



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DO PORTO

## MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2011/2012

Fernando João Silva Fernandes Abreu  
Perturbação do Comportamento  
Alimentar (Binge Eating) e co-  
morbilidades psiquiátricas

março, 2012

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DO PORTO

Fernando João Silva Fernandes Abreu  
Perturbação do Comportamento  
Alimentar (Binge Eating) e co-  
morbilidades psiquiátricas

**Mestrado Integrado em Medicina**

**Área: Psiquiatria e Saúde Mental**

**Trabalho efetuado sob a Orientação de:  
Doutora Isabel Maria Boavista Vieira Marques Brandão**

**Trabalho organizado de acordo com as normas da revista:  
Arquivos de Medicina**

março, 2012

**FMUP**

Eu, Fernando João Silva Fernandes Abreu, abaixo assinado, nº mecanográfico 050001107, estudante do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste projeto de opção.

Neste sentido, confirmo que **NÃO** incorri em plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 19/03/2012

Assinatura: Fernando Abreu

**Nome:** Fernando João Silva Fernandes Azeu

**Endereço eletrónico:** med05187@med.up.pt **Telefone ou Telemóvel:** 937481665

**Número do Bilhete de Identidade:** 13236882

**Título da Dissertação/Monografia** (cortar o que não interessa):

Perturbação do Comportamento Alimentar (Binge Eating) e co-morbilidades  
psiquiátricas

**Orientador:**

Isabel Maria Boavista Vieira Marques Brandão

**Ano de conclusão:** 2012

**Designação da área do projeto:**

Psiquiatria e Saúde Mental

É autorizada a reprodução integral desta ~~Dissertação~~ Dissertação/Monografia (cortar o que não interessar) para efeitos de investigação e de divulgação pedagógica, em programas e projetos coordenados pela FMUP.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 19/03/2012

Assinatura: Fernando Azeu

## **Dedicatória**

Quero agradecer à Dra. Isabel Brandão pelo auxílio e conselhos na elaboração da monografia.

Aos meus pais, por toda a paciência demonstrada.

À Joana, pela ajuda, conselhos e apoio que me deu.

# **Perturbação do Comportamento Alimentar (Binge Eating) e comorbilidades psiquiátricas**

## **Eating Behavior Disorder (Binge Eating) and psychiatric comorbidities**

Fernando João Silva Fernandes Abreu

Aluno do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade do

Porto

---

### **Resumo**

Binge Eating é uma perturbação do espectro das perturbações do comportamento alimentar, caracterizada por episódios recorrentes de ingestão maciça de comida, associada a provas subjetivas e comportamentais de falta de controlo sobre alimentação e mal-estar clinicamente significativo e que não são acompanhadas das estratégias compensatórias típicas da Bulimia Nervosa, tais como auto-indução do vómito; abuso de laxantes; exercício físico [1].

Associadas a esta patologia estão diversas comorbilidades, nomeadamente episódio depressivo major [32] e humor depressivo [22]; perturbações da ansiedade, que são significativamente mais graves em indivíduos com Perturbações do Comportamento Alimentar do que em populações não clínicas [16]; assim como sensação de perda de controlo durante episódios de ingestão compulsiva [5], obesidade [11], uso de substâncias [28] e Perturbações da Personalidade, frequentemente diagnosticadas em indivíduos com Perturbações do Comportamento Alimentar [30].

**Palavras-chave:** Binge Eating; Controlo; Ansiedade; Obesidade; Depressão; Uso de Substâncias; Perturbação Personalidade.

## **Abstract**

Binge Eating disorder is a spectrum of eating disorders, characterized by recurrent episodes of massive ingestion of food associated with subjective and behavioral evidence of lack of control over food and malaise clinically significant, which are not accompanied by compensatory strategies typical of Bulimia Nervosa, such as self-induced vomiting, laxative abuse and physical exercise [1].

Associated with this disease are various comorbidities, including major depressive episode [32] and depressive mood [22], anxiety disorders, which are significantly higher in individuals with eating disorders than nonclinical populations [16], as well as sense of loss of control during binge episodes [5], obesity [11], substance use [28] and personality disorders often diagnosed in individuals with eating disorders [30].

