

# Fenomenologia do transtorno do comportamento alimentar hiperfágico e adicções

Georges Charbonneau\*1  
Virginia Moreira\*2

*Propomos a compreensão dos transtornos do comportamento alimentar hiperfágico em uma perspectiva antropofenomenológica. O exame destes transtornos deve inicialmente determinar em que medida eles são diferentes dos transtornos ansiosos e depressivos. Se existem indubitavelmente elementos adictivos nos transtornos do comportamento alimentar, em que medida é satisfatório mantê-los neste registro? O que se pode descrever de não adictivo nos transtornos do comportamento alimentar? Este artigo se dedica a discutir estas questões.*

**Palavras-chave:** Transtornos do comportamento alimentar hiperfágico, adicção, depressão, fenomenologia.

\*1 École Doctorale Paris VII – Denis Diderot II (Paris, França)

\*2 Universidade de Fortaleza – Unifor (Fortaleza, CE, Br.)

Definimos os transtornos do comportamento alimentar como a incapacidade de ter controle sobre os comportamentos alimentares. Eles não concernem apenas à anorexia ou à hiperfagia, englobam seleções alimentares extremas, estratégias de rejeição ou de eliminação aceleradas (vômitos provocados, usos de laxantes, lavagem, diurese forçada, etc.), quando estas acarretam efeitos metabólicos ou repercussões sobre o funcionamento fisiológico. Podem ter origens orgânicas ou farmacológicas. Por exemplo, o efeito dos psicotrópicos sobre o comportamento alimentar é bem conhecido, manifestando-se seja pelo viés de uma redução ou de um aumento radical do apetite, seja por um aumento da apetência seletiva pelo doce ou pelo salgado. Os psicotrópicos podem também abolir a saciedade, fazendo com que os sinais internos da saciedade não funcionem, podendo vir a tomar a forma de um consumo noturno exagerado (Night Eating Syndrom – NES e Sleep-related Eating Disorder – SRED). Mas, muitas vezes, estes transtornos acontecem sem uma origem orgânica aparente e, cada vez mais frequentemente, se constituem na queixa principal de pacientes que buscam psicoterapia.

Os transtornos do comportamento alimentar têm em comum com as adicções uma relação particular com a negação: em uma primeira abordagem o discurso dos pacientes raramente atinge os reais comportamentos alimentares, sejam eles hiperfágicos ou restritivos. A experiência clínica mostra que a dissimulação, no sentido de proteger este comportamento, é a regra, ou seja, os sujeitos protegem suas adicções e recusam ao psicoterapeuta o acesso às quantidades e qualidades ingeridas, dado que eles não tomaram a decisão íntima de renunciar a isto. É necessário, portanto, trabalhar considerando a

possibilidade de negação, por banalização ou por clivagem, sendo, então, o desejo de cuidado do paciente parcial e precário.

Neste artigo discutimos os transtornos do comportamento alimentar hiperfágico do adulto. Inicialmente determinemos a natureza e o *status* dos transtornos do comportamento alimentar. Trata-se de transtornos ansiosos? Tímicos?

## A angústia

A angústia é orexígena? Ela pode criar uma hiperfagia? Diferenciando bem a angústia da impulsividade pode-se afirmar que não. Por isso, é necessário radicalizar a distinção entre angústia propriamente dita, que é frequentemente anorexígena, dos “estados de tensão” predispondo a comportamentos compulsivos ou impulsivos hiperfágicos. Nós o nomeamos *tensão adictiva*. O ato adicto é resultado desta tensão e consistirá, justamente, em uma tentativa de sair desta tensão, de abrandá-la. Ela pode incluir elementos de ansiedade, mas é de conteúdo mais complexo: ela contém elementos menos elaborados, mais arcaicos, menos amadurecidos, portanto, mal definíveis, com uma demanda profunda (seja de separação ou de fusão). Frequentemente nestes momentos de tensão, o ato de ingestão alimentar é uma resposta possível, mas não é a única resposta. Outros tipos de ação são possíveis, quando ela se reveste de um caráter maior, como a ingestão de álcool ou de tóxicos, comportamentos compulsivos de compras ou de furtos (cleptomania), algumas vezes automutilações.

