

4º Encontro de Internos de Psiquiatria da Infância e Adolescência

Quando a comida alimenta o medo

Teresa Cartaxo*, Vitor Leite*; Carla Araújo*; Luísa Veiga**

* Médico Interno de Psiquiatria da Infância e Adolescência, Serviço de Pedopsiquiatria, Hospital Pediátrico de Coimbra, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra
** Assistente Hospitalar Graduada de Psiquiatria da Infância e Adolescência, Serviço de Pedopsiquiatria, Hospital Pediátrico de Coimbra, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra



Introdução

A fobia alimentar, também denominada fagofobia caracteriza-se pelo medo intenso e excessivo de comer ou engolir alimentos sólidos e/ou líquidos associado a medo de engolir ou engasgar-se, levando à restrição e recusa alimentar, que pode englobar sólidos e/ou líquidos, e subsequente perda de peso, sendo, na maioria dos casos precedida por um evento traumático, muitas vezes um episódio de engasgamento como alimentos ou vômito, que pode acontecer ao indivíduo em si ou a terceiros.

Este trabalho tem como **objectivo** fazer uma breve revisão acerca deste tema, ilustrada por um caso clínico de um rapaz de 12 anos que é seguido em consulta de Pedopsiquiatria por recusa alimentar progressiva com perda ponderal após episódio de engasgamento.

Este distúrbio tem sido raramente descrito na literatura, e na maioria das vezes os artigos referem-se apenas a relatos de caso, pelo que a sua prevalência não foi ainda determinada, assim como a abordagem terapêutica mais adequada, existindo sobretudo avaliações da eficácia terapêutica de forma não controlada.

Apesar disso, considera-se ser mais frequente no sexo feminino, podendo ter início quer na infância quer em idade adulta. O tempo que de demora entre o início dos sintomas e a procura de ajuda pode variar entre um mês ou vários anos.

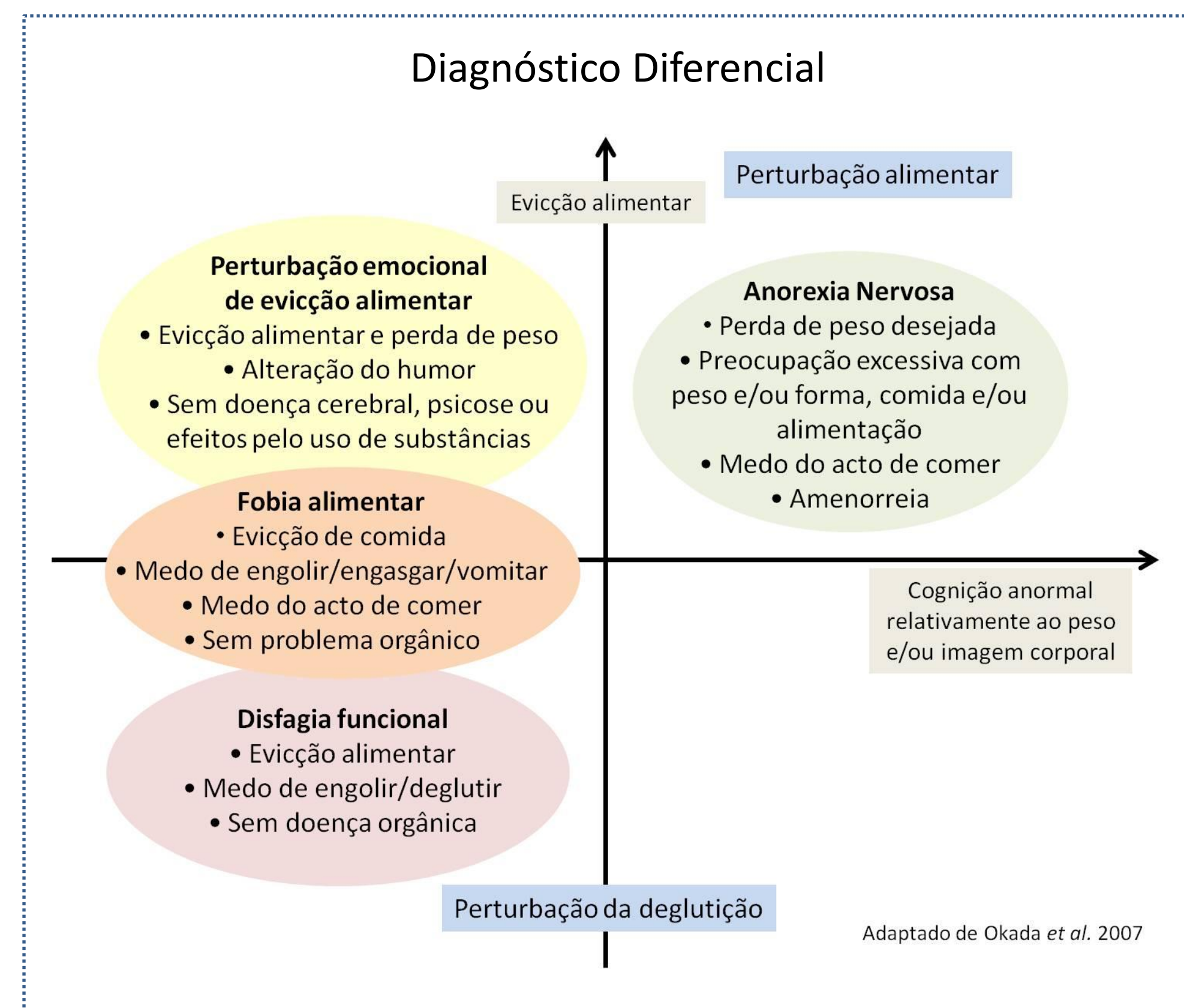
Pode ser acompanhada de outras queixas do foro gastrointestinal, não sendo encontrada justificação orgânica para as mesmas. Do ponto de vista psiquiátrico, está associada frequentemente a outras perturbações de ansiedade.