**Keywords:** Binge Eating; Control; Anxiety; Obesity; Depression; Substance Use; Personality Disorder.

## Índice

• Introdução .....	4
1. Binge Eating – Definição.....	5
2. Binge Eating - Comorbilidades.....	6
2.1 Sensação de Perda de Controlo.....	7
2.2 Obesidade.....	8
2.3 Perturbações do Eixo I.....	9
2.3.1 Perturbações da Ansiedade.....	9
2.3.2 Perturbações do Humor.....	11
2.3.3 Uso de Substâncias.....	12
2.4 Perturbações do Eixo II.....	13
2.4.1 Traços de Personalidade e Perturbações da Personalidade.....	13
• Conclusão.....	14
• Bibliografia.....	15
• Anexos	

## **Introdução**

Binge Eating é uma perturbação do espectro das perturbações do comportamento alimentar, caracterizada por episódios recorrentes de ingestão maciça de comida, associada a provas subjetivas e comportamentais de falta de controlo sobre alimentação e mal-estar clinicamente significativo e que não são acompanhadas das estratégias compensatórias típicas da Bulimia Nervosa, tais como auto-indução do vómito; abuso de laxantes; exercício físico [1].

Neste trabalho foi proposto identificar psicopatologia na Perturbação do Comportamento Alimentar Periódica (Binge Eating) bem como comorbilidades psiquiátricas em indivíduos com esta patologia.

Foi realizada uma revisão da bibliografia publicada sobre o tema, sendo, no entanto, este, um assunto ainda pouco aprofundado e pouco estudado.

É importante referir que Binge Eating é um diagnóstico ainda em evolução, não constando como entidade única no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – 4º Edição, estando associado às Perturbações do Comportamento Alimentar Não Especificadas. No entanto, está prevista a sua inclusão na nova edição do mesmo manual.

## 1. Binge Eating - Definição

Binge Eating é uma perturbação do espectro das perturbações do comportamento alimentar, caracterizada por episódios recorrentes de ingestão maciça de comida, associada a provas subjetivas e comportamentais de falta de controlo sobre alimentação e mal-estar clinicamente significativo e que não são acompanhadas das estratégias compensatórias típicas da Bulimia Nervosa, tais como auto-indução do vômito; abuso de laxantes; exercício físico [1]. Segundo a DSM-IV-TR, estão descritos critérios para a investigação da Perturbação de ingestão compulsiva, entre eles:

- A. Episódios recorrentes de ingestão compulsiva. Um episódio de ingestão compulsiva é caracterizado pelas seguintes condições:
  - 1. Ingestão, num período de tempo isolado, de uma quantidade de comida francamente superior à que a maioria das pessoas poderia consumir no mesmo espaço de tempo e sob circunstâncias similares;
  - 2. Sensação de perda de controlo sobre a ingestão durante o episódio.
- B. Os episódios de ingestão compulsiva associam-se a 3 (ou mais) dos seguintes sintomas:
  - 1. Ingestão muito mais rápida que o habitual;
  - 2. Comer até se sentir desagradavelmente cheio;
  - 3. Ingestão de grandes quantidades de comida apesar de não sentir fome;
  - 4. Comer sozinho para esconder o embaraço pela sua voracidade;
  - 5. Sentir-se desgostoso consigo próprio, depressão ou grande culpabilidade depois da ingestão compulsiva.
- C. Profundo mal-estar ao recordar as ingestões compulsivas.
- D. As ingestões compulsivas têm lugar, em média, pelo menos 2 dias por semana durante 6 meses.
- E. A ingestão compulsiva não se associa ao uso regular de estratégias compensatórias inadequadas (por exemplo, purgantes, jejum, exercício físico excessivo) e não aparecem exclusivamente no decurso de uma Anorexia Nervosa ou uma Bulimia Nervosa.

## **2. Binge Eating e Comorbilidades**

Sendo o Binge Eating (BE) uma perturbação psiquiátrica tem, obviamente, diferentes psicopatologias associadas. Yanovski et al. [2] reportou um estudo com 43 participantes obesos com BE que tinham maior probabilidade de sofrer de perturbações psicológicas que 85 participantes obesos sem BE (60 vs. 34%, respetivamente), principalmente maiores taxas de episódio depressivo major, perturbação ansiedade e bulimia nervosa ao longo da vida. Wilfley et al. [3] num ensaio clínico com 162 participantes com BE, descobriu que 77% dos pacientes têm critérios para, pelo menos, uma perturbação psiquiátrica ao longo da vida, sendo as mais comuns; perturbação do humor, uso de substâncias e perturbação da ansiedade (61, 33 e 29%, respetivamente). Grilo et al. [4] sugeriu que comorbilidades psiquiátricas à altura do estudo, mas não anteriores ou futuras, estão associadas a uma apresentação mais severa de BE.

