

que podem ter surgido em decorrência do divórcio dos pais e de seu desenvolvimento em direção à puberdade. Embora todas essas alternativas possam ser investigadas mais profundamente, nenhuma delas parece ser pertinente à perda de peso de Ema.

Leituras Recomendadas

Bryant-Waugh R, Markham L, Kreipe RE, Walsh BT: Feeding and eating disorders in childhood. *Int J Eat Disord* 43(2):98–111, 2010

Kreipe RE, Palomaki A: Beyond picky eating: avoidant/restrictive food intake disorder. *Curr Psychiatry Rep* 14(4):421–431, 2012

CASO 10.3

Cefaleias e Fadiga

Jennifer J. Thomas
Anne E. Becker

Valerie Gaspard era uma mulher negra, solteira, de 20 anos, que havia recentemente imigrado para os Estados Unidos vinda da África Ocidental com a família para realizar trabalho missionário. Ela se apresentou ao clínico geral com queixa de cefaleias frequentes e fadiga crônica. O exame físico não revelou nada de interesse, exceto que seu peso era de apenas 35 kg, e sua altura, 1,55 m, resultando em um índice de massa corporal (IMC) de 14,5 kg/m², e que não tivera seu último ciclo menstrual. Incapaz de encontrar uma explicação médica para os sintomas da sra. Gaspard, e preocupado com seu peso extremamente baixo, o médico a encaminhou para o programa de transtornos alimentares do hospital.

Durante a consulta para avaliação psiquiátrica, a sra. Gaspard estava cooperativa e simpática. Manifestou preocupação em relação ao baixo peso e negou medo de ganho de peso ou perturbação da imagem corporal: “Sei que preciso ganhar peso. Estou magra demais”, afirmou. A sra. Gaspard relatou que, antes de se mudar para os Estados Unidos, pesava 44 kg e afirmou sentir “vergonha” quando familiares e até mesmo estranhos afirmavam que havia ficado magra demais. Observou-se que todos os outros familiares que moravam nos Estados Unidos tinham peso normal ou sobrepeso.

Apesar da aparente motivação para corrigir sua desnutrição, a evocação da dieta da sra. Gaspard revelou que ela consumia apenas 600 calorias por dia. No dia

anterior à avaliação, por exemplo, ela havia ingerido apenas uma pequena quantidade de macarrão, um prato de brócolis no vapor e uma xícara de feijão preto. Sua ingestão de líquidos também era bastante limitada e normalmente consistia em apenas dois ou três copos de água diários.

A sra. Gaspard forneceu vários motivos para sua parca ingestão de alimentos. O primeiro era falta de apetite: “Meu cérebro nem dá sinal de que estou com fome”, afirmou. “Não tenho vontade de comer durante o dia inteiro”. O segundo foi inchaço e náusea após as refeições: “Depois de comer me dá um desconforto”. O terceiro era a variedade limitada de alimentos permitidos pela religião, que defende uma dieta vegetariana. “Meu corpo na realidade não é meu, é um templo de Deus”, explicou. O quarto motivo era que seu baixo orçamento não permitia a aquisição das suas fontes de proteína vegetariana preferidas (p. ex., tofu, substitutos para carne processados). A sra. Gaspard não tinha concluído o ensino médio e ganhava muito pouco dinheiro com o trabalho de secretária em sua igreja.

A sra. Gaspard negou outros sintomas de transtorno alimentar, incluindo compulsão alimentar, purgação ou outros comportamentos relacionados com a perda de peso. Contudo, em relação a exercícios, relatou que caminhava, aproximadamente, de 3 a 4 horas por dia. Negou que sua atividade fosse motivada pelo desejo de queimar calorias. Em vez disso, a sra. Gaspard afirmou que, como não dispunha de um carro e não gostava de esperar pelo ônibus, se deslocava a pé até o trabalho e para atividades de lazer.