Vejamos o que separa a angústia desta tensão. A angústia em si contém um movimento inverso à ação. Sobredeterminando a representação daquilo que ela deve afrontar, ela foge da ação, a paralisa. Ela contém uma “direção de sentido”, tal como descrito por Ludwig Binswanger (Chamond, 2004; Leroy-Viemon, 2011) inversa àquela que conduz a agir assim. A angústia é em si mesma um chamado de recuo, mas este recuo é impossível, pois o espaço não está disponível para este movimento. Por exemplo, em uma manifestação da angústia como aquela que pode sobrevir da espera de resultados de exames (escolares ou médicos), não seria apropriado falar de orexigenia. Ou, em outro exemplo, a exposição a um objeto fóbico (cancerofobia, agorafobia, etc.) não é especificamente geradora de hiperfagia; ao contrário, isto provocaria um reflexo de preservação sob a forma de redução do apetite.

Os comportamentos orexígenos são de outra natureza, distintos da angústia propriamente dita e é útil definir bem este fato. Nem mesmo os ansiolíticos têm efeito sobre esta tensão. Eles têm mais comumente um duplo efeito orexígeno: suspendem o caráter anorexígeno da angústia e até induzem uma estimulação do apetite.

## A depressão

A relação entre transtornos do comportamento alimentar e transtornos do humor, no sentido estrito (doença bipolar tipo I ou II) que é necessário dar a este termo, é uma questão importante. Podemos afirmar que os transtornos do comportamento alimentar não são formas particulares de um transtorno do humor. Ou seja, a anorexia não é uma forma de timia expansiva disfarçada, ainda que alguns elementos de hiperatividade tanto intelectuais quanto psíquicos poderiam levar a pensar isso. Da mesma forma, a hiperfagia não é o efeito de uma forma de depressão, tentando se “curar” pelos comportamentos alimentares. Esta ideia de autocura depressiva por meio do alimento é, de bom grado, invocada pelos pacientes, mas não tem nenhum fundamento clínico. É um alibi de negação. Um argumento forte se opõe a esta ideia: os “verdadeiros” melancólicos não têm nenhum desejo de cuidado e nem tentam se “curar” nem compensar seu sofrimento (Moreira, 2009; Tatossian, 1984; Tatossian & Moreira, 2012); quando se cuidam, o mais frequente é fazê-lo “sem acreditar” nisso, ou contra sua vontade. E mais, a depressão cria uma inibição psicomotora e uma indiferença completa aos prazeres, com o vazio e a incapacidade de sentir que nos descreve Tatossian (2006). Os sintomas melancólicos estão mais presentes naqueles que pensam não merecer nenhum alimento, sendo habitualmente encontrados em situação de urgência por suas más nutrições e desidratações, por exemplo, em pessoas idosas.

Entendemos como uma extensão abusiva do conceito de depressão descrever a depressão melancólica como sendo orexígena. Sejam clinicamente mais precisos. Três noções estão sempre ausentes no núcleo depressivo e, ao contrário, são constantemente encontrados nos transtornos do comportamento alimentar: a atonia de tédio, a necessidade de acontecimento interno-externo e o sentimento de frustração, onde o vínculo com o alimento passa a substituir outras esperas. A sintomatologia do núcleo melancólico, ao contrário, é marcada por uma gravidade extrema e particular. O melancólico não se autoriza nada; ele vive no essencial e falhou neste essencial. Para ele seria uma “futilidade” recobrir esta falha com qualquer “compensação”. O melancólico “verdadeiro” não consegue se divertir ou se distrair. Ele não experimenta tédio, no sentido que nós damos a este termo, e ainda menos frustração. É necessário não confundir a desilusão, o desencantamento, o cansaço comum devido à ausência de prazer com o verdadeiro núcleo melancólico. A problemática melancólica é única: seu afundamento ontológico (a “queda”) e a culpabilidade (o ser atrás de si) que decorre disso (Tatossian, 2006; Tatossian & Moreira, 2012) não tem nada a ver com a necessidade de ação, de diversão, de reexcitação que encontramos nos transtornos do comportamento alimentar.