## 2.1 Sensação de Perda de Controle

Como referido anteriormente, alguns indivíduos referem sensação de perda de controle. Perante isto, alguns autores realçaram a importância da sensação de perda de controle (SPC) durante episódios de ingestão compulsiva como um marcador de Perturbação Alimentar [5], sendo, por isso, a sensação de perda de controle durante episódios de ingestão compulsiva como um sintoma chave no diagnóstico de Binge Eating [6] e está associado com ingestão emocional, depressão e ansiedade [1].

Shomaker et al. [7], numa amostra de 367 adolescentes, descobriu que aqueles que reportaram SPC durante os episódios de ingestão compulsiva exibem atitudes e comportamentos alimentares mais perturbadores, tais como problemas relacionados com o peso e ingestão emocional, que aqueles que não reportaram. Como tal, alguns estudos mostraram que indivíduos que experimentam SPC reportaram maiores níveis de angústia emocional e sintomas de Perturbação do Comportamento Alimentar do que aqueles que não experimentaram, sendo, no entanto, incerto que aspetos da patologia contribuam para a ligação entre sintomatologia de Perturbação do Comportamento Alimentar e a qualidade de vida (QdV) dos indivíduos [8]. Para explorar esta relação, Jenkins et al. [9] num estudo com 339 mulheres, colocou a hipótese que aqueles indivíduos que reportam SPC irão reportar pior qualidade de vida e mais sintomas psiquiátricos que aqueles que não reportam. Os resultados confirmaram esta hipótese e ajudaram a cimentar as evidências que sugeriam que SPC está associada com psicopatologia alimentar, bem como que é a SPC, mais até do que a quantidade de comida ingerida, que está associada a pior QdV [9]. Elder et al. [10] numa amostra comunitária de mulheres latinas que reportaram SPC pelo menos uma vez por semana, sugeriu que é a SPC, mais que a quantidade de comida consumida, um excelente marcador de presença de psicopatologia alimentar.

## 2.2 Obesidade

Existe uma associação entre Binge Eating, obesidade e peso instável, sendo Binge Eating comum entre indivíduos obesos participantes em programas de controle de peso [11]. Telch et al. [12] reportou um aumento da prevalência de Binge Eating com o aumento do grau de obesidade, não sendo obesidade, no entanto, um critério de diagnóstico de Binge Eating.

A maioria dos estudos clínicos realizados até à data centraram-se principalmente em indivíduos obesos com Binge Eating. No entanto, segundo Fairburn et al. [13], a maioria dos indivíduos com Binge Eating na comunidade parecem ser não obesos, mas com tendência para ganhar peso com o passar do tempo. Como tal, o início da perturbação alimentar parece surgir antes da obesidade, na maioria dos casos, demorando, em alguns casos, anos até atingirem um estado de obesidade [14]. Neste estudo realizado por Mussel et al. [14] entre 35 a 65% dos casos o aparecimento de Binge Eating precede o início da obesidade. É importante, perante este cenário, pensar que se indivíduos com Binge Eating que não são obesos tendem a sê-lo anos mais tarde, o que acontecerá aos indivíduos com Binge Eating que no início da perturbação alimentar já eram obesos. Foi com base neste pensamento que Grilo et al. realizou um estudo sobre o timing e a sequência da obesidade em indivíduos Binge Eaters obesos, concluindo que, indivíduos obesos anteriormente ao início da perturbação alimentar têm maior tendência a ganhar ainda mais peso com o passar do tempo [15].

## **2.3 Perturbações do Eixo I**

Indivíduos com Binge Eating têm maiores taxas de comorbilidades do Eixo I quando comparados com indivíduos normais [32].

### **2.3.1 Perturbações da Ansiedade**

As perturbações da ansiedade (tabela 1) são comuns entre indivíduos com Binge Eating, segundo mostram diversos estudos realizados. A prevalência de perturbações da ansiedade é significativamente mais elevada em indivíduos com Perturbações do Comportamento Alimentar do que em populações não clínicas [16].

As perturbações da ansiedade mais frequentemente diagnosticadas são perturbação de pânico, síndrome de stress pós-traumático, fobia social e fobia específica [34].

Schwalberg et al. [17] comparou indivíduos obesos com Binge Eating, indivíduos com peso normal com Bulimia Nervosa e indivíduos com fobia social ou perturbação de pânico. No seu estudo encontrou similaridades entre os 4 grupos no que respeita a níveis de ansiedade e depressão, bem como na incidência, prevalência e severidade clínica de perturbação da ansiedade. Das perturbações da ansiedade, a fobia social foi a perturbação mais comumente diagnosticada entre indivíduos com Binge Eating.