Ela não relatou outros sintomas psiquiátricos além da ingestão inadequada de alimentos e atividade física excessiva. Parecia eufímica e não relatou sintomas de depressão. Ela negou uso de álcool ou de drogas ilícitas. Indicou que estava com má concentração, mas manifestou esperanças de que o complemento fitoterápico que recém começara a tomar melhoraria sua me-

mória. Quando indagada sobre história de tratamentos anteriores, relatou que havia consultado brevemente um nutricionista cerca de um ano antes, quando a família começara a “incomodar” sobre seu baixo peso, mas achava que as consultas não haviam ajudado.

Diagnóstico

- Anorexia nervosa, tipo restritivo.

Discussão

O diagnóstico do DSM-5 mais adequado para a sra. Gaspard é anorexia nervosa (AN). Embora sua história sugira explicações alternativas para sua apresentação caquética, nenhuma é tão convincente como a AN. Por exemplo, o transtorno alimentar restritivo/evitativo, recém denominado nos critérios revisados do DSM-5, também poderia apresentar perturbação alimentar, desnutrição significativa e/ou ausência de interesse ou aversão a alimentos, desencadeados ou associados a uma série de queixas físicas, incluindo desconforto gastrointestinal. Contudo, o inchaço e a náusea da sra. Gaspard são uma pista falsa: ambos são comuns em AN, onde podem ser idiopáticos ou estar associados a esvaziamento gástrico ou tempo de trânsito intestinal atrasado. De modo semelhante, embora o transtorno depressivo maior também possa estar associado à perda de apetite, a sra. Gaspard encontra-se eufímica e ativamente dedicada a seu trabalho missionário. Por fim, embora o acesso limitado a alimentos e transporte da sra. Gaspard possa contribuir para sua desnutrição e excesso de atividade física, observa-se que ninguém em sua família (com quem ela divide os mesmos recursos) está abaixo do peso.

Como a sra. Gaspard não se entrega a compulsões alimentares (i.e., ela nega ingerir grandes quantidades de alimentos enquanto sente que perde o controle) ou práticas purgativas (i.e., nega vômito au-

toinduzido ou abuso de enemas, laxantes, diuréticos ou outros medicamentos), seu quadro é compatível com o subtipo restritivo de AN. Descreveu-se, em algumas populações, um risco elevado para transtorno alimentar após a imigração de um país não ocidental para um país ocidental, atribuído ao aumento da exposição a ideais de beleza ocidentais, bem como a estressores associados à aculturação. Embora a sra. Gaspard não tenha satisfeito os critérios do DSM-IV para AN devido à ausência de fobia de gordura e ao ciclo menstrual contínuo (ainda que irregular), ela satisfaz os critérios revisados do DSM-5 para AN.

O primeiro critério para AN é perda de peso significativa. O IMC de 14,5 da sra. Gaspard a coloca abaixo do percentil 1 de IMC para mulheres norte-americanas com a mesma idade e altura. Ademais, seu IMC está muito abaixo do limite mínimo estabelecido pela Organização Mundial da Saúde como 18,5 kg/m² para adultos. Seu peso é tão baixo que a menstruação ficou irregular. É importante observar que a amenorreia (i.e., ausência de menstruação durante um período igual ou superior a três meses) era um critério do DSM-IV para AN, mas foi removido no DSM-5 devido a pesquisas que sugerem que pacientes de baixo peso com transtorno alimentar que menstruam regularmente exibem psicopatologia equiparável às pacientes com amenorreia.

Um segundo critério para AN é ou um temor intenso em relação a gordura ou um comportamento persistente que interfere no ganho de peso, apesar de um peso significativamente baixo. As racionalizações da sra. Gaspard em relação à recusa de alimentos são incompatíveis com o temor intenso de ganho de peso que o DSM-IV anteriormente caracterizava com *sine qua non* de AN. Contudo, muitos pacientes com baixo peso – especialmente aqueles com perfil cultural não ocidental – não confirmam explicitamente preocupações com o peso e a forma do corpo.

