

SÍNDROME METABÓLICA E COMPORTAMENTO ALIMENTAR: ASPECTOS PSICOLÓGICOS

Glória Heloise Perez

(In: Heno Ferreira Lopes. (Org.). *Síndrome Metabólica: Uma Abordagem Multidisciplinar*.
São Paulo: Atheneu, 2005)

Introdução

A Síndrome Metabólica é uma forma de adoecer associada a fatores da cultura ocidental contemporânea. Além de ser altamente prevalente (1ª), fator de risco importante para as doenças cardiovasculares (maior causa de mortalidade do mundo ocidental) está associada ao estilo de vida da sociedade de consumo. A ordem cultural da sociedade do consumo é a promessa da satisfação absoluta com a oferta excessiva, antecipada e persistente de objetos. É a cultura do conforto e do excesso, aspectos que explicam a oferta abundante de alimento, a baixa demanda de atividade física

. resulta de uma complexa interação entre estilo de vida e fatores genéticos (A)

Os hábitos alimentares e o estilo de vida têm papel fundamental para o desenvolvimento e morbidade dos fatores de risco associados que constituem a Síndrome Metabólica tais como: obesidade, diabetes, dislipidemia. Hábitos alimentares e estilo de vida sofrem incontestável influência de fatores psicológicos.

O tratamento da Síndrome Metabólica é um dos grandes desafios da medicina contemporânea, na medida em que às dificuldades de adesão e aos alcances terapêuticos, geralmente limitados, soma-se a dificuldade da manutenção dos resultados a médio e longo prazo.

O estudo dos fatores psicológicos associados à Síndrome Metabólica será de fundamental relevância para uma compreensão mais abrangente desta patologia e das dificuldades da sua terapêutica, na medida em que sua influência reflete-se tanto na morbidade como na adesão e na manutenção dos resultados do tratamento.

Ingestão alimentar: um ato biopsicossocial

A ingestão alimentar organiza-se em um hábito, que é uma disposição aprendida adquirida pela repetição freqüente de um ato (1) Na estruturação de um hábito entram fatores de ordem biológica, psicológica e sociocultural.

O ser humano tem uma necessidade fisiológica de alimentar-se, mas seu funcionamento psíquico, bem como o contexto sociocultural onde vive, irão também modular este comportamento. O seu funcionamento psíquico determinará a relação que ele terá com o alimento, suas preferências, como organiza a rotina das suas refeições, etc. Por outro lado, o contexto sociocultural contribuirá com os usos e costumes, o tipo de alimento e as tradições no preparo, mediará a oferta e a disponibilidade dos alimentos, etc...

A epidemia de obesidade, um problema de saúde pública atual para muitos países, é um bom exemplo da inter-relação destes fatores. Na cultura ocidental capitalista contemporânea a oferta de alimentos é excessiva e muito facilitada pelo estilo de vida. Nesta cultura permeada pelas relações de consumo, que cria necessidades para gerar uma demanda de consumo, o alimento é encarado como um produto a ser consumido. Para atingir tal objetivo, apresenta uma oferta de alimentos que supera em muito as necessidades biológicas do homem e incentiva o seu consumo. Assim, subverte-se o comportamento da ingestão alimentar para

além da satisfação de uma necessidade biológica, em um ato social da ordem do econômico.

Ingestão alimentar e comportamento alimentar

O comportamento alimentar é extremamente complexo e transcende a ingestão de alimentos. Compreende dois aspectos: a fome e o apetite.(2)

A fome é a expressão biológica da necessidade de regular o balanço energético. Obedece a uma necessidade fisiológica. O apetite está ligado ao psíquico, é regido pela necessidade de prazer. Não toma como referencial o suprimento de necessidades energéticas ou calóricas. Enquanto a fome busca o alimento, energia, o apetite busca o prazer, a satisfação libidinosa.