Apesar de esta condição não estar contemplado numa categoria específica nos manuais de classificação psiquiátricos, pode ser inserida na recente categoria “Perturbação da ingestão alimentar restritiva/evitante” do DSM V.

O seu reconhecimento é importante não só pelas possíveis complicações do ponto de vista nutricional e orgânico como para diagnóstico diferencial com outras perturbações do comportamento alimentar quer cursam também com recusa/restrrição alimentar e perda de peso, havendo alguns casos descritos diagnosticados erroneamente com anorexia e bulimia nervosa, sobretudo em situações de evolução longa.

O objetivo da abordagem terapêutica é um aumento progressivo na quantidade e qualidade de alimentos ingeridos. Tem sido verificada resposta a psicoterapia cognitivo-comportamental associada ou não a ansiolíticos (benzodiazepinas) e inibidores seletivos da recaptção da serotonina.

Na criança há particularidades em relação à abordagem psicoterapêutica relacionadas com as diferenças desenvolvimentais dos processos cognitivos, assim como uma necessidade de complementar a abordagem individual com a familiar.



Caso clínico

Antecedentes pessoais

Um ano antes, seguimento em consulta de pediatria do HP, CHUC
Cansaço e dores musculares
Etiologia não esclarecida
Na altura colocada hipótese de origem somática, mas sem seguimento psicológico

Temperamento

“Alegre, brincalhão, preocupado com os outros, vaidoso”
“Sempre medricas; dificuldade em diferenciar a ficção da realidade; suscetível ao que vê na TV”

Antecedentes familiares

Mãe com traços ansiosos

♂ 12 Anos;

5º Ano com aproveitamento excelente
Reside com os pais e irmão de 3 anos

Enviado à consulta aberta de Pedopsiquiatria por:

Desde há dois meses
Recusa e restrição alimentar progressiva para sólidos e mais recentemente líquidos
Perda ponderal de cerca de 4Kg
Queixas de disfagia, sensação de corpo estranho epigastralgias

Notória ainda tristeza, apatia e “menos vontade de brincar” e algum desleixo com seu aspeto pessoal

Na 1ª observação

Emagrecido
Inibido, fácies triste
Discurso centrado nas preocupações e medos em relação à alimentação e morte (pelas queixas epigástricas)

Dois meses antes episódio de engasgamento com pipoca
Posteriormente ouviu relato de história de idoso que morreu engasgado

Fobia alimentar

Psicoeducação individual e familiar
Intervenção cognitivo-comportamental
Alprazolam 0.25mg ½ cp antes das refeições principais

Seguimento em consulta → Evolução

Restabelecimento da alimentação adequada após cerca de três semanas e recuperação ponderal
Tendo-se então suspenso progressivamente Alprazolam.
Traços ansiosos progressivamente mais evidentes
Medo acentuado da morte
Distorções cognitivas e interpretações de estímulos inócuos externos e internos como potenciais perigos.

Sertralina 25mg id

Discussão/Conclusão

O diagnóstico diferencial de um doente que surge com recusa alimentar pode ser um enorme desafio clínico pela sobreposição que este sintoma pode tem numa variedade de quadros clínicos de perturbações do comportamento alimentar, podendo originar casos de diagnóstico erróneo e consequente insucesso na abordagem com impacto negativo no prognóstico físico e psicológico.

É assim fundamental uma anamnese cuidada e completa, não só para o diagnóstico em si mas também na procura de eventuais fatores predisponentes, como é o caso de traços ansiosos, no caso clínico descrito, individuais e familiares, que podem ter grande influência na abordagem terapêutica e prognóstico.

Seria importante um maior conhecimento desta entidade clínica para que possa ser melhor reconhecida e abordada de forma mais adequada, melhorando assim o prognóstico. Idealmente esta deveria ocorrer de forma multidisciplinar, combinando os conhecimentos da Pedopsiquiatria/Psiquiatria com os da Pediatria/Medicina Interna/Gastroenterologia.

Bibliografia

- Bailly MB *et al.*; *La phobie de déglutition chez l'enfant: un diagnostic différentiel de l'anorexie mentale*; Archives de pédiatrie; 2003; 337-339
- Lopes R *et al.*; *A case of choking phobia: towards a conceptual approach*; Eating weight disorders; 2013; July
- Lucas-Taracena MT *et al.*; *Fobia de tragar: clínica, diagnóstico y tratamiento*; Actas Española Psiquiatria; 2006; 35 (5); 309-316

- McNally RJ; *Choking phobia: a review of the literature*; Comprehensive psychiatry; 1994; vol 3, nº1; 83-89
- Nock MK; *A multiple-baseline evaluation of the treatment of food phobia in a young boy*; Journal of behaviour therapy and experimental psychiatry; 2002; 217-225
- Okada A *et al.*; *A study of psychopathology and treatment of children with phagophobia*; Acta Med. Okayma; 2007; vol 61, nº3; 251-269
- Silva VG *et al.*; *Fobia alimentar associada a magreza: um diagnóstico diferencial com anorexia nervosa*; J. Brasileiro Psiquiatria; 2009; 58 (3); 205-208