Diferenças baseadas na cultura – incluindo normas locais predominantes que orientam vários fatores, entre eles padrões de regime alimentar, ideais estéticos sobre a forma e o peso do corpo, personificação de símbolos culturais fundamentais e relacionamentos sociais, autogestão, autoapresentação e linguagens somáticas de sofrimento – potencialmente influenciam a experiência, a manifestação e a articulação de patologia alimentar. Por exemplo, uma narrativa clínica que faz a ligação entre comportamentos alimentares restritivos com objetivos de controle de peso pode facilmente ser formulada para um paciente cujo contexto social associa prestígio à magreza, estigmatiza a obesidade e confere um valor elevado ao êxito pessoal e à autonomia.

Os alicerces culturais determinantes da apresentação convencional de AN talvez sejam mais bem ilustrados pelo trabalho de Sing Lee a partir da documentação, em Hong Kong, de “anorexia nervosa sem fobia de gordura”, uma variante de transtorno alimentar que se assemelha fortemente à AN do DSM-IV exceto pela ausência de medo de ganho de peso. Lee e colaboradores alegaram que o medo de gordura não apresentava proeminência cultural suficiente para muitos de seus pacientes, que racionalizavam restrições alimentares extremas de formas distintas, mas, ainda assim, alcançavam um peso perigosamente baixo. Evidências de que a ausência de fobia de gordura possa estar associada a um curso clínico mais benigno levanta questões pertinentes não apenas sobre a mediação cultural, mas também sobre a moderação cultural da patologia alimentar. O comércio e a comunicação globalizados abriram avenidas de ampla exposição ao que Sing Lee denominou “cultura da modernidade”, e transtornos alimentares agora têm sua ampla distribuição geográfica reconhecida. A reforma no DSM-5 do Critério B de AN agora abrange indivíduos como a sra. Gaspard, que exibem comportamento persistente que interfere com o

ganho de peso, mesmo quando não confirmam explicitamente fobia de gordura.

De fato, a baixa ingestão de alimentos (600 calorias por dia) da sra. Gaspard e seu alto nível de atividade física (3 a 4 horas por dia) evidentemente não combinam com o desejo que ela manifestou de ganhar peso, não importa o quanto soem sinceras suas afirmações. Ademais, a miríade de argumentos lógicos que ela usou para sustentar a restrição alimentar (desde falta de fome e esquecimento até falta de recursos) diminui a credibilidade de cada argumento individual. Acompanhar a sra. Gaspard ao longo do tempo para verificar se seus comportamentos são persistentes ajudaria a confirmar o diagnóstico de AN, mas sua história clínica sugere que quando ela foi confrontada anteriormente sobre seu baixo peso (i.e., por sua família e pelo nutricionista), ela ou não desejou, ou não conseguiu adotar mudanças que a devolvessem um peso saudável.

Um diagnóstico de AN também exige que um terceiro critério seja satisfeito: uma perturbação na experiência do próprio corpo ou formato durante a autoavaliação e/ou falha em reconhecer a gravidade do baixo peso. A sra. Gaspard nega uma autoimagem distorcida e afirma que está preocupada com seu baixo peso. Contudo, sua falha em prosseguir com a intervenção alimentar anterior e sua subsequente apresentação ao clínico geral para tratamento dos sintomas de desidratação e desnutrição (i.e., cefaleias, fadiga, má concentra-

ção) sugerem que ela pode não ter noção da gravidade de seu baixo peso. Ademais, ao se referir à preocupação da família como “incomodativa”, ela evidencia que não reconhece o impacto que o baixo peso tem sobre sua saúde.