Assim, a ingestão alimentar na espécie humana não está necessariamente vinculada à fome. É possível comer sem ter fome e beber sem ter sede. Este comportamento é peculiar do ser humano, que tem uma vida psíquica simbólica. Pode-se concluir que a ingestão alimentar cumpre duas funções muito importantes para o equilíbrio geral do ser humano: fonte de energia e de prazer, função biológica e psicológica. Na verdade, a associação da ingestão alimentar com prazer está ligada à garantia da própria sobrevivência da espécie humana.

A obtenção de prazer, um dos motores do funcionamento psíquico e do comportamento humano, é algo muito complexo porque envolve a simbolização e o significado que a experiência tem para o indivíduo.

Diferente dos animais, o comportamento do homem é modulado não só por instintos mas também pelo simbólico. Isto quer dizer que um comportamento como o comer não se dá de forma padronizada para todos os homens, como nos animais. Como todos os comportamentos, o comer é atravessado pelo processo

de simbolização, conseqüentemente terá um significado e uma função na economia psíquica diferentes para cada um, constituindo-se num comportamento com peculiaridades singulares.

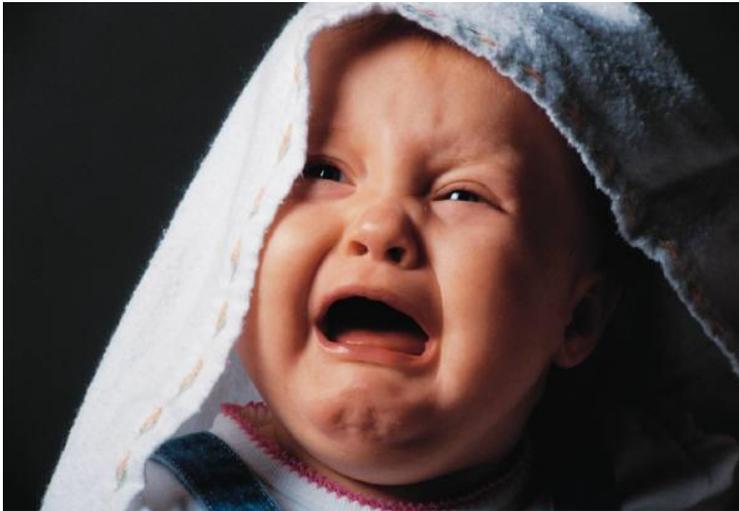
Ingestão Alimentar e desenvolvimento psíquico

Considerando a teoria psicanalítica pode-se afirmar que a ingestão alimentar é uma das células do desenvolvimento psíquico.

Os estudos psicanalíticos apontam que paralelamente ao desenvolvimento físico dar-se-á o desenvolvimento psíquico (3,4). Winnicott (5) afirma que cada função somática, principalmente as ligadas aos comportamentos que garantem a sobrevivência (como a alimentação) do ser humano, vai sendo articulada à rede simbólica resultando na articulação de um self integrado e reconhecido.

O mundo psíquico, simbólico, que será a base para a aquisição da linguagem e do pensamento. desenvolver-se-á partindo de um estado inicial de indiferenciação, passando por estruturações sucessivas de processos psíquicos que emergem de protótipos fisiológicos.(4) Isto significa que o bebê, inicialmente, não tem um mundo psíquico que lhe possibilite perceber-se diferenciado e separado do mundo externo. Graças à sua imaturidade psíquica nesse momento tão precoce da vida, o bebê quando com alguma necessidade como fome, sede ou frio, por exemplo, sente desconfortos, desprazer mas não tem noção que aquela é uma sensação interna ao seu corpo e nem consegue diferenciar uma da outra. Por essa razão, ou seja, pela falta de um aparelho psíquico que decodifique estas sensações e lhe permita buscar satisfazê-las, o bebê reage a elas sempre e indiscriminadamente da mesma forma: chorando. Ele ainda não tem um repertório de respostas que dê conta das várias situações que vive. É preciso que o meio ambiente externo a ele

(mãe ou seu substituto), identifique esta necessidade e a satisfaça, para que ele resgate a sensação de bem-estar.