Devemos, portanto, concluir que não existem ligações possíveis entre transtornos do humor e os transtornos do comportamento alimentar? Não, pois, ainda

que esta oposição seja estabelecida, é necessário assinalar que nas obesidades mórbidas e nas anorexias severas as ligações entre os transtornos do comportamento alimentar e os transtornos do humor podem se estreitar. Sabemos, por exemplo, que as anorexias graves na adolescência podem inaugurar transtornos psicóticos distímicos ou outros transtornos (esquizofrenia, estados-limite). Da mesma forma, a imbricação entre obesidade mórbida e depressividade, no sentido descrito por Tatossian (2006), como experiência vivida, é um dado clínico frequente, mesmo se clinicamente o desejo de comer e a sintomatologia depressiva não fazem parte do mesmo registro. Outro dado é que emagrecimentos e grandes ganhos de peso são correlacionados às variações pressupostas do humor. Podemos então vislumbrar a existência de uma comorbidade complexa entre movimentos de humor e comportamentos alimentares, sendo possível, por exemplo, que transtornos do comportamento alimentar e transtornos bipolares pertençam ao mesmo espectro genético, no sentido de gênese. Não podemos excluir totalmente o fato que alguns transtornos do comportamento alimentar sejam expressões incompletas e menos agudas de transtornos do humor.

Então, é necessário voltar à ideia de que o que não pertence à depressão melancólica, enquanto doença bipolar, deve ser reenviado ao registro de personalidades patológicas; elas têm precisamente uma característica comum: a impossibilidade dessas personalidades de fazer uma depressão verdadeira (Di Piazza, 2013). Com efeito, não investindo nos papéis de uma forma adaptada, não há jamais sentimento de fracasso total. E mais, se os transtornos do comportamento alimentar fossem formas simples de bipolaridades eles se curariam mais facilmente, alguns timorreguladores, antidepressivos ou antimaníacos seriam eficazes, e algumas psicoterapias teriam igualmente efeitos neste sentido; mas esse não é o caso.

### **A dimensão adicional da hiperfagia**

Com um olhar fenomenológico podemos considerar a hiperfagia sob vários ângulos: aquele do *craving* hiperfágico (apetência irresistível), da desorganização da estrutura de ação (impulsividade), da necessidade de acontecimento, da tensão de espera, do alívio durante sua duração. Em seguida vem a culpabilidade de ter cedido ao desejo de satisfazer a necessidade, a negação e os discursos de banalização.

A isto é necessário acrescentar que a adicção tem um modelo neurofarmacológico sólido (Corcos, Flament & Jeammet, 2003). A elação provém de um procedimento de recompensa interna (mecanismo de recompensa interna dopaminérgico do núcleo *Accumbens* regulados pelos opioides, endocanabinoides endógenos etc.). Mas o que é mais interessante de explicitar é a estrutura de ação nas adicções. A

dinâmica de impulsividade é o efeito de uma desorganização da estrutura de ação. Para aqueles que não são adictos esta estrutura de ação comumente organiza o investimento temático, permitindo sua duração, sua profundidade de elaboração, e seu sentido antropológico, deixando a ação bastante aberta para que ela possa se cumprir, levando o tema até seu resultado, seja ele conclusivo ou não.

Nas adicções existe um conjunto de processos que faz com que a ação seja mal empregada ou conduzida, que ela seja parcialmente eludida, seja pelas carências de investimento prévio, seja pela incapacidade de reencontrar nesta ação sentido novo ou significativo. Ao mesmo tempo, a ação é iniciada precipitadamente e não é conduzida gradativamente a seu termo. Seu movimento geral vai imediatamente a seu encerramento, isto é, a adicção vai "diretamente ao fato": ela acelera o fechamento da ação, quaisquer que sejam seus resultados, precipitando o acontecimento para poder passar a "outra coisa".

### **A espera de acontecimento e seu sentido antropológico**

O que destrutura a ação é uma espera antecipativa de acontecimento, uma precipitação de ação. Ocorre um processo que dá sentido ao fenômeno da adicção, que é, inicialmente, uma alteração processual, quer dizer, uma desorganização do curso da ação, de suas regras de articulação e de sucessão e, em seguida, esse processo patológico vem a caracterizar o fenômeno adictivo. Esta espera de acontecimento (Singainy, 2012) é específica nas adicções que provocam euforia (álcool, maconha, ópio, alucinógeno etc.), mas está também presente nos fenômenos hiperfágicos e a natureza deste "chamado de acontecimento" é complexa, de tal forma que uma análise antropofenomenológica não pode se restringir a enxergar um sentido único e facilmente discernível. No entanto, permite-lhe dar um conjunto convergente de sentido, quando compreendemos bem o sentido deste "chamado do acontecimento" como parte da "nostridade" (Leroy-Viemon, 2011) alcoólica, tendo a mesma estrutura de ação na hiperfagia.

