. A prevalência estimada de distúrbios do tipo da anorexia nervosa é de 3 a 4%. Hoje sabemos que os pacientes com anorexia nervosa não têm falta de apetite. Têm muitas vezes fome, mas reprimem-na e recusam-se a comer normalmente devido ao desejo de serem magros e ao medo de perderem o controlo sobre o seu comportamento alimentar. Ocorre predominantemente em mulheres pós-púberes e estima-se que tenha uma componente genética de 50 a 80% (Abraham, 2010).

Assim, como critérios de diagnóstico actuais para a anorexia nervosa são:

- O medo intenso de ganhar peso ou ficar gorda, apesar de se ter um peso inferior ao normal.

- Recusa em manter o seu peso corporal normal para a idade e altura, não se devendo tal facto a qualquer distúrbio físico ou mental.
- IMC (índice de massa corporal) igual ou inferior a 17,5
- Uma perturbação na percepção do seu próprio peso, tamanho ou forma corporal.
- Negação da natureza grave do seu baixo peso actual
- Ausência de período menstrual (amenorreia), pelo menos durante 3 meses consecutivos (DSM IV-TR, 2006)

As mulheres sentem-se obrigadas a permanecer sempre vigilantes na sua missão e tornam-se obcecadas com o pensar e o planear da sua alimentação e dos comportamentos que promovem a perda de peso. Quanto mais esfomeado está o cérebro, mais obsessivos se tornam os pensamentos e o comportamento. Verifica-se um medo extremo em perder o controlo. Pensamentos sobre o controlo do seu corpo, ingestão de comida, actividade e comportamentos de perda de peso ditam a forma como vivem cada momento das suas vidas, e torna-se progressivamente mais difícil para elas separar os seus pensamentos alimentares perturbados dos seus próprios pensamentos. “Sentir-se gorda”, é frequentemente associado a sentir-se mal, a não ter valor a ser infeliz. As pacientes com anorexia parecem não conseguir distinguir entre sentir-se gorda e ser-se gorda. Alguns especialistas defendem que a distorção da imagem corporal, é uma característica específica da anorexia nervosa (Abraham, 2010).

O stress familiar, pais controladores, sentir falta de apoio, entre outros factores podem ser causas da restrição alimentar, uma vez que desta forma o paciente pode sentir controlo sobre os seus sentimentos e vida. À medida que o peso desce, a doença torna-se auto-perpetuadora, tanto por razões fisiológicas como psicológicas. Em público, podem parecer comer quantidades normais de comida, no entanto, depois das refeições, arranjam um pretexto para se ausentarem e induzirem o vómito, podendo combinar isto com o uso excessivo de laxantes (Abraham, 2010).

No caso dos pacientes do sexo masculino, embora a prevalência da doença seja menor do que nas mulheres, a maioria passa horas várias horas por dia a praticar exercício físico. São tão obcecados com o peso e com a comida como as mulheres (Abraham, 2010).

As alterações psicológicas associadas à anorexia nervosa são: irritabilidade, indecisão, fraca capacidade de concentração, confusão, humor depressivo (sentimentos de incapacidade, culpa e falta de auto-estima), hiperactividade, insónia, perfeccionismo, comportamento obsessivo, em particular no que respeita à comida e isolamento social (Abraham, 2010).

Em termos de prognóstico, podemos sublinhar que num período de 1 a 5 anos, a maioria dos pacientes recupera do problema. Porém, a maior parte das recaídas ocorre no primeiro anos após o início do tratamento, geralmente na sequência de situações de stress (Abraham, 2010).

Bulimia Nervosa

Verificam-se episódios periódicos de ingestão compulsiva de comida. A pessoa sente-se descontrolada, incapaz de parar e consome uma quantidade desproporcional de comida. A comida ingerida é muito variada em conteúdo e quantidade. Verificou-se que a ansiedade, o tédio, o stress e os sentimentos de infelicidade podiam precipitar um episódio de ingestão compulsiva. Comer é uma maneira temporária de escapar a estas emoções e pensamentos negativos. Estes pacientes usualmente usam métodos extremos de controlo de peso: a maioria provoca o vómito, alguns fazem exercício em excesso e outros reduzem drasticamente a ingestão de comida entre episódios de compulsão (Abraham, 2010).