Fobia social (tabela 2) é definida como falta de confiança em situações sociais, dificuldade de interação com outras pessoas e medo de avaliações negativas por partes dos outros, sendo marcada por níveis elevados de ansiedade social [18]. Sawaoka et al. [19] concluiu que ansiedade social está associada a níveis elevados de psicopatologia na perturbação de comportamento alimentar, incluindo preocupações com forma física, peso e frequência de ingestão compulsiva alimentar. Adicionalmente, obteve resultados que indicavam que tanto a auto-consciência privada como pública estavam associadas a elevadas preocupações com a forma física e o peso nos indivíduos com Binge Eating, não pertencendo estes aos critérios de diagnóstico de Binge Eating presentes na DSM-IV-TR [1]

Está descrita a associação entre a antecipação de um stressor social (por exemplo, falar em público) e o aumento da ingestão de alimentos em indivíduos com Binge Eating [37].

### 2.3.2 Perturbações do Humor

A regulação dos processos emocionais e o humor depressivo, em especial, têm um papel importante no desenvolvimento e manutenção da Perturbação de Comportamento Alimentar Periódica [20].

Crowther et al. [21] afirma que indivíduos com Binge Eating experimentam mais stressores negativos e são mais intolerantes com o humor depressivo quando comparados com controlos saudáveis. Embora os episódios de ingestão compulsiva sejam precedidos frequentemente por humor negativo [22] estes não parecem ser muito eficazes na melhoria do humor [23]. O facto de um humor depressivo preceder os episódios de ingestão alimentar compulsiva pode ser visto como uma tentativa de lidar ou fugir de certos estados desagradáveis para determinados indivíduos, representando uma estratégia não saudável de *coping*, o que pode criar efeitos negativos como ansiedade e depressão [24].

É interessante examinar o largo espectro de emoções nos indivíduos com Binge Eating e a sua relação com a ingestão alimentar compulsiva. Arnou et al. [25] realizou esta análise e descreveu “raiva” e “frustração” como as emoções que mais frequentemente precedem um episódio de ingestão alimentar compulsiva. No entanto, foi mais além no estudo e concluiu que 95% das emoções que antecederam episódios de ingestão compulsiva foram “raiva/frustração”, “ansiedade” e “tristeza/depressão”.

Episódio Depressivo Major (tabela 3) é o diagnóstico mais frequentemente associado com Binge Eating [32].

Greenberg e Harvey [33] estudaram 57 mulheres e descobriram que a gravidade da compulsão alimentar está significativamente correlacionada com a coexistência de altos níveis de restrição alimentar e depressão.

No entanto, a direção da causalidade entre a compulsão alimentar e depressão major não está firmemente estabelecida e pode ser recíproca [35].

Taxas de depressão também são elevadas em obesos, existindo uma associação entre compulsão alimentar e depressão em indivíduos com excesso de peso e obesos [36].

### 2.3.3 Uso de Substâncias

O abuso de substâncias (tabela 4) consiste num padrão desadaptativo de utilização da substância manifestado por consequências adversas, recorrentes e significativas, relacionadas com a utilização repetida das substâncias [1].

O uso de substâncias, tais como álcool, tabaco, cannabis ou outras drogas ilícitas, está associado às Perturbações de Comportamento Alimentar, nomeadamente Binge Eating. Os indivíduos com perturbação do comportamento alimentar periódica tendem a usar mais substâncias, sendo, no entanto, muito incomum a SPC [26]. O uso de substâncias psicoativas também foi estudado por Wilson [27], que demonstrou taxas mais elevadas de utilização de psicotrópicos em indivíduos com perturbações do comportamento alimentar.

Num estudo realizado por Ross e Ivis [28], que testou a associação entre binge eating e o uso e abuso de substâncias em adolescentes, reportou uma associação entre indivíduos com Binge Eating e o abuso de substâncias, particularmente álcool, tabaco, cannabis e outras drogas. Os dados mostraram que 60-62% usaram álcool, 25-29% tabaco; cannabis 26% e outras drogas 18-21% dos indivíduos estudados. A Perturbação de Comportamento Alimentar Periódica está associada a uma pior imagem corporal, baixa auto-estima e depressão, o que foi identificado como justificação para o uso de substâncias. Por exemplo, o uso de cannabis entre indivíduos com Binge Eating foi reportado como um meio de reduzir o impacto dos aspetos negativos das suas vidas, ajudando a evitar aos problemas, relaxar/ aliviar a tensão ou mesmo a lidar com a raiva/ frustração. Este estudo concluiu que há um contínuo de comportamentos disfuncionais relativamente ao Binge Eating, o que está associado a um aumento do uso de substâncias e a um padrão de auto-perceção desfavorável. Como tal, o risco do uso problemático de drogas em indivíduos com Binge Eating é duas vezes superior ao risco dos indivíduos da população geral.

