

Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução

Diagnostic criteria for eating disorders: evolving concepts

Angélica de Medeiros Claudino e Maria Beatriz Ferrari Borges

Programa de Orientação e Assistência aos Transtornos Alimentares do Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

Resumo O presente artigo apresenta o “estado de arte” da discussão acerca dos critérios diagnósticos atuais dos transtornos alimentares: Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN) e Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP). Dentre os aspectos controversos da AN, destacam-se: a concepção da distorção de imagem corporal, a necessidade da presença de amenorréia para o diagnóstico e a possibilidade de manifestação de AN sem seu aspecto característico, o medo de engordar, em culturas não ocidentalizadas. Quanto à BN, discute-se especialmente a concepção de compulsão alimentar sua frequência e duração necessárias para o diagnóstico. O artigo apresenta também os critérios sugeridos para o diagnóstico de TCAP e comenta sua difícil distinção com a BN não purgativa. As questões aqui discutidas possibilitarão o aprimoramento da nosologia da área.

Descritores Anorexia nervosa. Bulimia nervosa. Transtornos alimentares. Diagnóstico. Classificação.

Abstract *This article presents the “the state of art” of the discussion over the current diagnostic criteria for eating disorders: Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN) and Binge-Eating Disorder (BED). Within the controversial aspects of AN, it is outlined: the conception of body image disturbance, the necessity of amenorrhea for the diagnosis and the possibility of AN without its characteristic aspect, the morbid fear of weight, in not Westernized cultures. For BN, it is specially discussed the conception of binge-eating and the frequency and duration of episodes necessary for the diagnosis. The article also presents the suggested criteria for BED diagnosis and comments on its difficult distinction from non-purging BN. The issues here discussed shall improve the nosology in the field.*

Keywords *Anorexia nervosa. Bulimia nervosa. Eating disorders. Diagnosis. Classification.*

Introdução

Os transtornos alimentares são síndromes comportamentais cujos critérios diagnósticos têm sido amplamente estudados nos últimos 30 anos. São descritos como transtornos e não como doenças por ainda não se conhecer bem sua etiopatogenia.

Os atuais sistemas classificatórios de transtornos mentais, DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual, IV edition*)¹ e CID-10 (Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição),² ressaltam duas entidades nosológicas principais: a Anorexia Nervosa (AN) e a Bulimia Nervosa (BN). Embora classificados separadamente, os dois transtornos acham-se intimamente relacionados por apresentarem psicopatologia comum: uma idéia

prevalente envolvendo a preocupação excessiva com o peso e a forma corporal (medo de engordar), que leva as pacientes a se engajarem em dietas extremamente restritivas ou a utilizarem métodos inapropriados para alcançarem o corpo idealizado. Tais pacientes costumam julgar a si mesmas baseando-se quase que exclusivamente em sua aparência física, com a qual se mostram sempre insatisfeitas. Os critérios diagnósticos para AN e BN acham-se descritos na Tabela 1.

Dentre os transtornos alimentares sem outra especificação (TASOE) descritos na Tabela 2, ressaltam-se os quadros atípicos (parciais) de AN e BN, e o transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP). Os quadros atípicos representam manifesta-

ções mais leves ou incompletas, muito mais freqüentes que as síndromes completas (5:1) e com risco de evoluírem para as mesmas. Sua correlação, tanto com essas quanto com a preocupação cultural “normal” com peso e forma, é objeto de discussão dentro da concepção de possível existência de um “continuum” de preocupação com o peso, no qual as síndromes parciais estariam no meio caminho deste espectro.^{3,4}

Ainda entre os TASOE, as classificações citam os quadros de ruminação e pica, mais comuns na infância, a hiperfagia reativa e algumas alterações do comportamento alimentar sem critérios específicos que parecem melhor representar sintomas do que síndromes propriamente ditas (ex. vômitos psicogênicos). Em-

bora não citada nas classificações, a síndrome do comer noturno também tem sido alvo de investigações recentes.⁵

No presente artigo, as autoras discutem os critérios diagnósticos atuais para a AN e BN segundo o DSM-IV e CID-10 e os critérios propostos para o TCAP (referidos no apêndice B do DSM-IV), ainda em fase de pesquisa para aprovação como uma nova categoria diagnóstica. Os outros TASOE não serão abordados no presente artigo.