Nesta fase inicial do desenvolvimento não existe o sentimento de ser. Ocorre uma total dependência da mãe ou do outro para sobreviver. As representações mentais do bebê surgirão através das interações e cuidados maternos, na conjunção entre a presença e ausência desses cuidados.(4)



O bebê com fome, tem uma experiência desagradável e a mãe quando o alimenta, livra-o desse desconforto e lhe traz uma vivência de satisfação. Essa experiência fica registrada numa representação psíquica, um traço mnêmico. Quando outras vezes, este bebê tiver a sensação de fome, este registro do caminho da

satisfação, poderá ser resgatado. Essa memória vai organizando a sua percepção da realidade e também desenvolve a possibilidade de suportar e esperar a satisfação, pois o evocar dessa representação psíquica, organiza-o, acalma-o. Dessa maneira, esse registro, essa representação psíquica lhe possibilitará antever que a satisfação se repetirá. À medida que o bebê cresce, desenvolvem-se representações que formarão seu aparelho psíquico, a linguagem, seu mundo simbólico. Um bebê que tarda ou nunca é satisfeito, assim como aquele que não chega a sentir necessidade tal como a fome, por exemplo, porque a mãe o satisfaz antes que ele tenha a necessidade, terá falhas no processo de formação das representações mentais. Por outro lado, podemos ter uma mãe que interpreta tudo como fome e superalimenta o bebê (6, 7).

Se existem representações que permitem formar uma cadeia associativa, será possível refletir sobre os próprios problemas. Se essas representações não existem, não há recursos para decodificar um problema, equacionar em palavras as tensões psíquicas (por exemplo, o que angustia, o que deixa triste...). Sente-se um desconforto que não é possível nomear e então fugindo desse desconforto busca-se uma fonte de prazer. O comer pode ser esta forma de prazer buscada para escapar desta experiência desagradável e substituí-la. Este mecanismo de busca de alívio de tensões psíquicas através da ingestão alimentar é denominado compulsão alimentar.

A compulsão alimentar muito freqüentemente associa-se à obesidade por gerar uma ingestão alimentar que ultrapassará as necessidades calóricas, pois responde a uma demanda que é psíquica e não de equilíbrio do balanço energético.

Pode-se concluir a partir do que foi colocado que está na base da obesidade associada à compulsão alimentar uma vida representativa pobre que deixa o sujeito com recursos psíquicos limitados para nomear, elaborar psiquicamente e, portanto, encontrar alívio nas situações de tensão psíquica.

O funcionamento psíquico do compulsivo alimentar fica parecido com o do bebê, que vivendo uma situação desconfortável, fica chorando até que a mãe o alivie. Sente um desconforto, mas não sabe decodificá-lo. Fica querendo ser aliviado rapidamente porque não tem recursos psíquicos que lhe permitam compreender a situação e esperar a solução, adiar a satisfação. Ele busca o alimento da mesma forma que recorria à mãe para aliviá-lo de seu desconforto. O compulsivo alimentar confunde sensação de fome com sentimento, emoções.

Considerando-se as falhas de desenvolvimento do compulsivo alimentar podemos compreender suas características de funcionamento psíquico :

- indiferenciação eu-outro (falta de noção de si mesmo, de seus limites e do outro)
- falhas na organização simbólica do corpo (o corpo não ganha significação, portanto falhas no registro das necessidades corporais)
- não conhece o seu desejo (porque vive no nível da satisfação da necessidade e não do desejo)
- intolerância à frustração (porque não há recursos psíquicos disponíveis para elaboração da situação, permitindo adiar a satisfação ou não tê-la)
- dificuldade de discriminar suas emoções
- busca da satisfação rápida e imediata.

Os Transtornos mentais ligados a distúrbios do comportamento alimentar: os Transtornos Alimentares

Não existem evidências de uma associação consistente da obesidade com uma síndrome psicológica ou comportamental específica(8), entretanto existem evidências da participação de fatores psicológicos na etiologia ou curso de determinados casos de obesidade.

Stunkard e cols. (9) descreveu um padrão distinto de comportamento alimentar observado num subgrupo de obesos que ele denominou “comer compulsivo”. Este comportamento, define-se pela ingestão em um período limitado de tempo (menos de 2 horas) de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria dos indivíduos consumiria sob circunstâncias similares.

O Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV-TR) da Associação Americana de Psiquiatria (APA) (8) classifica os transtornos mentais que se caracterizam por perturbações no comportamento alimentar em transtornos alimentares. Entre os Transtornos Alimentares, o Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica é uma nova categoria diagnóstica cuja validade está sendo pesquisada e pode estar associada à obesidade.

O Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica caracteriza-se por episódios recorrentes de compulsão alimentar (pelo menos 2 vezes por semana, durante 6 meses) associados com indicadores subjetivos e comportamentais de prejuízo no controle e sofrimento significativo relacionado aos ataques de hiperfagia.(8) São indicadores de perda de controle:

- comer grandes quantidades de alimento, muito rapidamente, mesmo sem fome
- o comer sozinho

-comer escondido dos outros

-sentir repulsa, culpa ou depressão após a ingestão alimentar excessiva

Para o diagnóstico, deve haver a presença de sentimentos desagradáveis durante e após os episódios de excesso alimentar, bem como preocupação acerca do efeito a longo prazo dos episódios repetidos de compulsão alimentar sobre a forma e o peso corporais.

Depressão, ansiedade e sentimentos inespecíficos de tensão são identificados como ativadores da compulsão alimentar. Descreve-se também uma sensação de “torpor” ou de estar aéreo nos episódios de excesso alimentar.

Indivíduos com este padrão alimentar apresentam mais freqüentemente ansiedade, depressão, autodesprezo, repulsa à forma corporal, preocupação somática e prejuízo nas suas relações inter-pessoais.(8)

Cabe salientar que esta primeira geração de estudos epidemiológicos sobre Transtornos de Compulsão Alimentar é limitada em termos de metodologia. As investigações focalizam-se na avaliação de prevalência e características demográficas básicas, utilizam-se de amostras pequenas e nem sempre com os métodos de abordagem mais adequados.(10)

A literatura aponta uma prevalência média de 30% de transtorno de compulsão alimentar entre pacientes que procuram tratamento para perda de peso(11) sendo 1,5 vez mais freqüente entre mulheres do que homens. Pacientes com este padrão alimentar apresentam obesidade mais grave do que os não compulsivos.(12)

Existem evidências que o transtorno da compulsão alimentar periódica pode ser um elemento que contribui para o desenvolvimento da obesidade, em indivíduos

suscetíveis, como conclui um estudo de revisão realizado por Yanovski.(13) Embora o tratamento do transtorno alimentar na ausência do tratamento da obesidade não resulte em grande perda de peso, a melhora da compulsão alimentar de fato, resulta em perda de peso e diminui a frequência de recaída no ganho de peso, posteriormente.

Pacientes com compulsão alimentar apresentam mais transtornos psicopatológicos do que pacientes que não têm compulsão alimentar.(14) Encontra-se a associação compulsão alimentar e obesidade com depressão maior. O estudo de Yanovski (15) observa que 54% dos obesos com compulsão alimentar apresentavam depressão maior, enquanto entre os obesos sem compulsão alimentar esta frequência era de apenas 14%.

Epidemiologia das co-morbidades dos transtornos mentais com a Síndrome Metabólica

A literatura sobre as co-morbidades dos transtornos mentais com a Síndrome Metabólica ainda é incipiente. Entre os poucos estudos, podemos citar o de Ketterer e cols.(16) que reporta maior frequência de sintomas depressivos entre homens adultos com Síndrome Metabólica do que entre aqueles sem história de manifestação de doença aterosclerótica.

Ampliaremos nosso leque de estudo, tratando indiretamente a epidemiologia das co-morbidades dos transtornos mentais com a Síndrome Metabólica através da avaliação das co-morbidades com as patologias que a caracterizam.

Obesidade

Os resultados dos estudos que analisam as relações entre depressão e obesidade variam em função do tipo de população estudada (amostras populacionais ou

amostras de pacientes que buscam clínicas de tratamento), obesidade como variável contínua ou categórica e instrumento de medida de depressão.