## **2.4 Perturbações do Eixo II**

### **2.4.1 Traços de Personalidade e Perturbação da Personalidade**

Perturbação da Personalidade é um padrão estável de experiência interna e comportamento que se afasta marcadamente do esperado para o indivíduo numa dada cultura, é global e inflexível, tem início na adolescência ou no início da idade adulta, é estável ao longo do tempo e origina sofrimento ou incapacidade [1].

Por sua vez, os traços de personalidade são padrões estáveis de compreensão, relação e pensamento acerca do meio envolvente e de si próprio, que se exprimem numa gama variada de contextos de natureza social e pessoal. Somente quando os traços de personalidade são inflexíveis e desadaptativos, causando incapacidade funcional significativa ou sofrimento subjetivo, se constituem como Perturbações da Personalidade [1].

Os traços de personalidade têm sido implicados no início, na expressão sintomática e na manutenção das Perturbações do Comportamento Alimentar, tendo sido identificadas associações entre perfeccionismo, obsessivo-compulsividade, impulsividade, procura de sensações, narcisismo, sociotropia e autonomia com Perturbações do Comportamento Alimentar [29].

Bornstein [30], sugere que as Perturbações da Personalidade são frequentemente diagnosticadas em indivíduos com Perturbações do Comportamento Alimentar.

Entre os indivíduos com Perturbações do Comportamento Alimentar, as Perturbações da Personalidade mais comumente encontradas foram as pertencentes ao Grupo C (obsessivo-compulsivo, dependente, evitante), seguidas pelas pertencentes ao Grupo B (borderline, histriónica, narcisista e antissocial) e, por fim, as do Grupo A (paranóide, esquizóide, esquizotípica) [31].

## Conclusão

A Perturbação do Comportamento Alimentar Periódica é uma patologia que carece de maior estudo, de modo a categorizar e definir os seus fatores de risco, as suas causas, comorbilidades, consequências e respetivo tratamento.

No entanto, através da revisão de diversos artigos, foi possível concluir que Binge Eating é uma patologia com diversas comorbilidades associadas.

Sensação de Perda de Controlo é frequentemente sentida pelos indivíduos com Binge Eating, levando a uma redução da qualidade de vida e reportando níveis elevados de angústia emocional e sintomas de Perturbação do Comportamento Alimentar [8].

Obesidade está associado a Binge Eating, podendo este ser um sintoma primário que pode levar ao aumento de peso e obesidade [15].

As Perturbações do Eixo I também fazem parte das comorbilidades associadas à Perturbação do Comportamento Alimentar Periódica.

Perturbações da Ansiedade são comuns entre indivíduos com Binge Eating [16] sendo mais frequentemente diagnosticadas; perturbação de pânico, síndrome de stress pós-traumático, fobia social e fobia específica [34].

Episódios de ingestão compulsiva são precedidos frequentemente por humor depressivo [22], sendo os indivíduos com Binge Eating diagnosticados frequentemente com Episódio Depressivo Major [32].

O uso de substâncias, tais como álcool, tabaco, cannabis ou outras drogas ilícitas, está associado às Perturbações de Comportamento Alimentar [26], sendo uma maior utilização de psicotrópicos associada a estes indivíduos [27].

Relativamente às Perturbações do Eixo II, existem alguns traços de personalidade associados a Binge Eating, nomeadamente perfeccionismo, obsessivo-compulsividade, impulsividade, procura de novas sensações, narcisismo, sociotropia e autonomia [29]. As Perturbações da Personalidade mais

comummente encontradas foram as pertencentes ao Grupo C (obsessivo-compulsivo, dependente, evitante), seguidas pelas pertencentes ao Grupo B (borderline, histriónica, narcisista e antissocial) e, por fim, as do Grupo A (paranóide, esquizóide, esquizotípica) [31].