Anorexia nervosa

A anorexia nervosa, caracterizada por uma recusa alimentar que leva à caquexia, chegou ao final do século XX, após di-

Tabela 1 - Critérios diagnósticos para Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa pelo DSM-IV e pela CID-10.

Critérios diagnósticos do DSM-IV e CID-10 para Anorexia e Bulimia Nervosa	
DSM-IV	CID-10
Anorexia Nervosa	
Perda de peso e recusa em manter o peso dentro da faixa normal ($\geq 85\%$ do esperado)	Perda de peso e manutenção abaixo do normal ($IMC \leq 17,5 \text{ kg/m}^2$)
Medo mórbido de engordar mesmo estando abaixo do peso	Perda de peso auto-induzida pela evitação de alimentos que engordam
Perturbação na forma de vivenciar o baixo peso, influência indevida do peso sobre a auto-avaliação e negação do baixo peso	Medo de engordar e percepção de estar muito gorda(o)
Amenorréia por 3 ciclos consecutivos	Distúrbio endócrino envolvendo o eixo hipotálamo-hipofisário-gonadal (amenorréia) e atraso desenvolvimento puberal
Subtipos:	*vômitos auto-induzidos, purgação e uso de inibidores do apetite e/ou diuréticos podem estar presentes
1. restritivo (dieta e exercícios apenas)	
2. compulsão periódica/purgativo (presença de episódios de compulsão e/ou purgação além da dieta, exercícios)	
Bulimia Nervosa	
Episódios recorrentes de compulsão alimentar (excesso alimentar + perda de controle)	Episódios recorrentes de hiperfagia (duas vezes/semana por três meses), preocupação persistente com o comer e desejo irresistível de comida
Métodos compensatórios para prevenção de ganho de peso: indução de vômitos, uso de laxantes, diuréticos, enemas, jejum, exercícios excessivos ou outros	Uso de métodos compensatórios para neutralizar ingestão calórica: vômitos, abuso de laxantes, jejuns ou uso de drogas (anorexígenos, hormônios tireoidianos ou diuréticos)*
Freqüência dos episódios compulsivos e compensatórios: em média pelo menos duas vezes/semana por três meses	Medo de engordar que leva a busca de um peso abaixo do limiar ótimo ou saudável
Influência indevida do peso/forma corporal sobre a auto-avaliação	*diabéticas podem negligenciar o tratamento insulínico (evitando a absorção da glicose sanguínea)
Diagnóstico de AN ausente	
Subtipos:	
1. Purgativo – vômitos induzidos, abuso de laxantes, diuréticos ou enemas	
2. Não-purgativo – apenas jejum e exercícios para compensar ingestão calórica	

Tabela 2 - Outros transtornos alimentares e critérios diagnósticos para TCAP.

Transtornos alimentares sem outra especificação	
DSM-IV	CID-10
1. Preenche critérios para AN exceto amenorréia	1. AN Atípica – um ou mais aspectos-chave da AN está ausente ou tem todos em grau + leve
2. Preenche critérios para AN com perda de peso, mas ainda dentro da faixa normal	2. BN Atípica – um ou mais aspectos-chave da BN pode estar ausente. Ex. Bulimia de peso normal - episódios de hiperfagia e purgação em indivíduos de peso normal ou excessivo
3. Preenche critérios para BN exceto pela freqüência e cronicidade	3. Hiperfagia associada a outros distúrbios psicológicos (levando a obesidade)
4. Comportamento purgativo após ingestão de pequena quantidade de comida	4. Vômitos associados a outros distúrbios psicológicos
5. Mastiga e cuspe fora os alimentos	5. Pica em adultos, perda de apetite psicogênica
6. Transtorno de compulsão alimentar periódica	6. Transtornos alimentares não especificados
Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica	
Critérios diagnósticos sugeridos pelo DSM-IV (apêndice B)	
Episódios recorrentes de compulsão alimentar periódica (excesso alimentar + perda de controle)	
Comportamentos associados à compulsão alimentar: (pelo menos 3)	
1. Comer rapidamente	
2. Comer até sentir-se cheio	
3. Comer grandes quantidades de comida mesmo sem estar com fome	
4. Comer sozinho por embaraço pela quantidade de comida	
5. Sentir repulsa por si mesmo, depressão ou demasiada culpa após a compulsão	
Acentuada angústia pela compulsão alimentar	
Freqüência e duração da compulsão alimentar: média de dois dias/semana por seis meses	
Não se utiliza de métodos compensatórios inadequados (ex. purgação)	