Como esta necessidade do acontecimento se formula? Este é um acontecimento social que vai revincular o sujeito que se sente isolado de um todo social? Ele realizaria, então, uma fusão, respondendo a um sentimento prévio de separação. Este chamado de acontecimento intra ou intersubjetivo passa a ser central para o sujeito. Há um tipo de "filosofia do acontecimento e do tédio" (Granger & Charbonneau, 2010) nas adicções, onde podemos encontrar os seguintes sentidos na espera de acontecimentos: dimensão de contato (oralidade etc.), vivido de separação solicitando uma fusão, sentido de enganchamento, vivido de tédio chamando um acontecimento festivo, inclinação a mudar de época, necessidade de encerrar um momento mal-in-

vestido, fuga antecipada, vivido de liberação de tensão e de constrangimento interno e externo, função de reexcitação pelo acontecimento, necessidade de acumulação de bens, perseguição de falta, prazer de apropriação, necessidade de recompensa no sentido infantil do termo, exigência de receber um donativo e, por meio dele, a necessidade de reconhecimento por outro e pelo espaço intersubjetivo.

A adicção tem lugar, então, a partir de uma relação de tensão de falta e uma necessidade de descontração desta tensão, pelo acontecimento. Ao mesmo tempo em que o objeto de adicção produz uma descontração, ele aquieta a impulsividade e a agressividade, podendo ocorrer culpabilidade em seguida. A patologia da estrutura de ação tem, como vimos, dois aspectos: o início e o fechamento. Esses dois aspectos processuais constituem uma só realidade: ora esta patologia da ação diz respeito ao seu início, que é sobreinvestido prematuramente, ora ela afeta seu cumprimento. Na base desta necessidade de entretenimento, é possível encontrar as transformações primárias da presença. Há um defeito de atenção, de investimento em profundidade, que faz com que o adicto esteja na espera de um evento de ruptura da ação ou do entretenimento. Este defeito de atenção é também um tipo de indiferença, pobreza de investimento axiológico ou afetivo, que vai precipitar a ação. Mediocridade de atenção e necessidade de se divertir e se entreter tem muito a ver uma com a outra, todos os pedagogos e professores sabem disto, e este ponto é importante, pois ele sugere uma outra forma de considerar as ligações entre lucidez (necessidade de jogar, de se divertir, de se descontrair) e adicções. O adicto é aquele que experimenta, primariamente, um sentimento de repetição ligado à atonia e que quer sair deste momento. Experimenta a necessidade de se divertir e o sentido deste divertimento é sair da história, retirar as tensões do seu papel naquele momento, que exigem a constância ou a concentração, fazer mudanças para não mais se ressentir pelo constrangimento do seu papel. Isto está sempre presente, mesmo em estado ínfimo; acontece da mesma maneira na adicção de tabaco para a qual cada uso da nicotina reenvia a esta necessidade de acontecimento. Isto está ainda mais presente quando as pessoas estão socialmente inativas (ou encarceradas ou hospitalizadas): o uso do cigarro passa a ocupar o lugar de uma ação impossível. A necessidade de se divertir se faz clara, pois o adicto, mais que qualquer outro, experimenta uma lassidão e necessidade de se reexercitar.

Na hiperfagia esta relação com o acontecimento se dá principalmente nas seguintes formas: alimentação permanente (“beliscar” previsto e organizado pelas compras prévias), monumentalização da refeição, que passa a ser um verdadeiro “acontecimento cotidiano”, multiplicação de refeições ou a desorganização voluntária dos momentos de consumo do alimento de tal maneira que nenhum balanço dietético possa se realizar (Cottecin & Guardia, 2012). Em todas essas situações, o ato fágico tem seu sentido temporal de romper a atonia, de relançar a ação, de se reimplicar reativando sua atenção. A função da ingestão alimentar é terminar um

momento para recomeçar outro. É este o sentido profundo de sua natureza “distrativa” (Marcus & Wildes, 2009).