## Bibliografía

- [1] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 2000.
- [2] Yanovski SZ, Nelson JE, Dubbert BK, Spitzer RL. Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects. *Am J Psychiatry* 1993; 150:1472–1479.
- [3] Wilfley DE, Friedman MA, Douchis JZ, Stein RI, Welch RR, Ball SA. Comorbid psychopathology in binge eating disorder: Relation to eating disorder severity at baseline and following treatment. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68:641–649.
- [4] Carlos MG, Marney AW, Robin MM. DSM-IV Psychiatric Disorder Comorbidity and Its Correlates in Binge Eating Disorder. *Int J Eat Disord* 2009; 42:228-234.
- [5] Latner JD, Hildebrandt T, Rosewall JK, Chisholm AM, Hayashi K. Loss of control over eating reflects eating disturbances and general psychopathology. *Behav Res Ther* 2007;45:2203–2211.
- [6] Latner, J. D., Hildebrandt, T., Rosewall, J. K., Chisholm, A. M., & Hayashi, K. Loss of control over eating reflects eating disturbances and general psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 2007; 45, 2203–2211.
- [7] Shomaker LB, Tanofsky-Kraff M, Elliott C, Wolkoff LE, Columbo KM, Ranzenhofer LM, et al. Salience of loss of control for pediatric binge episodes: Does size really matter? *Int J Eat Disord* 2010;43:707–716.
- [8] Jenkins PE, Hoste RR, Meyer C, Blissett JM. Eating disorders and quality of life: A review of the literature. *Clin Psy Ver* 2011;31:113–121.
- [9] Jenkins PE, Conley CS, Hoste RR, Meyer C, Blissett JM. Perception of Control During Episodes of Eating: Relationships with quality of Life and Eating Psychopathology. *Int J Eat Disord* 2012; 45:115-119.
- [10] Elder KA, Jr. MP, Añez LM, Grilo CM. Loss of control over eating is associated with eating disorder psychopathology in a community sample of Latinas. *Eat Behav.* 2008 Dec;9(4):501-3.
- [11] Spitzer RL, Yanovski SZ, Wadden T, Wing R. Binge eating disorder: Its further validation in a multisite study. *Int J Eat Disord* 1993;13:137–153.

- [12] Telch CF, Agras WS, Rossiter EM. Binge eating increases with increasing adiposity. *Int J Eat Disord* 1988;7:115–119.
- [13] Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, Norman PA, O'Connor ME. The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:659–665.
- [14] Mussell MP, Mitchell JE, Weller CL, Raymond NC, Crow SJ, Crosby RD. Onset of binge eating, dieting, obesity, and mood disorders among subjects seeking treatment for binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 1995;17:395–401.
- [15] Reas DL, Grilo CM. Timing and sequence of the onset of overweight, dieting, and binge eating in overweight patients with binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 2007;40:165.
- [16] Kaye WH, Bulik CM, Thornton L, Barbarich N, Masters K, Price Foundation Collaborative Group. Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 2004;161:2215-21.
- [17] Schwalberg MD, Barlow DH, Alger SA, Howard LJ. Comparison of bulimics, obese binge eaters, social phobics, and individuals with panic disorder on comorbidity across DSM-III-R anxiety disorders. *J Abnorm Psychol* 1992;101:675-81.
- [18] Liebowitz MR, Gorman JM, Fyer AJ, Klein DF. Social phobia: review of a neglected anxiety disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42:729-36.
- [19] Sawaoka T, Barnes RD, Blomquist KK, Masheb RM, Grilo CM. Social anxiety and self-consciousness in binge eating disorder: associations with eating disorder psychopathology. *Compr Psychiatry*. 2011
- [20] Hilbert, A., Saelens, B., Stein, R., Mockus, D., Welch, R., & Matt, G. (2007a). Pretreatment and process predictors of outcome in interpersonal and cognitive behavioral psychotherapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 645–651.
- [21] Crowther, J. H., Sanftner, J., Bonifazi, D. Z., & Shepherd, K. L. (2001). The role of daily hassles in binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 449–454.
- [22] Greeno, C., Wing, R., & Shiffman, S. (2000). Binge antecedents in obese women with and without binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 95–102.

- [23] Hilbert, A., & Tuschen-Caffier, B. (2007). Maintenance of binge eating through negative mood: A naturalistic comparison of binge eating disorder and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 521–530.
- [24] Heatherton, T. F., & Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. [Review]. *Psychological Bulletin*, 110, 86–108.
- [25] Arnow, B., Kenardy, J., & Agras, W. S. (1992). Binge eating among the obese: A descriptive study. *Journal of Behavioral Medicine*, 15, 155–170.
- [26] Welch SI & Fairburn CG. Impulsivity or comorbidity in bulimia nervosa: A controlled study of deliberate self-harm and alcohol and drug misuse in a community sample. *British Journal of Psychiatry*, 1990; 169, 451-458.
- [27] Wilson GT. The addiction model of eating disorders: A critical analysis. *Advances in Behavior Research and Therapy*, 1991; 13, 27-72.
- [28] Ross HE & Ivis F. Binge Eating and Substance Use among Male and Female Adolescents. *Int J Eat Disord*. 1999 Nov;26(3):245-60.
- [29] Cassin SE, von Ranson KM. Personality and eating disorders: a decade in review. *Clin Psychol Rev*. 2005 Nov;25(7):895-916.
- [30] R.F. Bornstein. A meta-analysis of the dependency–eating-disorders relationship: Strength, specificity, and temporal stability. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23 (2001), pp. 151–162.
- [31] Johnson C, Wonderlich SA. Personality characteristics as a risk factor in the development of eating disorders. Crowther JH, Tennenbaum DL (Eds.), *The etiology of bulimia nervosa: The individual and familial context*, Kent State University Press, Kent, OH (1992), pp. 179–196.
- [32] Mussel MP, Mitchell JE, de Zwaan M, Crosby RD, Seim HC & Crow SJ. Clinical characteristics associated with binge eating in obese females: A descriptive study. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*. 1996; 20, 324-331.
- [33] Greenberg, B., & Harvey, P. (1996). Affective lability versus depression as determinants of binge eating. *Addictive Behaviors*, 12(4), 347–361.