Leituras Recomendadas

- Becker AE, Thomas JJ, Pike KM: Should non-fat-phobic anorexia nervosa be included in DSM-V? *Int J Eat Disord* 42(7):620–635, 2009
- Benini L, Todesco T, Dalle Grave R, et al: Gastric emptying in patients with restricting and binge/purging subtypes of anorexia nervosa. *Am J Gastroenterol* 99(8):1448–1454, 2004
- Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics: CDC growth charts: United States. Advance Data No. 314. Vital and Health Statistics of the Centers for Disease Control and Prevention. May 30, 2000. Disponível em: <http://www.cdc.gov/growthcharts/data/set1clinical/cj41c024.pdf>. Acessado em 6 de maio, 2013.
- Lee S: Self-starvation in context: towards a culturally sensitive understanding of anorexia nervosa. *Soc Sci Med* 41(1):25–36, 1995
- Lee S: Reconsidering the status of anorexia nervosa as a Western culture-bound syndrome. *Soc Sci Med* 42(1):21–34, 1996
- Roberto CA, Steinglass J, Mayer LE, et al: The clinical significance of amenorrhea as a diagnostic criterion for anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 41(6):559–563, 2008
- van Hoeken D, Veling W, Smink FR, Hoek HW: The incidence of anorexia nervosa in Netherlands Antilles immigrants in the Netherlands. *Eur Eat Disord Rev* 18(5):399–403, 2010

CASO 10.4

Vômitos

James E. Mitchell

Wanda Hoffman era uma mulher branca de 24 anos que se apresentou com a queixa principal: “Tenho problemas com vômitos”. Esse sintoma se originou no início da adolescência, quando começou a fazer dietas, apesar de um IMC normal. Aos 18 anos foi para a faculdade e começou a comer demais no contexto de exigências acadêmicas e sociais. Um ganho de 4,5 kg fez com que parasse de tomar café da manhã. Com frequência também evitava almoçar, mas então – faminta – fazia uma refeição exagerada no final da tarde e à noite.

Os episódios de ingestão demasiada de alimentos se intensificaram, tanto em frequência quanto em volume de alimentos, e a sra. Hoffman se sentia cada vez mais sem controle. Preocupada que as compulsões levassem a ganho de peso, começou a induzir vômito, uma prática que aprendera em uma revista. Primeiramente achou que esse padrão de comportamento era aceitável e encarava os vômitos autoinduzidos como uma forma de controlar seus medos de ganhar peso. O padrão se enraizou: restrição alimentar pela manhã, seguida por compulsão alimentar e, então, vômitos autoinduzidos.

A sra. Hoffman continuou com funcionamento adequado na faculdade e mantinha amizades, mas seu comportamento continuava sendo segredo. Depois da formatura, voltou para sua cidade natal e assumiu um emprego no banco local. Apesar de renovar velhas amizades, namorar e

ter prazer no trabalho, seguidamente não se sentia bem. Descreveu redução de energia e má qualidade do sono, bem como várias queixas abdominais, incluindo, em momentos diferentes, constipação e diarreia. Com frequência inventava desculpas para evitar amigos e ficou cada vez mais isolada socialmente. Seu humor se deteriorou, e ela percebeu que se sentia inútil. Por vezes, desejava estar morta. Ela resolveu interromper esses sentimentos antes que piorassem e solicitou encaminhamento psiquiátrico a seu clínico geral.

Durante o exame de estado mental, a aparência da paciente era a de uma mulher bem-nutrida e com boa constituição, sem sofrimento aparente. Seu IMC de 23 estava dentro da normalidade. Estava coerente, cooperativa e objetiva. Sentia-se triste e preocupada com frequência, mas negou sentir-se deprimida. Ela negou intenção de se matar, mas às vezes achava que a vida não valia a pena. Negou confusão. Sua cognição estava preservada, e seu *insight* e julgamento foram considerados bons.

Diagnósticos

- Bulimia nervosa.
- Transtorno depressivo maior.