Stunkard e cols.(9), no artigo “Depressão e Obesidade” conclui que há evidências de uma relação entre as duas patologias. Analisa que a primeira variável que deve moderar a relação entre depressão e obesidade é a própria depressão. Em estudo prospectivo, Pine e cols.(17) observaram que depressão maior na infância e adolescência (entre 6 e 19 anos) foi preditora de maiores índices de massa corpórea (IMC) na idade adulta (IMC=26,1 para os deprimidos e IMC=24,2 para os não deprimidos). No entanto, a associação obesidade depressão é mais provável para aqueles que apresentam níveis mais significativos de depressão.

A literatura aponta evidências que a associação entre depressão e obesidade é maior entre os obesos mais graves, o que foi observado tanto em estudos com amostra de pacientes clínicos,(18-20) como em estudo de base populacional.(21)

Vários estudos reportam que as relações entre obesidade e depressão são diferentes para homens e mulheres. Istivan e cols.(22) e Carpenter e cols.(23) detectaram uma relação positiva entre depressão e obesidade para mulheres e uma relação inversa para homens.

Condição socioeconômica também mostrou ser um fator que interfere na relação depressão–obesidade em estudos com populações variadas de mulheres, entre elas americanas, caucasianas e africanas.(22, 24) Ser obesa estava associado com maior frequência de depressão entre mulheres de níveis socioeconômicos mais elevados, mas com menor frequência de depressão para mulheres com baixo nível socioeconômico.

Stunkard e cols.(9) também analisa que a predisposição tanto para a depressão, como para a obesidade, pode coexistir no genoma de algumas pessoas, fazendo referência ao estudo de Comings e cols.(25) que apresenta um gene que poderia ser responsável pela correlação genética das duas patologias.

O estresse também é apontado como fator que pode estar associado à obesidade, pois o estresse altera mecanismos fisiológicos e também psicológicos.(9) A adesão a uma dieta saudável e à atividade física adequada são elementos chaves, tanto na prevenção da obesidade como no seu controle, uma vez que ela já tenha se instalado. Uma das conseqüências do estresse é o fato de criar condições psicológicas desfavoráveis para a manutenção destes hábitos. As alterações fisiológicas nesse caso reportam-se às alterações nos níveis de cortisol, que está associado ao aumento da obesidade abdominal.

Diabetes

Existem evidências de uma associação entre diabetes e depressão. Gavard e cols.(26) revisaram 20 estudos sobre co-morbidade entre depressão e diabetes e avaliaram que a prevalência de depressão em amostras de diabéticos gira em torno de 15%, três vezes maior do que na população não diabética.

Um estudo de meta-análise realizado com o objetivo de estimar a chance e a prevalência de depressão em adultos com diabetes tipo 1 ou 2 aponta que a chance de associação da depressão com o diabetes é 2 vezes maior em grupos de diabéticos do que em não diabéticos.(27) Por outro lado, estudos que avaliam se depressão é fator preditivo de diabetes também têm encontrado resultados positivos.(28, 29) Lustman e cols.(30) relataram que início de depressão maior precede o diagnóstico de diabetes tipo 2, em média 8,7 anos. Dois estudos de

base populacional(31,32) observaram que depressão maior, ou sintomas depressivos de moderados a severos, aumentam o risco de desenvolvimento de diabetes tipo 2.

Ser mulher, mais jovem, de nível sócio econômico mais baixo e ser fumante são fatores mais freqüentes entre os diabéticos deprimidos do que não deprimidos.(33)

Indivíduos com diabetes e depressão maior têm o dobro de chances de incapacidade funcional comparados com aqueles que têm diabetes ou depressão maior isolados.(34)

Hipertensão

Estudos sobre transtornos mentais associados à hipertensão examinaram sua relação com estresse e sintomas psiquiátricos. Recentes estudos examinaram a relação entre sintomas depressivos e o desenvolvimento posterior de hipertensão. Jonas e cols.(35) seguiram uma coorte de 2992 homens e mulheres sem depressão por 7 a 16 anos e observaram que ansiedade e depressão estavam associadas com maior risco de desenvolver hipertensão. Davidson e cols.(36) seguiram uma amostra de comunidade de 3343 adultos com pressão arterial normal por 5 anos. Escores altos de depressão eram fatores de risco para hipertensão.