- [34] Jones-Corneille LR, Wadden TA, Sarwer DB, Faulconbridge LF, Fabricatore AN, Stack RM, Cottrell FA, Pulcini ME, Webb VL, Williams NN. Axis I psychopathology in bariatric surgery candidates with and without binge eating disorder: results of structured clinical interviews. *Obes Surg.* 2012 Mar;22(3):389-97.
- [35] E. Stice, C. Hayward, R.P. Cameron, J.D. Killen, C.B. Taylor. Body-image and eating disturbances predict onset of depression among female adolescents: a longitudinal study. *J Abnorm Psychol*, 109 (2000), pp. 438–444.
- [36] K. Galanti, M.E. Gluck, A. Geliebter. Test meal intake in obese binge eaters in relation to impulsivity and compulsivity. *Int J Eat Disord*, 40 (2007), pp. 727–732.
- [37] T.F. Heatherton, C.P. Herman, J. Polivy. Effects of physical threat and ego threat on eating behavior. *J Pers Soc Psychol*, 60 (1991), pp. 138–143

## Anexos

### CRITÉRIOS GERAIS DE DIAGNÓSTICO PARA PERTURBAÇÃO DA PERSONALIDADE

- A. Padrão duradouro de experiência interna e comportamento que se desvia marcadamente do esperado na cultura da pessoa. Este padrão é expresso em 2 (ou mais) das seguintes áreas:
  - 1) cognição (formas de percepção e interpretação de si próprio, dos outros e dos acontecimentos);
  - 2) afectividade (variedade, intensidade, labilidade e adequação da resposta emocional);
  - 3) funcionamento interpessoal;
  - 4) controlo dos impulsos.
- B. O padrão duradouro é inflexível e global numa grande variedade de situações pessoais e sociais.
- C. O padrão origina sofrimento clinicamente significativo ou deficiência na vida social, profissional ou noutras áreas importantes de funcionamento.
- D. O padrão é estável, de longa duração e o seu começo ocorreu o mais tardar na adolescência ou no início da idade adulta.
- E. O padrão persistente não é melhor explicado como manifestação ou consequência de outra perturbação mental.
- F. O padrão não é devido aos efeitos fisiológicos directos de uma substância (por exemplo, abuso de drogas, medicamentos) ou a um estado físico geral (por exemplo, traumatismo craniano).

Tabela 1. Critérios Gerais de Diagnóstico para a Perturbação de Personalidade [1].

## CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO PARA 300.23 FOBIA SOCIAL [F40.1]

- A. Medo acentuado e persistente de uma ou mais situações sociais e de desempenho nas quais o sujeito está exposto a pessoas desconhecidas ou à possível observação de outras. O sujeito teme poder vir a comportar-se (ou mostrar sinais de ansiedade) de modo humilhante ou embaraçador. **Nota:** em crianças, tem de existir evidência da capacidade para estabelecer relações sociais apropriadas para a idade com pessoas conhecidas e a ansiedade deve ocorrer também com as crianças da sua idade e não somente nas interações com adultos.
- B. A exposição à situação social temida provoca quase sempre ansiedade, que pode assumir a forma de um Ataque de Pânico situacional ou situacionalmente predisposto. **Nota:** em crianças, a ansiedade pode ser expressa por choros, birras, imobilidade ou receio nas situações sociais com pessoas desconhecidas.
- C. A pessoa reconhece que o medo é excessivo ou irracional. **Nota:** em crianças esta característica pode estar ausente.
- D. As situações sociais ou de desempenho são evitadas ou enfrentadas com intensa ansiedade ou mal-estar.
- E. O evitamento, antecipação ansiosa ou mal-estar nas situações sociais ou de desempenho interferem significativamente com as rotinas normais da pessoa, funcionamento ocupacional (ou académico), relacionamentos ou actividades sociais ou existe mal-estar acentuado por ter a fobia.
- F. Em sujeitos com idade inferior a 18 anos, a duração é pelo menos de 6 meses.
- G. O medo ou o evitamento não são provocados por efeitos fisiológicos directos de uma substância (por exemplo, drogas de abuso, medicação) ou um estado físico geral e não são melhor explicados por outra perturbação mental (por exemplo, Perturbação de Pânico, Com ou Sem Agorafobia, Perturbação da Ansiedade de Separação, Perturbação Dismórfica Corporal, Perturbação Global do Desenvolvimento ou Perturbação Esquizóide da Personalidade).
- H. Se um estado físico geral ou outra perturbação mental estiverem presentes, o medo do Critério A não está relacionado com eles, por exemplo, o medo não é de Gaguejar, de tremer na doença de Parkinson ou de exhibir um comportamento alimentar anormal na Anorexia ou Bulimia Nervosa.
- Especificar se:*
- **Generalizada:** se os medos incluem a maioria das situações (considerar igualmente o diagnóstico adicional de Perturbação Evitante da Personalidade)

