



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

**TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO GRAU DE
MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO INTEGRADO EM
MEDICINA**

SARA RAQUEL MACHADO COSTA DE MAGALHÃES

***DISTÚRBIOS DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR E
TERAPIAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS DE 3ª
GERAÇÃO***

ARTIGO DE REVISÃO

ÁREA CIENTÍFICA DE PSICOLOGIA/PSIQUIATRIA

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:
PROFESSOR DOUTOR JOSÉ AUGUSTO VEIGA PINTO GOUVEIA
PROFESSOR DOUTOR MANUEL JOÃO RODRIGUES QUARTILHO**

MARÇO / 2011

**“Distúrbios do Comportamento Alimentar e Terapias
Cognitivo-Comportamentais de 3ª Geração”**

Sara Raquel Machado Costa de Magalhães

Afiliação: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Morada: Lugar dos Lagoeiros, lote 12-B, 5000-222 Vila Real

E-mail: sararmagalhaes@gmail.com

Resumo

Assiste-se actualmente a um aumento da incidência das perturbações do comportamento alimentar aliada à crescente pressão exercida pelo “culto do corpo” cada vez mais presente na sociedade.

Estes transtornos, que afectam geralmente adultos-jovens do sexo feminino, estão associados a efeitos pejorativos, tanto biológicos como psicológicos, e determinam elevada morbidade e mortalidade nestes doentes.

Dos distúrbios alimentares, a Anorexia e Bulimia Nervosas bem como o Distúrbio de Ingestão Compulsiva são os mais prevalentes levando à necessidade de intervenção terapêutica. Este acompanhamento é feito por equipas multidisciplinares envolvendo Psicólogos, Psiquiatras e Nutricionistas, sendo igualmente fundamental o papel da família.

A psicoterapia tem-se revelado um forte aliado no tratamento destas perturbações recorrendo frequentemente a terapias cognitivo-comportamentais. Ultimamente tem aumentado o interesse pelas terapias de 3ª geração das quais fazem parte o *Mindfulness* e a *Acceptance and Commitment Therapy*, muito em parte relacionado com a eficácia destas modalidades terapêuticas.

Este trabalho tem como objectivo a descrição da Anorexia e Bulimia Nervosas bem como a utilização das Terapias Cognitivo-Comportamentais de 3ª geração no seu tratamento.

Palavras-chave: Distúrbios do Comportamento Alimentar, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Terapias Cognitivo-Comportamentais, *Mindfulness*, *Acceptance and Commitment Therapy*.

Abstract:

Currently there is a rising occurrence of eating disorders caused by the pressure of the "body image" presented by society.

These disorders, which usually affect young adult females, are associated with detrimental effects, both biological and psychological. They determine high morbidity and mortality rates in these patients.

Eating disorders such as, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Binge-eating Disorder are the most prevalent, driving the need for therapeutic intervention. This monitoring is done by multidisciplinary teams involving psychologists, psychiatrists, dietitians and the family also plays a fundamental role.

Psychotherapy has proved to be a strong ally in the treatment of these disorders. Psychotherapy often uses Cognitive-Behavioral Therapies and recently the interest for the third generation, of which are part of *Mindfulness* and Acceptance and Commitment therapy, has been increasing, mostly related with the efficiency of this therapeutically modalities.

This paper is aimed to describe Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa and the use of third generation cognitive-behavioral therapies in their treatment.

Key words: Eating Disorders, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Cognitive-Behavioral Therapy, Mindfulness, Acceptance and Commitment Therapy.

Índice

1	Acrónimos:	6
2	Introdução - As perturbações do comportamento alimentar	7
3	Anorexia Nervosa.....	12
3.1	Perspectiva Histórica	12
3.2	Conceito.....	14
3.3	Epidemiologia.....	15
3.4	Etiologia.....	16
3.5	Critérios de diagnóstico	21
3.6	Diferentes Subtipos.....	22
3.7	Características Psicopatológicas/ Comorbilidades	23
3.8	Consequências Físicas	24
3.9	Prognóstico	26
4	Bulimia Nervosa.....	27
4.1	Perspectiva histórica	27
4.2	Conceito.....	27
4.3	Epidemiologia.....	28
4.4	Etiologia.....	28
4.5	Critérios de Diagnóstico	29
4.6	Subtipos	30
4.7	Características psicopatológicas /Comorbilidades	30

4.8	Consequências	33
4.9	Prognóstico	34
5	Internamento nos Distúrbios do Comportamento Alimentar	35
6	Diagnóstico diferencial dos Distúrbios do Comportamento Alimentar	36
7	Perturbações do Comportamento Alimentar em Portugal.....	37
8	Distúrbios do Comportamento Alimentar no sexo Masculino.....	39
9	Terapêutica dos Distúrbios do Comportamento Alimentar.....	42
9.1	Introdução.....	42
9.2	Terapias Cognitivo-Comportamentais.....	43
9.2.1	Evolução histórica e conceitos base	43
9.2.2	Terapias Cognitivo-Comportamentais de 3ª geração	49
9.2.2.1	Introdução	49
9.2.2.2	Acceptance and Commitment Therapy.....	51
9.2.2.3	Mindfulness.....	55
9.2.3	Aplicação das Terapias Cognitivo-Comportamentais nos Distúrbios do Comportamento Alimentar.....	58
9.2.3.1	Introdução	58
9.2.3.2	Aplicação na AN.....	63
9.2.3.3	Aplicação na BN	69
10	Conclusão.....	76
11	Referências Bibliográficas	78