A análise dos dados epidemiológicos nos leva a considerar que parece haver uma forte tendência da presença da depressão na Síndrome Metabólica, uma vez que ela está associada às várias patologias que a constituem. Esta associação, ao lado da compulsão alimentar parece ser fator importante para explicar as limitações dos alcances terapêuticos do tratamento da Síndrome Metabólica.

Tratamento da obesidade: eficácia limitada e recaída freqüente

Considerando as características de funcionamento psíquico do compulsivo alimentar e a presença marcante da depressão nestes casos, compreende-se as dificuldades de adesão ao tratamento e as limitações dos alcances terapêuticos no tratamento destes pacientes.

Na compulsão alimentar fica claro que a dificuldade em aderir à dieta liga-se ao fato de que a ingestão alimentar tem importante função na manutenção do equilíbrio psíquico, sendo a restrição alimentar algo que terá impacto direto na vida emocional.

A depressão, por seu lado, também desfavorece a adesão ao tratamento entre outros motivos porque a auto-estima rebaixada, os sentimentos de impotência e de fracasso, que estão entre os seus sintomas, determinam uma desmotivação geral para com o auto-cuidado.

É comum o obeso compulsivo alimentar sentir-se incapaz de seguir a dieta recomendada para o emagrecimento. A restrição alimentar exige o controle de uma fonte importante de prazer mas não produz o emagrecimento imediato, sendo necessário suportar esperar o resultado. Isso torna o processo de emagrecimento difícil, doloroso e muito angustiante o que . pode gerar uma tendência a aliviar-se destes sentimentos atribuindo aos profissionais a responsabilidade pelo seu tratamento, buscando uma fórmula para emagrecer sem ter que limitar-se.

É freqüente a esperança de que aquele profissional ou aquele tratamento irá magicamente emagrecê-lo, desconsiderando assim a necessidade de viver limites. Essa, entre outras razões, determina que a sua relação com os profissionais que lhe atendem seja difícil. Esta relação pode se dar dentro de um modelo

infantilizado predominando a idealização, a projeção, a ambivalência, a indiferenciação eu-outro. Esses mecanismos manifestam-se através de uma expectativa mágica de que aquele profissional vai emagrecê-lo, ou por outro lado, que houve fracasso no tratamento porque o profissional não é competente.

O profissional pode ser encarado como uma autoridade, sendo a dieta uma ordem que deve ser obedecida. Surgem sentimentos de inveja e de raiva em relação ao profissional, pois na sua visão idealizada, este não tem que lidar com limites, só ele que está fazendo uma dieta.

A indiferenciação eu-outro gera sentimentos de raiva em relação ao profissional, que encarado como extensão de si próprio, ao impor a dieta, estaria se manifestando em desacordo com a sua expectativa, frustrando-o.

Para o profissional, por sua vez, também cria-se uma situação difícil de lidar pois pode gerar um sentimento de impotência frente às expectativas e às dificuldades emocionais desses pacientes diante da intervenção proposta. Impotência porque o paciente deposita nele a responsabilidade pelo tratamento que na verdade, é de si próprio. O paciente não colabora no tratamento, mas cobra resultados e o ameaça com abandono, com a busca de um outro profissional.

Considerando este modelo de relação entendemos porque alguns profissionais recorrem à “bronca” como intervenção para adaptar o paciente ao tratamento. Parece, de fato, haver um cenário propício para isso. Uma relação infantilizada, onde se transfere para o profissional o vínculo da relação com os pais. Alguns profissionais quando colocados nesse lugar assumem esse papel exercendo uma certa autoridade sobre o paciente, dando uma bronca “por mau comportamento”. Para alguns pacientes essa atitude chega a ter uma repercussão positiva

inicialmente, não em função de mudança na sua relação com o alimento, mas por haver uma obediência às “ordens” do profissional, por medo de sua reação frente o seu “mau comportamento”. Este resultado positivo, porém, não é duradouro porque o contato com o profissional torna-se persecutório.