Tabela 2. Critérios de Diagnóstico para Fobia Social [1].

### CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO PARA 296.2X EPISÓDIO DEPRESSIVO MAJOR, EPISÓDIO ÚNICO [F32.X]

- A. Presença de um único Episódio Depressivo *Major* (ver p. 356).
- B. O Episódio Depressivo *Major* não é melhor explicado por uma Perturbação Esquizoafectiva e não se sobrepõe a uma Esquizofrenia, Perturbação Esquizofreniforme, Perturbação Delirante ou Perturbação Psicótica Sem Outra Especificação.
- C. Nunca existiu um Episódio Maníaco (ver p. 362), um Episódio Misto (ver p. 365) ou um Episódio Hipomaniaco (ver p. 368). **Nota:** esta exclusão não se aplica se todos os episódios de tipo maníaco, misto ou hipomaniaco forem induzidos por substâncias ou tratamento, ou se forem provocados pelos efeitos fisiológicos directos de um estado físico geral.

Se os critérios completos para Episódio Depressivo *Major* estiverem actualmente preenchidos, *especifique* o estado clínico actual e/ou as características:

- **Ligeiro, Moderado, Grave Sem Características Psicóticas, Grave Com Características Psicóticas** (ver p. 411)
- **Crónico** (ver p. 417)
- **Com Características Catatónicas** (ver p. 417)
- **Com Características Melancólicas** (ver p. 419)
- **Com Características Atípicas** (ver p. 420)
- **Com Início no Período Pós-Parto** (ver p. 422)

Se os critérios completos para Episódio Depressivo *Major* não estiverem actualmente preenchidos, *especifique* o estado clínico actual da Perturbação Depressiva *Major* ou as características do episódio mais recente:

- **Em Remissão Parcial, Em Remissão Total** (ver p. 411)
- **Crónico** (ver p. 417)
- **Com Características Catatónicas** (ver p. 417)
- **Com Características Melancólicas** (ver p. 419)
- **Com Características Atípicas** (ver p. 420)
- **Com Início no Período Pós-Parto** (ver p. 422)

Tabela 3. Critérios de Diagnóstico para Episódio Depressivo Major [1].

## CRITÉRIOS DE ABUSO DE SUBSTÂNCIAS

- A. Padrão desadaptativo da utilização de substâncias levando a déficit ou sofrimento clinicamente significativos, manifestado por um (ou mais) dos seguintes, ocorrendo durante um período de 12 meses:
- 1) utilização recorrente de uma substância resultando na incapacidade de cumprir obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa (por exemplo, ausências repetidas ou fraco desempenho profissional relacionado com a utilização de substâncias, suspensões ou expulsões escolares relacionadas com a substância; negligência das crianças ou deveres domésticos);
  - 2) utilização recorrente da substância em situações em que tal se torna fisicamente perigoso (por exemplo, guiar um automóvel ou trabalhar com máquinas quando diminuído pela utilização da substância);
  - 3) problemas legais recorrentes, relacionados com a substância (por exemplo, prisões por comportamentos desordeiros relacionados com a substância);
  - 4) continuação da utilização da substância apesar dos problemas sociais ou interpessoais, persistentes ou recorrentes, causados ou exacerbados pelos efeitos da substância (por exemplo, discussões com o cônjuge sobre as consequências da intoxicação; lutas físicas).
- B. Os sintomas nunca preencheram os critérios de Dependência de Substâncias, para esta classe de substâncias.

Tabela 4. Critérios de Abuso de Substâncias [1].