A incidência de distúrbios do tipo da bulimia nervosa é de 6 a 8%, o pico da incidência é entre os 18 e 25 anos, ou seja, geralmente no final da adolescência e início da vida adulta. Parece haver uma tendência familiar para a obesidade, mas esta situação não está definitivamente estabelecida (Abraham, 2010).

Antes do surgimento da bulimia nervosa, quase todos os pacientes passam por períodos de restrição alimentar, experimentam dietas ou induzem o vómito. Isto, por sua vez, dá origem a episódios de ingestão compulsiva sempre que o controlo do paciente sobre a sua alimentação fraqueja. O aparecimento da bulimia também pode estar associado a circunstâncias de vida stressantes que não estão relacionadas com as preocupações com a imagem corporal ou com o peso. Como a maioria dos pacientes com bulimia nervosa faz dieta entre os episódios de ingestão compulsiva, está num “estado de privação nutricional” e ocorrem alterações na química do seu cérebro. Quando uma pessoa em estado de privação nutricional começa a comer, as mensagens do cérebro que normalmente “desligaram” o apetite falham, de modo que a pessoa continua a comer e come demais, dando assim início a um episódio de ingestão compulsiva e progressivamente instala-se um ciclo (Abraham, 2010).

Os episódios de ingestão compulsiva podem ser despoletado por estados de humor disfórico, sentimentos de tensão, solidão, infelicidade, tédio, ansiedade, desejo de relaxar, necessidade de fugir, pensar em comida ou vê-la. A maioria das pessoas é reservada em relação ao seu comportamento, muitas preparam-se para o episódio compulsivo em segredo, ou planeiam-no acumulando um stock prévio de comida. A maioria come rapidamente, enfiando freneticamente comida na boca. Usualmente o episódio termina quando a pessoa fica sem forças, fica cheia, sente desconforto abdominal, enjoo, ou quando a comida acaba. O episódio de ingestão pode reduzir transitoriamente a disforia, mas a autocrítica depreciativa e o humor depressivo costumam seguir-se-lhe (DSM-IV-TR, 2006; Abraham, 2010).

Crítérios de diagnóstico para a Bulimia nervosa:

- Episódios recorrentes de ingestão compulsiva, consome avidamente uma grande quantidade de comida num curto espaço de tempo;

- Sente que tem falta de controlo sobre o seu comportamento alimentar durante os episódios de ingestão compulsiva;

- Toma regularmente medidas para prevenir o aumento de peso (auto-indução do vómito, abuso de laxantes ou diuréticos, dieta rigorosa, jejum ou exercício vigoroso).

- Tem uma média mínima de 2 episódios de ingestão compulsiva (e as medidas de prevenção do aumento de peso) por semana, durante um mínimo de 3 meses;

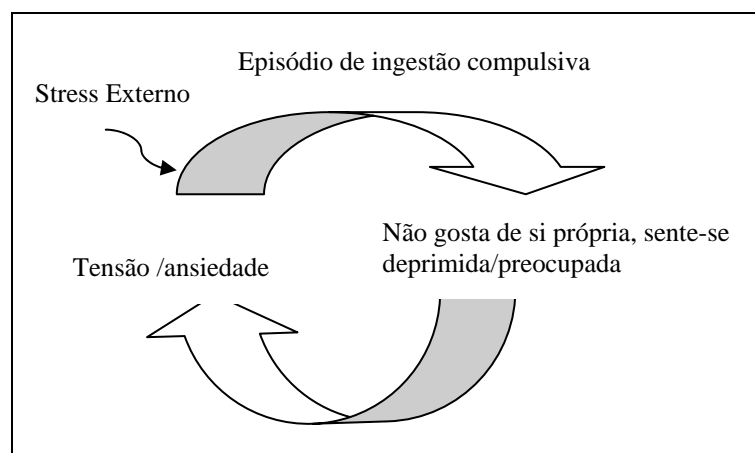
- Tem uma preocupação exacerbada e persistente com a forma e o peso;

- A perturbação não ocorre exclusivamente em associação com a anorexia nervosa (DSM IV-TR, 2006).