versas concepções, como síndrome específica com características clínicas distintas, que se manifestam de maneira semelhante em diversas regiões do globo.⁶ Diversos critérios operacionais foram propostos para AN,⁷ a maioria deles englobando basicamente:

- comportamentos visando a perda de peso e sua manutenção abaixo do normal;
- medo de engordar;
- distúrbio de imagem corporal e
- distúrbio endócrino (ex. amenorréia).

Embora os critérios diagnósticos da AN não sejam, a princípio, alvo de grandes controvérsias, algumas considerações merecem ser feitas. Há certo consenso de que a perda de peso auto-induzida é necessária para o diagnóstico, porém a linha que separa o que seria “minimamente normal” e “abaixo do peso” não é tão clara,⁸ em parte, em virtude da inexistência de estudos que identifiquem o momento de instalação dos sintomas de inanição. Para padronização tem-se utilizado o Índice de Massa Corpórea (IMC = peso/altura²) <17,5 (critério utilizado pela CID-10) ou percentual de adequação de peso inferior a 85% (critério utilizado pelo DSM-IV), considerando-se também a situação de pacientes em crescimento que apresentariam falhas em alcançar o ganho de peso esperado para o período.

O medo intenso ou mórbido de engordar representa o aspecto psicopatológico central da anorexia, mantendo-se sem modificações por décadas. Apesar de concebido como o critério que distinguiria a AN de outras síndromes psiquiátricas, alguns autores têm sugerido que diferenças transculturais poderiam levar à existência de AN sem fobia de peso.⁹ Discute-se se tais quadros corresponderiam a síndromes atípicas ou a uma transformação cultural das características da AN. Outra possibilidade reside na dificuldade de se avaliar tal aspecto em algumas pacientes, que podem esconder o medo de engordar ou mesmo expressar verbalmente o desejo de ganhar peso, e exibir a fobia pelo seu comportamento e não pela palavra.¹⁰

Já o distúrbio de percepção corporal tem sido alvo de maior discussão entre os pesquisadores. Esse conceito tem demonstrado sua complexidade por não se ater apenas a avaliações neuroperceptivas do esquema corporal, mas envolver também dimensões afetivas (sentimentos em relação à imagem corporal) e comportamentais (atitudes), dentre outros aspectos.¹¹ Sabe-se que tais distúrbios não são patognomônicos da AN, ocorrendo também em outras patologias e em indivíduos normais (especialmente em jovens e mulheres).¹² Por estas razões o DSM-IV incorporou nesse critério alguns aspectos psicodinâmicos como: a negação da gravidade da perda de peso (negação dos riscos) e a auto-avaliação excessivamente centrada no peso e forma.

A AN envolve também uma disfunção endócrina, especialmente do eixo hipotalâmico-hipofisário-gonadal, identificada pela amenorréia (mulheres) e perda do interesse e potência sexual (homens). Em pré-púberes, há retardo do desenvolvimento das características sexuais secundárias. A amenorréia, no entanto, permanece como um critério controverso, em risco de exclusão, pois parece contribuir pouco para a definição de caso devido a alguns fatores: a) até 30% das pacientes podem apre-

sentar todo o quadro característico de anorexia sem amenorréia;¹³ b) 20% a 30% das pacientes apresentam amenorréia antes de haver perda importante de peso;^{7,14} c) dificuldades em se colher história menstrual confiável e; d) inexistência de um critério paralelo para homens.¹⁵ A manutenção do critério tem se justificado com base no fato de alertar para o distúrbio endócrino subjacente e suas seqüelas (osteoporose).