Discussão

A sra. Hoffman apresenta uma história razoavelmente clássica de bulimia nervosa

(BN). Assim como 90% dos pacientes com BN, a sra. Hoffman é mulher e, como de hábito, seus sintomas se iniciaram no final da adolescência ou no início da faixa dos 20 anos. Um dos motivos para essa idade de início é o estresse de começar a faculdade ou de entrar no mercado de trabalho. A genética e o ambiente também contribuem, mas não está totalmente evidente por que alguns jovens desenvolvem BN enquanto outros não, apesar de níveis equivalentes de insatisfação com o corpo.

A marca registrada da doença é a compulsão alimentar, que normalmente é definida como ingerir uma quantidade inadequadamente grande de alimentos durante um período de tempo distinto (p. ex., durante uma refeição), em conjunto com uma sensação de perda de controle durante a ingestão. Embora as porções de alimentos costumem ser grandes na BN, a característica predominante em várias pessoas é a sensação de perda de controle.

Juntamente com a compulsão alimentar, a vasta maioria dos pacientes induz vômitos. Esse comportamento normalmente se inicia devido ao medo de que a compulsão resulte em ganho de peso, sendo que o vômito subsequente é visto como uma forma de eliminar esse risco. No início do curso da doença, a maioria dos pacientes induz vômito com os dedos, mas com frequência desenvolvem a capacidade de vomitar espontaneamente. Alguns pacientes com BN também podem usar laxantes para induzir diarreia; esse método pode criar a sensação de perda de peso, mas os laxantes, na realidade, são mais eficazes para induzir desidratação, com os sintomas físicos e risco clínico que a acompanham. Alguns indivíduos com BN também usam diuréticos e vários experimentam medicamentos para perda de peso.

A maioria das pessoas com BN normalmente busca ajuda devido às complicações do transtorno e não por insatisfação com o comportamento alimentar. Por exem-

plo, as complicações clínicas normalmente incluem desidratação e anormalidades nos níveis de eletrólitos, particularmente hipocloremia, alcalose metabólica e, mais raramente, hipocalemia. Essas complicações podem levar a sentimentos de fadiga, cefaleia e má concentração. Complicações médicas raras, porém sérias, incluem dilatação gástrica e ruptura do esôfago.

Além do transtorno alimentar, a sra. Hoffman apresenta humor deprimido, anedonia, má qualidade do sono, baixa energia, queixas físicas, sentimentos de desvalia e má concentração. Ela nega intenção ou plano suicida, mas apresenta pensamentos sobre a morte. Isso satisfaz, portanto, os critérios para transtorno depressivo maior do DSM-5. A depressão costuma ser comórbida com BN. Outras comorbidades comuns incluem transtornos de ansiedade, problemas decorrentes do uso de substância (frequentemente envolvendo álcool) e transtornos da personalidade.

Embora a sra. Hoffman tenha buscado a ajuda de um psiquiatra, ela o fez por intermédio de seu clínico geral, e é comum que pessoas com BN se consultem com um clínico geral com queixas médicas vagas. Curiosamente, os profissionais da área da saúde que costumam estar em uma posição melhor para identificar pacientes com BN são os dentistas, os quais encontram evidências óbvias de erosão do esmalte dos dentes.

Leituras Recomendadas

- Peat C, Mitchell JE, Hoek HW, Wonderlich SA: Validity and utility of subtyping anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 42(7):590–594, 2009
- van Hoeken D, Veling W, Sinke S, et al: The validity and utility of subtyping bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 42(7):595–602, 2009
- Wonderlich SA, Gordon KH, Mitchell JE, et al: The validity and clinical utility of binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 42(8):687–705, 2009

CASO 10.5

Ganho de Peso

Susan L. McElroy

Yasmine Isherwood, uma mulher casada de 55 anos, seguia tratamento psiquiátrico há seis meses devido a um episódio de depressão maior. Ela reagiu bem a uma combinação de psicoterapia e medicamentos (fluoxetina e bupropiona), mas começara a se queixar de ganho de peso. Estava com “o maior peso que já tive”, que era de 63,5 kg (sua altura era 1,65 m, portanto seu IMC era de 23,3).