Uma outra questão pitoresca que se coloca na relação com o profissional é a identificação do relato “mentiroso” sobre a ingestão alimentar. Esse comportamento além de dificultar para o profissional a orientação do paciente quanto às inadequações na dieta, deixa-o muito irritado por sentir-se enganado, traído. Devemos considerar que não se trata exatamente de uma mentira por dizer respeito a um mecanismo de defesa inconsciente e não voluntário. Esta pode ser a manifestação da dificuldade do compulsivo alimentar de perceber o que realmente come. Podemos dizer que trata-se de uma negação e não propriamente de uma mentira, uma defesa contra a angústia de não ter controle sobre o comer. Outro ponto importante das características de funcionamento psíquico do compulsivo alimentar que comprometem os resultados do tratamento diz respeito à ansiedade e a persecutoriedade que podem estar presentes no momento da consulta, quando se verifica se houve perda de peso. Essa mobilização psíquica o impede de travar uma relação tranqüila com o profissional e de refletir com ele sobre as dificuldades e o redirecionamento do tratamento. Esse estado emocional, por vezes é um dos fatores que pode explicar os altos índices de absenteísmo nas consultas com esse tipo de paciente.

As pesquisas da Síndrome Metabólica apontam a sua determinação por uma complexa inter-relação de fatores genéticos, biológicos, psicológicos, culturais, sociais e econômicos. Por outro lado, a Síndrome Metabólica é uma patologia de

prognóstico desfavorável e de difícil tratamento. Percebe-se o quanto a interferência de fatores psicológicos é responsável por estas características. Considerar os fatores psicológicos, portanto, tendo uma visão mais abrangente desta patologia é uma maneira de reverter esta situação.

Referências bibliográficas:

- 1ª Ford ES, Giles WH, Dietz WH. Prevalence of the metabolic syndrome among US adults: findings from the Third National Health and Nutrition examination Survey. JAMA 2002;287:356-359
1. Ferreira ABH. Novo Dicionário da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
 2. Kahtalian A. Obesidade: um desafio. In: cols. MFJe, ed. Psicossomática hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
 3. Freud S. O Mal Estar na Civilização (1930). Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1974.
 4. Spitz RA. In: Editora LMF, ed. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora, 1979.
 5. Winnicott DW. Desenvolvimento emocional primitivo (1945). In: DW W, ed. Da Pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas. Porto Alegre: Imago, 2000.
 6. Bruch H. Psychiatric aspects of obesity in children. Am J Psychiat 1943; 99:732-736.
 7. Bruch H. Conceptual confusion in eating disorders. J Nerv Ment Dis 1961; 113:46-49.

8. Batista D. DSM-IV - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR. Washington, DC American Psychiatry Association; 2000
9. Stunkard AJ, Faith MS, Allison KC. Depression and obesity. *Biol Psychiatry* 2003; 54:330-7.
10. Striegel-Moore RH, Franko DL. Epidemiology of binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 2003; 34 Suppl:S19-29.
11. Vamado PJ, Williamson DA, Bentz BG, et al. Prevalence of binge eating disorder in obese adults seeking weight loss treatment. *Eat Weight Disord* 1997; 2:117-24.
12. Neves JCT. Transtornos Alimentares. In: Fráguas Jr R FJ, ed. *Depressões em Medicina Interna e em outras condições médicas*. Sao Paulo: Atheneu, 2000.
13. Yanovski SZ. Binge eating disorder and obesity in 2003: could treating an eating disorder have a positive effect on the obesity epidemic? *Int J Eat Disord* 2003; 34 Suppl:S117-20.
14. van Hanswijck de Jonge P, Van Furth EF, Lacey JH, Waller G. The prevalence of DSM-IV personality pathology among individuals with bulimia nervosa, binge eating disorder and obesity. *Psychol Med* 2003; 33:1311-7.