Diversos estudos demonstraram que pacientes com AN com comportamento bulímico/purgativo se distinguem daquelas que apenas restringem a alimentação em medidas de impulsividade, antecedentes de obesidade e aspectos de personalidade.^{16,17} Apesar de se parecerem mais com pacientes bulímicas nesses aspectos, diferenças fisiológicas entre indivíduos com comportamento bulímico que mantêm um peso normal e aqueles que perdem muito peso (e apresentam complicações pela desnutrição) parecem justificar a distinção.¹⁸ Estes aspectos levaram o DSM-IV a criar subtipos de AN (restritivo e tipo compulsão periódica/purgativo), classificação esta apoiada por estudos prospectivos posteriores.¹⁹ A CID-10 optou por não criar subtipos de AN, sendo que, nesta classificação, as pacientes que apresentam episódios bulímicos e têm baixo peso recebem o diagnóstico de “bulimia nervosa”, o que representa uma divergência importante entre as classificações.¹¹

Controvérsias também permanecem acerca da classificação de anoréxicas que apenas purgam, mas não têm episódios bulímicos, por apresentarem semelhanças com os dois tipos de AN.¹³ Segundo Beaumont et al²⁰ (1995) a purgação representa um importante marcador psicopatológico nos transtornos alimentares. Tais pacientes têm sido classificadas anoréxicas do tipo compulsão alimentar/purgação do DSM-IV e apenas como AN na CID-10 (que não discrimina purgadoras de restritivas).

Bulimia nervosa

O episódio bulímico refere-se à ingestão de uma quantidade exagerada de alimentos, comportamento que pode ocorrer eventualmente em indivíduos normais e está descrito na AN desde o séc. VII. Corresponde ao aspecto central do diagnóstico da BN e do TCAP. Em pacientes com transtornos alimentares, a bulimia não visa apenas saciar uma fome exagerada, mas atende a uma série de estados emocionais ou situações estressantes. A literatura inglesa utiliza o termo *binge-eating* para descrever este comportamento, traduzido para o português como compulsão alimentar periódica.

Russell (1979), em artigo clássico, foi o primeiro a definir e distinguir a BN como categoria independente da AN,²¹ propondo três critérios básicos:

1. impulso irresistível de comer excessivamente;
2. evitação dos efeitos “de engordar” da comida pela indução de vômitos e/ou abuso de purgativos, e
3. medo mórbido de engordar.

Tais critérios e outros que se seguiram mostraram-se muito amplos e foram refinados, chegando às classificações psiquiátricas atuais com características mais restritivas e gerando, por conseqüência, um aumento do espectro de transtornos alimentares sem outra especificação (TASOE).⁸

Os critérios diagnósticos da BN são alvo de diversos

questionamentos. Existe um consenso na literatura quanto à necessidade da presença da “compulsão alimentar” para o diagnóstico de BN, mas não quanto à sua definição e frequência. O DSM-IV descreve a compulsão com base em dois aspectos:

- 1) ingestão, em um período limitado de tempo (por ex., dentro de um período de duas horas) de uma quantidade de alimentos definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria durante um período similar e sob circunstâncias similares e;
- 2) um sentimento de falta de controle sobre o comportamento alimentar durante o episódio (por ex., um sentimento de incapacidade de parar de comer ou de controlar que ou o quanto está comendo).

Em virtude da variação individual para a quantidade considerada “grande”, há autores que propõem a definição de um mínimo de calorias (ex. >1.000).²² Embora a maioria das compulsões envolvam enormes quantidades de alimentos (geralmente entre 1.200 e 4.500 calorias), alguns dos episódios considerados pelas pacientes como “excesso alimentar” correspondem à ingestão de quantidades normais ou até pequenas de alimentos (e têm sido concebidos como compulsões subjetivas). Assim, autores como Beglin & Fairburn²³ sugeriram que o componente “perda de controle” parecia identificar melhor a compulsão alimentar do que o “excesso alimentar” por si só. Trata-se de um sentimento de que o indivíduo não pode evitar a compulsão alimentar ou interrompê-la, uma vez iniciada. O episódio deve ocorrer num período circunscrito de tempo (média de duas horas), mas não, obrigatoriamente, em um único lugar. A duração do episódio deixou de ser critério obrigatório, pois pode eventualmente se prolongar por horas. O DSM-IV tem mantido a exigência da presença dos dois critérios (quantidade excessiva e perda de controle) para o diagnóstico da compulsão “objetiva”. No entanto, sabe-se que, ainda assim, a definição de compulsão alimentar continua a manter certa subjetividade, que é inerente à avaliação feita por quem julga o episódio.¹¹