O psiquiatra deu início a um esclarecimento da história alimentar da sra. Isherwood, a qual era marcada por episódios aflitivos e recorrentes de ingestão incontrolável de grandes quantidades de alimentos. O exagero de comida não era novo, mas parecia ter se agravado durante o uso de antidepressivos. Ela relatou que os episódios ocorriam duas ou três vezes por semana, geralmente quando chegava em casa do trabalho, antes da chegada do marido. Essas “comilanças” eram marcadas por uma sensação de perda de controle. Ela comia rapidamente e sozinha, até estar desconfortavelmente saciada. Depois, ficava deprimida, cansada e com asco de si mesma. Normalmente ela ingeria alimentos saudáveis de forma compulsiva, mas também tinha “compulsões por doce”, quando ingeria principalmente sorvete e balas. Negou, tanto no presente quanto no passado, vômitos autoinduzidos, jejuns ou uso inadequado de laxantes, diuréticos ou medicamentos para perda de peso. Ela relatou exercitar-se durante uma hora quase todos

os dias, mas negou ser “viciada” em exercícios. Relatou que, no final da faixa dos 20 anos, corria em competições. Na época, costumava participar de corridas de 10 quilômetros e chegava a uma média de 56 quilômetros por semana, apesar de uma lesão persistente no pé, o que a forçou a mudar para natação, ciclismo e aparelho elíptico.

A sra. Isherwood afirmou que tinha compulsão alimentar “desde que consigo me lembrar”. Ela era “atarracada” quando criança, mas se manteve com peso normal durante o ensino médio (54 a 56,5 kg) porque era muito ativa. Negou história de anorexia nervosa. Aos 28 anos, chegou ao peso mais baixo em toda a idade adulta, de 51,2 kg. Foi quando se sentiu “cheia de vida, saudável, com tudo sob controle”.

Em meados da faixa dos 30 anos, teve um episódio depressivo maior que durou dois anos. Teve humor gravemente deprimido, não falava, “se fechou”, ficava na cama, tinha muita fadiga, dormia mais que o normal e não conseguia funcionar. Foi uma das poucas vezes na vida em que a compulsão alimentar se interrompera e ela perdera peso. Negou história de episódios hipomaníacos ou maníacos. Embora vivesse com tristeza frequente, negou outros episódios depressivos graves até o ano anterior. Ela negou história de ideação suicida, tentativas de suicídio e uso significativo de álcool, tabaco ou substâncias ilícitas.

A avaliação revelou uma mulher bem-nutrida e com bom desenvolvimento,

coerente e cooperativa. Seu discurso era fluente e não havia pressão por falar. Tinha humor levemente deprimido, mas um afeto reativo com sorrisos adequados. Ela negou culpa, ideias suicidas e desesperança. Afirmou que sua energia era normal, exceto pela fadiga após a compulsão alimentar. Negou psicose e confusão. Sua cognição estava normal. A história médica não apresentava nada fora do comum, e o exame físico e os testes laboratoriais básicos fornecidos por seu clínico geral estavam dentro dos limites normais.

Diagnósticos

- Transtorno de compulsão alimentar leve.
- Transtorno depressivo maior recorrente e em remissão.

Discussão

A sra. Isherwood descreve episódios de ingestão excessiva de alimentos que são marcados por uma sensação de falta de controle. A ingestão é rápida e ultrapassa a saciedade. Ela come sozinha e depois se sente angustiada e com ódio de si mesma. Esses episódios ocorrem várias vezes por semana e não envolvem comportamentos compensatórios inadequados como vômitos ou uso de laxantes. Portanto, ela se encaixa na nova definição do DSM-5 de transtorno de compulsão alimentar (TCA).