É interessante observar como a bulimia ou a fome excessiva tem um sentido muito diferente, segundo se trate de bulimia salgada ou doce. A bulimia doce é mais adicta, mais caracteriopática, tem uma função de acalmar a impulsividade, a emocionalidade, e mesmo a autoagressividade; é vizinha daquela do álcool, tanto biologicamente como clinicamente. O açúcar acalma a violência interna sem criar verdadeiramente uma embriaguez, definindo um sentimento corporal complexo. Ele se torna a “recompensa mental” e, como toda recompensa, gratifica e abole a distância de separação, nos fazendo “fusionar” com o mundo. A bulimia salgada é uma hiperfagia institucionalizada pela vida familiar ou social, na linha do importante jantar em família, que carrega o signo de felicidade familiar. Há, então, na adição, um “ser um bom menino”, que dá prazer à mãe e ao pai, sacralizando a vida doméstica interior, esta vida que nos “protege” do exterior, do campo social.

### O não adicional nos comportamentos de hiperfagia

536

Não devemos entender os transtornos do comportamento alimentar como uma forma banal de adicção, o que seria empobrecer, em alguns casos, a noção da adicção nestes transtornos. Evoquemos, então, os argumentos pelos quais não é totalmente satisfatório considerar a hiperfagia como uma adicção.

Por um lado, a compreensão do alimento como um “tóxico” ou um “produto adictivo” é afetivamente fraco, ou pouco carregado de intensidade, sendo incomparável ao álcool, por exemplo, na sua capacidade de dar um “sentimento de liberdade” ou de poder propiciar a sensação de liberação das tensões do mundo (Tatossian, 1984). Cria uma sensação de estar cheio, que dá uma satisfação breve, satisfazendo a necessidade de apropriação e proporcionando uma ideia de mundo favorável, propício, opulento, fazendo esquecer todas as frustrações. O sistema de recompensa é satisfeito.

Entretanto, a distensão, que a saciedade produz, é pouco cerebralizada, pouco estática, mal usufruída. Muito rapidamente a relação hiperfágica escapa à ideia de uma tensão e o prazer que daí se estabelece é muito passivo e de fraca intensidade, tornando-se um modo de vida em relação a um espaço interior. É frequente nos referirmos a um jantar em família, em casa ou no restaurante, como algo que prolonga a vida de família, ou a vida festiva de férias (com o mordiscar de aperitivos). Para irmos ainda mais longe, no que se refere à separação entre as adicções e os transtornos do comportamento alimentar, é necessário examinar a natureza do desmame alimentar e o tempo sobre o qual ele produz seus efeitos de falta, visto que



este não tem a mesma importância nem a mesma significação, não apresentando as possibilidades agressivas imediatas, em curto prazo, das adições. Há, certamente, uma agressividade parcial de frustração em alguns momentos de uma dieta, mas ela não atinge a intensidade daquela da falta de álcool ou de tóxico. Ela não é da ordem do instante e está apenas inconstantemente presente.

Na dimensão não adicional dos transtornos do comportamento alimentar encontramos, ainda, dados antropológicos interessantes. Na relação de se alimentar junto com alguém (comensalidade) existe uma nostridade hiperfágica de referência, como no beliscar e no *vagabond feeding* (eu passo adiante e eu como). O alimento é um organizador do espaço do dia e da vida social. O “tempo do alimento” (fazer as compras, a preparação, a refeição, a limpeza etc.) ocupa um lugar considerável no espaço do dia, criando relações (com os comerciantes, com os comensais etc.), e sua abolição súbita (por exemplo, para aquelas pessoas que comem em pé, em qualquer minuto) cria outros problemas que são, evidentemente, não adictivos.