O diagnóstico de BN exige o engajamento em métodos compensatórios inadequados seguindo-se aos episódios bulímicos. O vômito auto-induzido é o método mais freqüente, de mais fácil identificação e que melhor delimita o final de uma compulsão. O reconhecimento de que algumas pacientes buscam compensar a compulsão por meio de métodos não purgativos apenas (jejuns e exercícios excessivos), aliado a indícios de maior psicopatologia alimentar e geral em purgadoras (depressão, ansiedade, abuso de substâncias e sexual) levou à distinção de grupos de BN pelo DSM-IV (vide Tabela 1), aspecto apoiado por estudos subseqüentes.²⁴

A definição da frequência e duração mínima dos episódios de compulsão e dos métodos compensatórios que os acompanha (duas vezes por semana durante três meses) é vista como arbitrária. A definição da recorrência do comportamento se baseou nos padrões médios de frequência extraídos de estudos clínicos e na comunidade²⁵ e visa excluir situações de menor gravidade (pacientes que apresentam uma frequência menor). No entanto, em estudo na comunidade, Wilson & Eldredge²⁶ (1991) não encontraram diferenças importantes entre aqueles com um episódio semanal ou mais episódios, apontando a necessidade

de se esclarecer o melhor ponto de corte.

Vários estudos demonstraram a excessiva preocupação com o peso e a forma corporal na BN, aspectos que gerariam comportamentos inadequados para controlar o peso (descritos em ambas as classificações). Garfinkel et al²⁷ consideraram a necessidade de futuras alterações no critério para incluir o conceito de “insatisfação com o corpo”; tal aspecto envolveria a dimensão afetiva negativa ligada à imagem corporal e as deficiências na regulação da auto-estima - aspectos que parecem estar subjacentes ao julgamento excessivamente baseado no corpo que fazem de si mesmas.

A manutenção do peso normal, apesar da excessiva preocupação com o corpo, representa um dos aspectos básicos da diferenciação entre os diagnósticos de AN e BN para o DSM-IV. Já na CID-10, a questão do peso para o diagnóstico de BN não é clara, pois descreve em um dos critérios que “o pavor mórbido de engordar levaria a paciente a buscar um limiar de peso bem abaixo de seu peso pré-mórbido” (que constituiria o peso saudável). Assim, na CID-10, bulímicas de peso normal são classificadas como BN atípica.

Transtorno da compulsão alimentar periódica

Dentre as alterações do comportamento alimentar destaca-se também o TCAP. A descrição desta síndrome surgiu pela necessidade de se discriminar indivíduos obesos com compulsão daqueles sem compulsão alimentar e dos bulímicos. Spitzer et al²⁸ delinearam critérios diagnósticos para o TCAP (Tabela 2) e realizaram um estudo multicêntrico para avaliação dessa nova proposta diagnóstica. As discussões dos critérios sugeridos envolvem alguns tópicos semelhantes aos da BN.

Na base do diagnóstico de TCAP estão os episódios recorrentes de compulsão alimentar, que, como já referido, envolvem duas características principais: o excesso alimentar (para o tempo de duração da ingestão) e a perda de controle. Também se discute aqui a necessidade da presença do excesso alimentar (primeira característica) com base no achado de inexistência de associação entre a quantidade de alimentos ingeridos e a gravidade do TCAP por alguns autores.²⁹ O tempo de duração deve ser delimitado, em torno de duas horas no máximo. Ressalta-se, no entanto, que pacientes com TCAP apresentam dificuldades para circunscrever os episódios de compulsão alimentar em virtude de não apresentarem o engajamento em métodos compensatórios subseqüentes aos mesmos (como ocorre na BN). Tal aspecto torna difícil a delimitação do final do episódio e, por conseguinte, a contagem do número de episódios apresentados em um dia pelos pacientes. Assim, tem-se considerado a contagem do número de “dias” com compulsão por semana, ao invés do número de episódios por semana (critério da BN). Quanto à segunda característica, a perda de controle, esta permanece fundamental para a definição de compulsão alimentar.³⁰