Embora o TCA compartilhe características com a bulimia nervosa (BN) e a obesidade, ele é distinto dessas duas condições. Em comparação com indivíduos obesos sem compulsão alimentar, indivíduos obesos com TCA apresentam maiores preocupações com o peso e índices mais elevados de transtornos do humor, de ansiedade e por uso de substância. Em comparação com indivíduos com BN, pessoas com TCA apresentam menos preocupações com o peso, maiores índices de obesidade e índices mais baixos de transtornos do

humor, de ansiedade e por uso de substância associados. Os critérios do DSM-5 para TCA foram ampliados a partir dos critérios provisórios do DSM-IV. Em vez da exigência de dois episódios de compulsão por semana durante seis meses, o DSM-5 exige um episódio por semana durante três meses. Essa mudança representa um exemplo do tipo de pesquisa que investiga agrupamentos sintomáticos. Nesse caso, evidenciou-se que indivíduos com episódios de compulsão de menor frequência e persistência são bastante semelhantes às pessoas com episódios ligeiramente mais frequentes e mais persistentes. A sra. Isherwood relata dois ou três episódios por semana, o que a coloca na categoria leve.

Embora um diagnóstico de TCA não deva ser estabelecido na presença de BN ou de AN, pacientes com TCA podem ter histórias anteriores de outros tipos de transtornos alimentares, bem como comportamentos compensatórios inadequados de baixa frequência. Por exemplo, a sra. Isherwood lembrou-se de uma época, quando estava na faixa dos 20 anos, em que participava de corridas frequentes e corria 56 quilômetros por semana embora tivesse uma lesão crônica no pé. Apesar de evocar uma sensação de estar “cheia de vida, saudável e com tudo sob controle” naquela época, também pode ter apresentado BN se o período incluía tanto compulsão alimentar quanto competições de corrida cujo propósito era compensar a compulsão.

Pacientes com TCA costumam buscar tratamento inicialmente para obesidade ($IMC \geq 30$), mas amostras clínicas indicam que até um terço dos pacientes com TCA não são obesos. Pacientes não obesos com TCA são mais semelhantes do que diferentes de seus congêneres obesos, embora sejam mais propensos a ter comportamentos tanto saudáveis quando doentios em relação à perda de peso. É possível que a sra. Isherwood tenha mantido seu peso normal, apesar da longa história de com-

pulsão alimentar, devido a seu regime de exercícios regulares. Também é possível que seu excesso de corridas tenha sido estimulado por um episódio de hipomania; aproximadamente 15% dos pacientes com transtorno bipolar tipo II têm um transtorno alimentar, e o TCA é o mais comum.

O TCA costuma estar associado a transtornos do humor, de ansiedade, por uso de substância e do controle de impulsos. Embora a sra. Isherwood negue história de uso inadequado de álcool ou drogas, ela tem uma história de transtorno depressivo maior recorrente. Embora o caso não seja aprofundado, seria útil investigar a conexão entre os hábitos alimentares da sra. Isherwood e seus sintomas depressivos. A depressão maior em si pode levar a ingestão alimentar excessiva, mas se tanto o TCA como a depressão estiverem presentes, ambos devem ser diagnosticados. Por

fim, a história não aborda a personalidade, mas a compulsão integra o critério de controle de impulsos para transtorno da personalidade *borderline*. Caso todos os critérios para ambos sejam satisfeitos, então os dois devem ser diagnosticados.

Leituras Recomendadas

- Goldschmidt AB, Le Grange D, Powers P, et al: Eating disorder symptomatology in normal-weight vs. obese individuals with binge eating disorder. *Obesity* (Silver Spring) 19(7):1515–1518, 2011 P
- Hudson JI, Hiripi E, Pope HG Jr, Kessler RC: The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry* 61(3):348–358, 2007
- Wonderlich SA, Gordon KH, Mitchell JE, et al: The validity and clinical utility of binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 42(8):687–705, 2009