Não deve ser feito um diagnóstico de bulimia nervosa quando a perturbação ocorre somente durante os episódios de anorexia nervosa. Ou seja, faz-se um diagnóstico de anorexia nervosa se o paciente come compulsivamente e usa métodos extremos de perda de peso e tiver peso baixo, enquanto que o diagnóstico de bulimia nervosa é feito quando o peso é mais elevado (Abraham, 2010).

Várias formas de resistir à compulsão alimentar incluem: não ter comida em casa, evitar loja de comida, não ter dinheiro, evitar cozinhar, planear ocupação do tempo, etc. Os pacientes que comem compulsivamente têm a noção de que a obesidade é inevitável, o medo da gordura é tão grande como o seu “amor” pela comida. Todavia, o vomitar não previne totalmente a absorção dos alimentos, em particular dos açúcares simples, que são absorvidos rapidamente. Da mesma forma que os laxantes conseguem é fazer com que o corpo perca água e não calorias. A isto segue-se, como consequência, a retenção de líquidos, que podem fazer com que o corpo pese mais depois de tomar laxantes do que antes (Abraham, 2010).

A compulsão alimentar ocorre em paciente obesas e com peso normal, e em alguns pacientes com anorexia. No quadro 2 podemos verificar o círculo psicológico da compulsão alimentar:



Se uma pessoa que come compulsivamente não consegue aliviar a ansiedade e a tensão, por exemplo, por ser interrompida ou descoberta durante um episódio de ingestão compulsiva, o seu comportamento pode mudar para agitação, cólera ou agressividade. Se a pessoa não consegue reconhecer a tensão e a ansiedade, ou não tiver outras formas de a aliviar, facilmente entra num círculo vicioso e se torna uma comedora compulsiva frequente. O objectivo é exactamente quebrar este círculo (Abraham, 2010).

Pode ser importante fazer o diagnóstico diferencial em certos estados físicos gerais e neurológicos, como a síndrome de Kleine-Levin, há uma perturbação do comportamento alimentar mas os sintomas psicológicos característicos, como a preocupação excessiva com o corpo e peso, estão ausentes. A hiperfagia é comum na perturbação depressiva major, com características atípicas, mas estas pessoas não têm um comportamento compensatório inapropriado, nem a preocupação excessiva com o peso e corpo (DSM-IV-TR, 2006).

Binge-eating / Compulsão alimentar

A Ingestão Alimentar Compulsiva tem sido alvo de estudo nos últimos anos, e tem sido frequentemente associada à ansiedade social. Esta desordem do comportamento alimentar, refere-se a uma forma particular de comer excessivamente e sem controle (Fairburn, & Cooper, 1989). Para que um episódio alimentar seja considerado de ingestão compulsiva, a quantidade de comida ingerida pelo indivíduo tem de ser bastante superior aquela que ingere habitualmente, tem que ser entendida como episódio fora do seu controle e aperceber-se que o que comeu foi excessivo (Fairburn, & Cooper, 1989).

Os estudos sobre obesos com Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva foram iniciados com Stunkard em 1959 e têm proliferado nos últimos anos. Este aumento de artigos sobre o tema, tem levado alguns investigadores a sugerir que os indivíduos com compulsão alimentar fazem parte dum subgrupo distinto, no interior da população obesa (Faith & Allison, 1996).

A ingestão alimentar compulsiva está correlacionada positivamente com o aumento de peso na população obesa (Telch, & Agras, 1994) e é comum entre pessoas que se encontram em programas de redução de peso, com uma prevalência estimada entre os 23% e os 46% (deZwaan & Mitchell, 1992; Marcus, 1993).

Critérios de diagnóstico:

- Episódios recorrentes de ingestão compulsiva de comida
- Falta de controlo sobre a forma como come durante os episódios de ingestão compulsiva
- Os episódios de ingestão compulsiva, estão associados a pelo menos 3 das seguintes características: come muito mais rapidamente do que o normal; come até se sentir desconfortavelmente cheia; come grandes quantidades de comida sem ter fome: come sozinha,

porque tem vergonha da quantidade que come. Sente repulsa em relação a si própria, fica deprimida ou sente-se muito culpada por comer em excesso.