Por outro lado, os comportamentos alimentares são carregados pelas imagens do corpo e as imagens do mundo. Através da estética do corpo existem as imagens de mundo, seja em seu sentido de generosidade, de opulência, de tolerância, de sentimentalidade, seja na direção da severidade, da firmeza, do rigor, de dinamismo etc., que se exprimem. O comedor exagerado tem uma imagem de corpo sedentário, doméstico, sem conflito, familiar. A sedução, que é um movimento de aproximação e de recuo, requer, em sua estática, a mobilidade, se acomodando mais dificilmente à imagem do corpo obeso, que não é mais um corpo kinético, um corpo de aproximação e de recuo, mas um corpo instalado, domesticamente já fixado. No aparecimento do outrem, a delicadeza do corpo, a mobilidade psicológica ou física e a sedução se leem juntos. A imagem do sobrepeso, que é doméstica e maternal, carrega menos o sentido da sedução. A sexualidade, que testemunha a abertura extrafamiliar, se dá em concorrência com os transtornos do comportamento alimentar, como atributos da estabilidade intrafamiliar.

## Conclusão

Concluimos que a ideia de considerar a questão dos transtornos do comportamento alimentar somente sob o ângulo da adicção está longe de ser satisfatória. Os aspectos antropológicos, como a organização do espaço de vida e das ligações intersubjetivas, determinam a capacidade do sujeito de sair ou de permanecer dando continuidade a seus comportamentos alimentares.

Os aspectos não adicionais podem ser trabalhados com bastante êxito na psicoterapia, e o trabalho clínico, buscando a compreensão do *Lebenswelt* de uma

pessoa com transtornos do comportamento alimentar, é singular; ou seja, uma experiência vivida similar tem significados diferentes em pessoas diferentes e a psicoterapia gira em torno desta busca dos significados e de sua ressignificação. No entanto, nossa experiência clínica mostra o quanto descrições como as que realizamos neste artigo podem vir a contribuir para a compreensão desta forma de funcionar no mundo.

## Referências

- Chamond, J. (Org.) (2004). *Les directions de sens: Phénoménologie et psychopathologie de l'espace vécu*. Paris: Vrin.
- Corcos, M., Flament, M., & Jeammet, P. (2003). *Les conduites de dépendance: Dimensions psychopathologiques communes*. Paris: Masson.
- Cottecin, D. & Guardia, D. (2012 February). Obesité, le point de vue de l'addictologue. *La lettre du psychiatre*, Paris, 8(1), 24-27.
- Di Piazza, G. (2013 jan./jun.). Personalités pathologiques et impossibilité à la dépression. Giampolo. *Le Cercle herméneutique revue*, aceito para publicação, 20(1).
- Granger, B. & Charbonneau, G. (Org.) (2010). *Phénoménologie des sentiments corporels*. vol. 1 e 2. Argenteuil: Le Cercle herméneutique éditeur.
- Leroy-Viémon, B. (2011). Philosophie, Anthropologie clinique, Daseisnalyse. Argenteuil: Le Cercle Herméneutique Éditeur.
- Marcus M. D. & Wildes J. E. (2009 December). Obesity: is it a brain disorder?. *Journal of Eating Disorders International*, 42(8), 739-753.
- Moreira, V. (2009). *Clínica Humanista-Fenomenológica: estudos em psicoterapia e psicopatologia crítica*. São Paulo: Annablume.
- Singaïny, E. J. D. (2012). "L'événement" dans la la rencontre thérapeutique avec l'alcoolique. (Tese de doutorado não publicada), Université de Poitiers, France.
- Tatossian, A. (1984). *La vie faite de mieux*. Marseille: Médiprints Editeurs.
- Tatossian, A. (2006). *A fenomenologia das psicoses*. São Paulo: Escuta.
- Tatossian, A. & Moreira, V. (2012). *Clínica do Lebenswelt: psicoterapia e psicopatologia fenomenológica*. São Paulo: Escuta.

## Resumos

(The phenomenology of hyperphagic eating disorders, and addictions)

Here we discuss hyperphagic eating disorders from a phenomenological and anthropological perspective. The examination of these disorders should first determine

*if they are truly different from anxiety and depressive disorders. If there are undeniably addictive elements in these disorders, should they be kept in this category? Can anything in these eating disorders be described as “non-addictive”? These are the central questions of this article.*

**Key words:** Hyperphagic eating disorders, addictions, depression, phenomenology

(Phénoménologie des troubles du comportement alimentaire hyperphagique et les addictions)