No TCAP também se discute a arbitrariedade da definição de frequência mínima de compulsão (duas vezes por semana), já que não se justifica em termos de gravidade clínica dos pacientes.³¹ Porém, a adoção de um limiar se faz importante para que haja padronização da população estudada e para evitar que se diagnostique “doença” em indivíduos com episódios eventuais.

Outro questionamento diz respeito à inexistência de associação entre os episódios de compulsão alimentar e o uso sistemático de métodos compensatórios inadequados. Destaca-se aqui a controversa distinção entre a BN não purgativa e o TCAP.³² Hay & Fairburn²⁴ constataram que pacientes com bulimia nervosa, tanto do tipo purgativo quanto do não purgativo, compõem um grupo homogêneo em diversos aspectos (entre eles a estabilidade temporal das características clínicas), enquanto indivíduos com TCAP compõem outro grupo distinto. Esta diferenciação, no entanto, ainda necessita de mais investigações.

Por fim, um novo critério para o TCAP tem sido sugerido - a "auto-avaliação baseada no peso e na forma do corpo" - já que este aspecto parece diferenciar obesos com e sem TCAP.^{33,34} Sendo esta uma característica central dos transtornos alimentares, este critério possibilitaria um importante elo de ligação do TCAP com a AN e a BN. Espera-se que mais estudos em andamento, analisando características psicobiológicas de indivíduos com TCAP e suas respostas a diversos tratamentos, fornecerão mais informações sobre a indicação de se estabelecer esta nova categoria diagnóstica.