- Sofre intensamente com a sua compulsão alimentar

- Os episódios de ingestão compulsiva ocorrem, em média, pelo menos dois dias por semana, durante 6 ou mais meses (Abraham, 2010).

Não se sabe o motivo exacto pelo qual as pessoas comem compulsivamente, contudo, histórias de dietas periódicas, ansiedade, depressão e tédio parecem estar presentes. Sabemos que 10 a 30% das pessoas obesas comem compulsivamente e verificou-se que quem sofre deste distúrbio também pode ter sofrido anteriormente de anorexia e bulimia nervosas (Abraham, 2010).

Podemos também encontrar, nas actuais teorias sobre a bulimia nervosa uma relação com síndromas que impliquem a ingestão alimentar compulsiva, sendo invocada uma causalidade multidimensional, biopsicossocial, e que, invariavelmente enfatizam o papel da predisposição e da perpetuação de factores interpessoais (Crowther, Tennenbaum, Hobfoll, & Stephens, 1992; Fairburn & Wilson, 1993).

Teoricamente, os episódios actuam na redução dos efeitos negativos, usando-os como escape a uma autoconsciência negativa (Heatherton & Baumeister, 1991), ou servindo-se deles para modelar os extremos emocionais (Johnson, Stuckey, Lewis & Schwartz 1982).

Estudos demonstram que alguns sujeitos afirmam que as suas ingestões compulsivas são desencadeadas por humor disfórico, como a depressão e a ansiedade. Outros são incapazes de identificar desencadeantes concretos, mas podem relatar uma sensação inespecífica de tensão que a ingestão compulsiva consegue aliviar. Isto é, a compulsão alimentar actua como um redutor do afecto negativo, servindo de escape a estes extremos emocionais (Guertin & Conger, 1999).

Obesidade

A obesidade não é considerada como perturbação alimentar nem na ICD-10 (Classificação das Desordens Mentais e Comportamentais: Descrições Clínicas e Orientações de Diagnóstico), nem no DSM-IV-TR. Esta é uma situação resultante de um excesso de reservas lipídicas armazenadas no tecido adiposo do indivíduo (Carmo, 2001). As definições de obesidade englobam taxas de relação entre peso e altura recorrendo às médias populacionais e à medida da percentagem de gorduras do corpo (Ogden, 1999). A obesidade pode, assim, ser definida, em termos do Índice de Massa Corporal (IMC), que se obtém através da fórmula: $\text{Peso (Kg)}/\text{Altura}^2(\text{m})$ (Carmo, 2001), resultando uma escala constituída pelo peso normal (20-24,9), obesidade de primeiro grau (25-29,9), obesidade de segundo grau (30-39,9) e obesidade de terceiro grau (40 ou mais) (Ogden, 1999). A massa gorda deve, então, corresponder a cerca de 10 a 15 por cento do peso corporal no homem, e, 20 a 25 por cento na mulher (Carmo, 2001).

Wadden e Stunkard (1985), sugeriram uma classificação de obesidade em que se considerava esta como ligeira (20%-40% de peso a mais), moderada (41%-100% de peso a mais) ou grave (100% de peso a mais). Brownell (1995), refere que se considera obeso um indivíduo que tenha 20% mais do que o peso considerado adequado.

Existem várias teorias sobre as causas da obesidade, as Teorias Fisiológicas, que tentam descrever as possíveis causas da obesidade através das teorias genéticas, da teoria da taxa metabólica e da teoria das células gordas, e as Teorias Comportamentais, que têm vindo a estudar a actividade física e também os hábitos alimentares. Numa abordagem alternativa à compreensão das causas da obesidade, a investigação tem vindo a analisar o comportamento alimentar (Ogden, 1999).

No entanto, a obesidade não se deve considerar unicamente em função do excesso de peso e das consequências biológicas causadas por este, uma vez que também as consequências psicológicas e sociais contribuem para caracterizar esta perturbação. Assim, nos anos 60 e 70 foram feitos alguns estudos para avaliar as crenças acerca da obesidade, sendo que, algumas investigações têm analisado a relação entre os problemas psicológicos e a obesidade (Ogden, 1999).