*Nous proposons de comprendre les troubles du comportement alimentaire hyperphagique à partir d'une perspective anthropo-phénoménologique. L'examen de ces troubles doit pouvoir tout d'abord déterminer dans quelle mesure ils sont différents des troubles de l'anxiété et dépressifs. S'il existe indiscutablement des éléments addictifs dans ces troubles, est-il satisfaisant pour autant de les maintenir dans ce registre? Que peut-on décrire de non-addictif dans ces troubles du comportement alimentaire? Notre article se consacre à discuter ces questions.*

**Mots clés:** Troubles du comportement alimentaire hyperphagique, addictions, dépression, phénoménologie

(Fenomenología de los trastornos alimentares hiperfágicos y les adiccions)

*Propomos la perspectiva antropo-fenomenica para comprender los trastornos del comportamiento alimentar hiperfágico. El examen de estos trastornos debe inicialmente determinar en que medida ellos son distintos de los trastornos ansiosos y depresivos. Si existen indubitablemente elementos adictivos en los trastornos del comportamiento alimentar, en que medida es satisfactorio mantener-los en este registro? Que se puede describir como no adicional en los trastornos del comportamiento alimentar? Este artículo se dedica a responder a estas questiones.*

**Palabras clave:** Trastornos del comportamiento alimentar hiperfágico, adicción, depresión, fenomenología

(Phänomenologie der Essstörung Hyperphagie und Abhängigkeit)

*Wir möchten hier den Ansatz vorstellen, die hyperphagischen Essstörungen aus der anthropologisch-phänomenologischen Perspektive zu begreifen. Die Untersuchung dieser Störungen soll zunächst bestimmen, inwiefern sich diese von anderen nervösen und depressiven Störungen unterscheidet. Wenn kein Zweifel besteht, dass Essstörungen zu Abhängigkeit führen, muss die Frage gestellt werden, inwiefern es Sinn macht, sie weiterhin in dieser Untersuchung zu behandeln? Was kann als nicht-süchtig-machend bei Essstörungen bezeichnet werden? Vorliegender Beitrag setzt sich mit diesen Fragen auseinander.*

**Schlüsselworte:** Essstörung Hyperphagie, Sucht, Depression, Phänomenologie, (Erscheinungsformen)

**Citação/Citation:** Charbonneau, G.; Moreira, V. (2013, dezembro). Fenomenologia do transtorno do comportamento alimentar hiperfágico e adicções. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 16(4), 529-540.

**Editor do artigo/Editor:** Manoel Tosta Berlinck

**Recebido/Received:** 10.5.2013/ 5.10.2013  **Aceito/Accepted:** 7.8.2013 / 8.7.2013

**Copyright:** © 2009 Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental/ University Association for Research in Fundamental Psychopathology. Este é um artigo de livre acesso, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte sejam citados / This is an open-access article, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original authors and sources are credited.

**Financiamento/Funding:** Os autores declaram não ter sido financiados ou apoiados / The authors have no support or funding to report.

**Conflito de interesses/Conflict of interest:** Os autores declaram que não há conflito de interesses / The authors declare that has no conflict of interest.

**GEORGES CHARBONNEAU**

Médico; Psiquiatra de hospitais franceses; Diretor de pesquisa da École Doctorale Paris VII Denis Diderot II (Paris, França). É editor, diretor da coleção Phéno e da revista *Le Cercle Herméneutique*.

Université Paris VII – Denis Diderot  
UFR d'Etudes psychanalytiques  
26, rue de Paradis.  
75480 Paris, França  
e-mail: geocharbon@aol.com

**VIRGINIA MOREIRA**

Psicóloga; Psicoterapeuta; Doutora em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP (São Paulo, SP, Br.); Pós-Doutorada em Antropologia Médica pela Harvard Medical School (Capes/Fulbright); Docente Titular da Universidade de Fortaleza – Unifor (Fortaleza, CE, Br.); Supervisora Clínica Especialista em Psicoterapia credenciada pela Sociedad Chilena de Psicología Clínica; Membro da Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental.

Universidade de Fortaleza – Unifor  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia, APHETO – Laboratório de Psicopatologia e Psicoterapia Humanista Fenomenológica Crítica.  
Av. Washington Soares, 1321  
60811-341 Fortaleza, CE, Brasil  
e-mail: virginiamoreira@unifor.br