15. Yanovski SZ, Nelson JE, Dubbert BK, Spitzer RL. Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects. *Am J Psychiatry* 1993; 150:1472-9.
16. Ketterer MW, Brymer J, Rhoads K, et al. Emotional distress among males with "syndrome X". *J Behav Med* 1996; 19:455-66.
17. Pine DS, Goldstein RB, Wolk S, Weissman MM. The association between childhood depression and adulthood body mass index. *Pediatrics* 2001; 107:1049-56.
18. Hopkinson G, Bland RC. Depressive syndromes in grossly obese women. *Can J Psychiatry* 1982; 27:213-5.
19. Black DW, Goldstein RB, Mason EE. Prevalence of mental disorder in 88 morbidly obese bariatric clinic patients. *Am J Psychiatry* 1992; 149:227-34.
20. Britz B, Siegfried W, Ziegler A, et al. Rates of psychiatric disorders in a clinical study group of adolescents with extreme obesity and in obese adolescents ascertained via a population based study. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2000; 24:1707-14.
21. Han TS, Tjshuis MA, Lean ME, Seidell JC. Quality of life in relation to overweight and body fat distribution. *Am J Public Health* 1998; 88:1814-20.
22. Istvan J, Zavela K, Weidner G. Body weight and psychological distress in NHANES I. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1992; 16:999-1003.
23. Carpenter KM, Hasin DS, Allison DB, Faith MS. Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts: results from a general population study. *Am J Public Health* 2000; 90:251-7.

24. Moore ME, Stunkard A, Srole L. Obesity, social class, and mental illness. *Jama* 1962; 181:962-6.
25. Comings DE, Gade R, MacMurray JP, Muhleman D, Peters WR. Genetic variants of the human obesity (OB) gene: association with body mass index in young women, psychiatric symptoms, and interaction with the dopamine D2 receptor (DRD2) gene. *Mol Psychiatry* 1996; 1:325-35.
26. Gavard JA, Lustman PJ, Clouse RE. Prevalence of depression in adults with diabetes. An epidemiological evaluation. *Diabetes Care* 1993; 16:1167-78.
27. Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care* 2001; 24:1069-78.
28. Golden SH, Williams JE, Ford DE, et al. Depressive symptoms and the risk of type 2 diabetes: the Atherosclerosis Risk in Communities study. *Diabetes Care* 2004; 27:429-35.
29. Saydah SH, Brancati FL, Golden SH, Fradkin J, Harris MI. Depressive symptoms and the risk of type 2 diabetes mellitus in a US sample. *Diabetes Metab Res Rev* 2003; 19:202-8.
30. Lustman PJ, Griffith LS, Clouse RE. Depression in adults with diabetes. Results of 5-yr follow-up study. *Diabetes Care* 1988; 11:605-12.
31. Eaton WW, Armenian H, Gallo J, Pratt L, Ford DE. Depression and risk for onset of type II diabetes. A prospective population-based study. *Diabetes Care* 1996; 19:1097-102.

32. Kawakami N, Takatsuka N, Shimizu H, Ishibashi H. Depressive symptoms and occurrence of type 2 diabetes among Japanese men. *Diabetes Care* 1999; 22:1071-6.
33. Egede LE, Zheng D. Independent factors associated with major depressive disorder in a national sample of individuals with diabetes. *Diabetes Care* 2003; 26:104-11.
34. Egede LE. Diabetes, major depression, and functional disability among U.S. adults. *Diabetes Care* 2004; 27:421-8.
35. Jonas BS, Franks P, Ingram DD. Are symptoms of anxiety and depression risk factors for hypertension? Longitudinal evidence from the National Health and Nutrition Examination Survey I Epidemiologic Follow-up Study. *Arch Fam Med* 1997; 6:43-9.
36. Davidson K, Jonas BS, Dixon KE, Markovitz JH. Do depression symptoms predict early hypertension incidence in young adults in the CARDIA study? *Coronary Artery Risk Development in Young Adults. Arch Intern Med* 2000; 160:1495-500.