Quanto mais planeia fazer dieta, maior a fixação na ideia da comida e mais difícil é respeitar a dieta. Estudos demonstram que obesos que são submetidos a dietas baixas em calorias, apresentam as seguintes reacções emocionais negativas: 65 a 75% têm uma fixação com a comida; 60 a 70% tornam-se irritáveis; 40 a 50% tornam-se nervosos e 35 a 45% sofrem de sintomas de depressão. A chave para perder peso é a motivação para alterar de forma permanente o comportamento alimentar (Abraham, 2010).

É importante desde logo fazer uma avaliação da história de vida da pessoa explorando todas as razões possíveis para a pessoa ser obesa. A nível psicológico, perceber a razão porque a pessoa procurou ajuda na altura em que o fez. Depois, os principais objectivos no tratamento da obesidade são que a pessoa comece a praticar exercício físico regularmente, aprenda a comer de acordo com o plano alimentar elaborado sensatamente, adoptar novas atitudes em relação à comida, operar mudanças no seu estilo de vida, adquirir competências para alterar pensamentos e comportamentos negativos e melhorar auto-estima (Abraham, 2010).

Acompanhamento Geral dos Distúrbios Alimentares

O objectivo do acompanhamento é ajudar a pessoa a adquirir novas atitudes em relação à comida, ajudá-la a evitar métodos inapropriados de perda de peso, ajuda-la a compreender as suas mudanças de humor, a ter uma boa qualidade de vida, livre de pensamentos e comportamentos alimentares perturbados. Para tal devemos promover o objectivo de alcançar e aceitar um peso que se encontre dentro dos valores normais, aprender ou reaprender padrões de alimentação “normais”, ajudar a compreender o distúrbio e razões pelo qual persiste, eliminar

concepções erradas sobre alimentação, alertar para os perigos de comportamentos potencialmente perigosos, ajudar a lidar com os problemas da sua vida que podem estar a agravar ou a impedir a sua recuperação, ajudar a alterar o seu estilo de vida. Este acompanhamento pode variar desde a auto-ajuda até ao internamento hospitalar com equipas multidisciplinares (Abraham, 2010).

O tratamento dos distúrbios alimentares é mais complicado do que a alteração ou a estabilização do peso. A aquisição de crenças e ideias negativas é parte do desenvolvimento e manutenção do problema. Usualmente, são os estados de humor os principais precipitantes de episódios de comportamento alimentar desadequado. Durante o tratamento com terapia cognitivo-comportamental sublinha-se a importância de manter um registo diário dos pensamentos, estados de humor, comportamento e da alimentação. O tratamento envolve desafiar e modificar pensamentos e práticas disfuncionais. Deve-se discutir-se a distinção entre os diferentes estados de espírito daquilo que a comida faz sentir. Importante também, é debater com a pessoa comportamentos alternativos para resistir à compulsão alimentar, bem como explorar razões pelas quais começou a comer compulsivamente e desenvolver competências e estratégias para lidar com as dificuldades que precipitam os episódios compulsivos (Marcus, 1997).

Para tal, a pessoa deve estar motivada para a mudança e aceitar e lidar com os seus sentimentos, mesmo os que causam sofrimento, bem como reorganizar o seu estilo de vida. Assim, o registo diário de auto-monitorização de comportamentos e pensamentos permite ao paciente: ganhar um entendimento das associações entre os seus sentimentos, estados de espírito e comportamento alimentar; observar e monitorizar alterações no seu comportamento alimentar e comportamentos associados e planear e operar mudanças no seu estilo de vida que promovam a recuperação. Este diário também fornece dados sobre: a percepção do paciente sobre a sua sobre ou subalimentação; a ingestão deficitária ou excessiva de líquidos; o padrão alimentar que revela ao longo do dia; os seus sentimentos na altura em que come; os episódios de ingestão compulsiva ou excessiva, o seu estilo de vida, a motivação, etc. (Abraham, 2010).

