

**DIRETRIZES SOBRE CO-MORBIDADES PSIQUIÁTRICAS
EM DEPENDÊNCIA DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS
(ABEAD 2002)**

**DEPENDÊNCIA DO ÁLCOOL E OUTRAS
DROGAS E TRANSTORNOS ALIMENTARES**

Introdução

Quadros sugestivos de transtornos alimentares, incluindo a anorexia nervosa, a bulimia nervosa e variantes, têm sido relatados há séculos, embora as descrições mais formais das síndromes tenha ocorrido mais recentemente

Walsh & Devlin, 1998

Anorexia Nervosa

- Comportamento obstinado e determinado em perder peso
- Emagracimento
- Preocupação com peso corporal e alimentos
- Padrões peculiares de lidar com alimentos
- Medo intenso de ganhar peso
- Distúrbio de imagem corporal
- Amenorréia

Anorexia Nervosa

- Padrão restritivo (cerca de 50%)
 - redução drástica na ingestão alimentar
 - exercícios exagerados
- Padrão hiperfágico / purgativo
 - dietas rigorosas
 - perda de controle: ingestão descontrolada
 - comportamentos purgativos

Bulimia

- Termo que descreve episódios de ingestão alimentar descontrolada (“binge eating”)
- Bulimia nervosa:
 - episódios bulímicos
 - peso normal ou aumentado
 - preocupação excessiva: forma física / peso
 - comportamentos para tentar compensar ingestão calórica excessiva

Halmi, 2000

Anorexia Nervosa x Bulimia Nervosa

- Mais freqüentes em mulheres jovens
- Preocupação exagerada com forma do corpo e peso
- 1/3 das pacientes bulímicas em tratamento:
 - episódio pregressos de anorexia nervosa
- Anorexia nervosa: baixo peso
- Bulimia nervosa: peso normal ou aumentado

Dependência química em mulheres

- Características e necessidades diferentes das dos homens:
 - motivação
 - padrão, fatores de risco e razões para iniciar o uso
 - morbidade física e psiquiátrica
 - mortalidade associada ao abuso de substâncias
 - experiências psicológicas e sociais relacionadas ao consumo

Blume, 1990; Davis, 1994; Swift et al., 1996; Hodgins et al., 1997, Stein & Cyr, 1997.

Prevalência

- Na população geral feminina:
 - Transtornos alimentares: 2,5%
 - Transtornos por uso de substâncias: 3,0%
- Nas mulheres com transtornos alimentares:
 - Transtornos por uso de substâncias: 25,7%
- Nas mulheres com t. por uso de substâncias:
 - Transtornos alimentares: 16,3%

Prevalência

- T. alimentar + álcool: 26% (12 a 39%)
- T. alimentar + álcool/drogas: 25% (6,7 a 43%)
- A associação mais importante ocorre entre transtornos por uso de substâncias e bulimia
- Pesquisas que investigaram a associação:
 - 75% mulheres com transtornos alimentares
 - 10% mulheres com uso de substâncias

Diagnóstico

- Necessidade de avaliação cuidadosa:
 - entre bulímicas: transtorno por uso de substâncias (atual ou passado) piora o prognóstico
Keel et al., 1999
 - entre mulheres dependentes: comorbidade com t. alimentares é subgrupo com evolução distinta
Suzuki et al., 1993
 - cocaína e álcool como controladores de apetite
Cochrane et al., 1998

CID-10: anorexia nervosa

- Peso corporal mantido em pelo menos 15% abaixo do esperado; $IMC^* < 17,5$
- Perda de peso auto-induzida por abstenção de alimentos ou: vômitos, purgação, exercício excessivo, anorexígenos/diuréticos
- Distorção da imagem corporal
- Transtorno endócrino generalizado (eixo hipotalâmico-hipofisário-gonadal)
- Se início pré-puberal: puberdade demorada ou interrompida

CID-10: bulimia nervosa

- Preocupação persistente com o comer e desejo irresistível por comida; episódios de hiperfagia
- Tenta neutralizar os efeitos da ingestão excessiva: vômitos, purgantes, períodos alterados de inanição, uso de anorexígenos/h.tireoideanos/diuréticos, negligencia insulina (diabéticos)
- Pavor mórbido de engordar, meta de peso bem abaixo do peso saudável

Tratamento

- Programas **integrados** são mais efetivos

Fisher; Bentley, 1996; Moggi et al., 1999a; Bliner et al. 2000

- El-Guebaly et al. (1999):
 - hospital dia
 - necessidades individuais
 - melhora em seguimento > 1 ano

Tratamento

- Transtornos alimentares:

combinação de estratégias

- re-habilitação / aconselhamento nutricional
- intervenções psicossociais
- tratamento farmacológico

Tratamento

- Re-habilitação / aconselhamento nutricional
 - pacientes abaixo do peso
 - metas de peso final e taxas de ganho controlado
 - ingestão inicial: 30 - 40 kcal/kg/dia
 - aumento progressivo até 70 - 100 kcal/kg/dia
 - manutenção: 40 - 60 kcal/kg/dia
 - monitoração
 - aconselhamento

Tratamento

- Intervenções psicossociais
 - técnicas cognitivo-comportamentais
 - maiores evidências de eficácia
 - abordagens psicodinâmicas
 - relatos de benefícios com o comportamento alimentar estabilizado
 - abordagem familiar
 - desejável
 - adolescentes

Tratamento farmacológico

- Não pode ser empregado isoladamente
- Anorexia nervosa:
 - necessidade de antidepressivos é melhor avaliada após recuperação do peso
- Bulimia nervosa:
 - antidepressivos são efetivos desde o início
 - ISRS mais seguros
 - ADT (risco de suicídio); IMAO (tiramina)

Hospitalização

- Não necessária na maioria dos casos
- Anorexia nervosa:
 - Hospitalização breve (7 a 14 dias)
 - recaída após tratamento; menos de 6 meses de doença
 - perda de peso: 10 - 15% (recaída): 16 - 20% (1º episódio)
 - Hospitalização longa (> 14 dias)
 - perda de peso > 20%
 - hospitalizações repetidas; mais de 6 meses de baixo peso
 - depressão, psicose, tentativa séria de suicídio
 - obsessões ou compulsões incapacitantes
 - comorbidade clínica: edema, hipoproteïnemia, anemia grave