Referências

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV. Washington (DC); 1994.
2. Organização Mundial de Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993. p. 351.
3. Dancyger IF, Garfinkel PE. The relationship of partial syndrome eating disorders to anorexia and bulimia nervosa. *Psychol Med* 1995;25:1019-25.
4. Cotrufo P, Barretta V, Monteleone P, Maj M. Full-syndrome, partial-syndrome and subclinical eating disorders: an epidemiological study of female students in Southern Italy. *Acta Psychiatr Scand* 1998;98:112-5.
5. Birketvedt GS, Florholmen J, Sundsfjord J, Osterud B, Dinges D, Bilker W, Stunkard A. Behavioral and neuroendocrine characteristics of the night-eating syndrome. *JAMA* 1999;282(7):657-63.
6. Azevedo AMC. Considerações diagnósticas na anorexia nervosa: análise a partir de sete casos clínicos [Dissertação]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo; 1996.
7. Russell GFM. Anorexia nervosa: its identity as an illness and its treatment. In: Price PH, editor. *Modern trends in psychological medicine*. London: Butterworth; 1970. p. 131-64.
8. Walsh BT, Kahn CB. Diagnostic criteria for eating disorders: current concerns and future directions. *Psychopharm Bull* 1997;33(3):369-72.
9. Lee S, Ho TP, Hsu LKG. Fat phobic and non-fat phobic anorexia nervosa: a comparative study of 70 chinese patients in Hong Kong. *Psychol Med* 1993;23:999-1017.
10. Hsu LKG, Lee S. Is weight phobia always necessary for a diagnosis of anorexia nervosa? *Am J Psych* 1993;150:1466-71.
11. Halmi, K. Classification and Diagnosis. In: *Eating Disorders*. Maj, M., Halmi, K., Lopez-Ibor, J.J. and Okasha, A. (editors). Wiley, Chichester (no prelo)
12. Lindholm L, Wilson GT. Body image assessment in patients with bulimia nervosa and normal controls. *Int J Eat Dis* 1988;7:527-39.
13. Garfinkel PE, Kennedy SH, Kaplan AS. Views on classification and diagnosis of eating disorders. *Can J Psychiatry* 1995;40:445-56.
14. Theander S. Anorexia nervosa: a psychiatric investigation of 94 female patients with anorexia nervosa. *Acta Psychiatr Scand* 1970;214(Suppl):1-94.
15. Andersen AE, Mickalide AD. Anorexia nervosa in the male: an underdiagnosed disorder. *Psychosomatics* 1983;24:1068-75.
16. DaCosta M, Halmi KA. Classification of anorexia nervosa: question of subtypes. *Int J Eat Dis* 1992;11(4):305-13.
17. Garner DM, Garner MV, Rosen LW. Anorexia nervosa "restrictors" who purge: implications for subtyping anorexia nervosa. *Int J Eat Dis* 1993;13:171-85.
18. Halmi KA. Eating disorders: anorexia nervosa, bulimia nervosa and obesity. In: Hales KE, Yudofsky SC, Talbott J, eds. *American psychiatric press textbook of psychiatry*. 3rd ed. Washington (DC): American Psychiatric Association; 1999. p. 983-1002.
19. Herzog DB, Field AE, Keller MV, West JC, Robbins WM, Staley J. Subtyping eating disorders, is it justified. *J Am Acad Child Adol Psychiatr* 1996;35:928-36.
20. Beaumont PJV, Kopec-Schrader E, Touyz SW. Defining subgroups of dieting disorder patients by means of the eating disorders examination (EDE). *Br J Psych* 1995;166:472-4.
21. Russell GFM. Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1979;9:429-48.
22. Fairburn CG. The definition of bulimia nervosa: guidelines for clinicians and research workers. *Ann Behav Med* 1987;9:3-7.
23. Beglin SJ, Fairburn CG. What is meant by the term binge? *Am J Psych* 1992;149:123-4.
24. Hay P, Fairburn C. The validity of the DSM-IV scheme for classifying bulimic eating disorders. *Int J Eat Dis* 1998;23:7-15.
25. Johnson C, Connors ME. The etiology and treatment of bulimia nervosa. New Jersey: Jason Aronson Inc.; 1994.
26. Wilson GT, Eldredge KL. Frequency of binge-eating in bulimic patients: diagnostic validity. *Int J Eat Dis* 1991;10:557-61.
27. Garfinkel PE, Goldbloom DS, Olmsted MP. Body dissatisfaction in bulimia nervosa: relationship to weight and shape concerns and psychological functioning. *Int J Eat Dis* 1992;11:151-61.
28. Spitzer RL, Devlin M, Walsh BT et al. Binge eating disorder: a multisite field trial of the diagnostic criteria. *Int J Eat Dis* 1992;11:191-203.
29. Pratt EM, Niego SH, Agras WS. Does the size of a binge matter? *Int J Eat Dis* 1998;24:307-12.
30. Johnson WG, Boutelle KN, Torgrud L, Davig JP, Turner S. What is a binge? The influence of amount, duration, and loss of control criteria on judgments of binge eating. *Int J Eat Dis* 2000;27:471-9.
31. Striegel-Moore RH, Dohm FA, Solomon EE, Fairburn CG, Pike KM, Wilfley DE. Subthreshold binge eating disorder. *Int J Eat Dis* 2000;27:270-8.
32. Peterson CB, Mitchell JE, Engbloom S, Nugent S, Mussell MP, Crow SJ, Miller JP. Binge eating disorder with and without a history of purging symptoms. *Int J Eat Dis* 1998;24:251-8.

33. Borges MBF. Estudo do transtorno da compulsão alimentar periódica em população de obesos e sua associação com depressão e alexitimia [Dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1998.

34. Wilfley DE, Schwartz MB, Spurrell EB, Fairburn CG. Using the eating disorder examination to identify the specific psychopathology of binge eating disorder. *Int J Eat Dis* 2000;27:259-69.

Correspondência: Angélica de Medeiros Claudino
Escola Paulista de Medicina, Depto. de Psiquiatria
Rua Botucatu, 740, 3º andar - 04023-900 São Paulo, SP, Brasil
Tel: (0xx11) 5579-1543