Poderá ser necessária a utilização de várias terapias/tratamentos para ajudar a pessoa com distúrbios alimentares, tais como: medicação, terapia cognitivo-comportamental, terapia familiar, terapia focada nos esquemas, terapia motivacional, terapia de grupo, gestão da ansiedade, treino de competências, mindfulness, relaxamento, etc. Contudo, sublinha-se a psicoterapia deverá ser sempre a base do tratamento pelas razões já expostas (Marcus, 1997).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abraham, S. (2010). **Distúrbios Alimentares**. Lisboa: Texto Editora
- American Psychiatric Association– DSM-IV-TR. (2006). **Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais**. Lisboa: Climepsi Editores
- Borges, M. & Jorge, M. (2000). Evolução Histórica do Conceito de Compulsão Alimentar. **Psiquiatria na Prática Médica**, 33(4):113-118
- Brownell, K. (1995). History of Obesity. In K. Brownell & C. Fairburn, (Eds.). **Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook** (pp. 381-385). New York: The Guilford Press.
- Carmo, I. (2001). **Doenças do Comportamento Alimentar**. Lisboa: ISPA.
- Channon, S. & Wardle, J. (1989). Eating Disorders. In Saett, J., Williams, J. & Beck, A. (Eds). **Cognitive Therapy in Clinical Practice** (Cap.6) London: Routledge.
- Crowther, J., Tennenbaum, D., Hobfoll, S. & Stephens, M. (1992). **The Etiology of Bulimia Nervosa: The Individual and Family Context**. Washington DC: Hemisphere.
- DeZwaan, M., & Mitchell, J. E. (1992). Binge Eating in the Obese. **Annals of Medicine**, 24, 303-308.
- Fairburn, C. & Cooper, P. (1989). Eating Disorders. In K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk, & D. M. Clark, (Eds.). **Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems. A Practical Guide** (pp. 277-314). Oxford: Oxford University Press.
- Fairburn, G. & Wilson G. (1993). **Binge Eating: Nature, Assessment, and Treatment**. New York: The Guilford Press.
- Faith, M. S. & Allison, D. B.(1996). **Assessment of Psychological Status Among Obese Persons. Body Image, Eating Disorders, and Obesity**. Washington DC: American Psychological Association.
- Grisset, N. & Norvell, N. (1992). Perceived Social Support, Social Skills, and Quality of Relationships in Bulimic Women. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 60, 293-299.

Guertin, T. L. & Conger, J. (1999). Mood and Forbidden Foods Influence on Perceptions of Binge Eating. **Addictive Behaviors**, Vol. 24, No. 2, 175-193.

Heatherton, T. & Baumeister, R. (1991). Binge Eating as Escape from Self-Awareness. **Psychological Bulletin**, 110, 86-108.

Johnson, C., Stuckey, M., Lewis, L. & Schwartz, D. (1982). Bulimia: A Survey of 500 Patients. In P. L. Darby, P. W. Garfinkel, D. M. Garner D., Kramer, F. & Stalker, L. (1993). **Treatment of Obesity. In Comprehensive Handbook of Cognitive Therapy** (Eds). Freeman, A., Simon, K., Beutler, L. & Arkowitz, H. New York: Plenum Press (367-384).

Marcus, M. (1997). Adapting Treatment for Patients with Binge-eating Disorder. In D. Garner & P. Garfinkel (Eds.), **Handbook of Treatment for Eating Disorders** (pp. 484-493). New York: The Guilford Press.

Ogden, J. (1999). **Psicologia da Saúde**. Lisboa: Climepsi Editores.

Telch, C. F. & Agras W. S. (1994). **International Journal of Eating Disorders**, Vol.15, Nº. 1, 53-61.

Wadden, T. A., & Stunkard, A. J. (1985). Psychopatology and Obesity. **Annals of the New York Academy of Sciences**, 499, 55-65.

Williamson, D. & O'Neil, P. (1998). Behavioral and Psychological Correlates of Obesity. In: Bray, A.; Buchard, C.; James, W. (Eds). **Handbook of Obesity**. (pp. 129-142). New York: Marcel Dekker.