1 Acrónimos:

AN = Anorexia Nervosa

BN = Bulimia Nervosa

Bpm = Batimentos por minuto

DCA = Distúrbios do Comportamento Alimentar

ECG = Electrocardiograma

FC = Frequência cardíaca

Kg = Quilogramas

PCA = Perturbações do Comportamento Alimentar

TCC (s) = Terapia(s) Cognitivo-Comportamental(ais)

2 Introdução - As perturbações do comportamento alimentar

As duas perturbações do comportamento alimentar (PCA) mais bem documentadas e mais comuns são a Anorexia Nervosa (AN) e Bulimia Nervosa (BN), embora existam outras como a *Binge Eating Disorder* ou a perturbação do comportamento alimentar que não se enquadram em nenhuma destas categorias, normalmente designada como Perturbação do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação (Wilson & Pike, 2001).

Ao longo da história são várias as referências e descrições compatíveis com os casos que hoje em dia inserimos nas PCA, apesar das motivações para tais comportamentos serem diferentes nas várias épocas, essencialmente no que diz respeito às motivações actuais (Sampaio *et al.*, 1999; Coelho *et al.*, 2006).

É necessário ter em conta que as PCA correspondem a uma entidade multifactorial e de difícil abordagem, o que resulta das várias entidades que contribuem para o seu desenvolvimento, abrangendo tanto factores biológicos, psicológicos e sócio-culturais, bem como devido à complexidade do seu tratamento que, uma vez não efectuado, pode conduzir a graves consequências físicas, psicológicas e sociais (Matos, 1991). Segundo Oliveira & Santos (2006) esses factores estão relacionados com a predisposição, instalação e manutenção dos distúrbios.

Neste sentido pode-se estabelecer uma primeira fase, de vulnerabilidade, para a qual contribuem factores biológicos (genéticos e bioquímicos) e factores relacionados com o desenvolvimento (perturbações ligadas à alimentação precoce e factores traumáticos como é o caso do abuso sexual) (Sampaio *et al.*, 1999).

Segue-se uma segunda fase, a de precipitação, a qual se inicia por uma dieta que se vai tornando progressivamente mais restritiva num “terreno” psico-social em desenvolvimento e em confronto processos de maturação.

A terceira fase - manutenção - ocorre devido às consequências físicas e psicológicas da desnutrição, mais frequente nos pacientes anorécticos.

Nestas perturbações há características em comum como o facto de ocorrerem com maior frequência no sexo feminino e de não serem secundárias a um estado físico geral ou a outra perturbação mental (Harrison *et al.*, 2006); também a excessiva preocupação e importância dada à forma corporal e ao peso e à sua relação com a auto-avaliação (Gardner, 2002); o recurso a dietas restritivas extremas; por vezes, prática constante de exercício físico, vómitos e uso de laxantes.

As perturbações alimentares não aparecem associadas apenas ao componente alimentar e à distorção da imagem corporal, mas torna-se também importante ter em conta a compressão do *self* e da realidade, o que torna evidente a existência de um esquema cognitivo específico. Há registo que, sob o ponto de vista psicopatológico, os portadores de distúrbios alimentares são pessoas com um autoconceito pobre, que pode advir das exigências perfeccionistas e dos padrões auto-impostos que podem ser expressos no domínio da auto-imagem e que as leva a perpetuar a insatisfação relativa ao peso e forma corporais. Assim, o peso e a forma corporais podem constituir o alvo das tendências perfeccionistas que levam o indivíduo a lutar por uma aparência que considera “perfeita” e necessária para a sua valorização pessoal. Desta forma e de acordo com os modelos cognitivo-comportamentais pode-se considerar que o perfeccionismo quando aplicado ao domínio da imagem corporal pode constituir um factor de risco tanto para o desenvolvimento, como para a manutenção dos comportamentos alimentares disfuncionais (Fairburn *et al.*, 1999; Macedo *et al.*, 2006).

Isto pode estar relacionado com o facto do peso e forma corporais serem mais facilmente controláveis que outros aspectos da sua vida (Machado *et al.*, 2001; Macedo *et al.*, 2006).

São diversas as variáveis/factores de risco que estão associadas a uma maior propensão para a patologia do foro alimentar como é o caso da tendência para o perfeccionismo, auto-criticismo, comparação social e da aparência física desfavorável, vergonha, baixa auto-estima e a constante “batalha” para evitar a inferioridade relacionada com um certo grau de insegurança evidenciada nos relacionamentos sociais. As adolescentes e jovens adultas de classe média-alta assim como jovens que praticam ou desejam praticar actividades que exigem um corpo magro – bailarinas, actores, modelos e desportistas ou até pessoas que anteriormente tinham excesso de peso e que se tornaram obsessivas por prática frequente de dietas podem estar mais susceptíveis. Além disso a existência de história familiar de perturbações psiquiátricas, nomeadamente distúrbio obsessivo-compulsivo, depressão, distúrbio alimentar, alcoolismo e abuso de drogas estão relacionados segundo Fairburn *et al.* (1997) com o desenvolvimento de BN. Outros como a ocorrência de adversidades na infância por exemplo por abuso sexual, por negligência física ou comportamento parental inadequado também constituem segundo Johnson *et al.* (2002) um “terreno” propício ao desenvolvimento das PCA.

Em relação ao papel das mães com perturbações alimentares na maior predisposição para desenvolvimento dessa patologia nos filhos. Agras *et al.* (1999) demonstraram que estas mães apresentam maior preocupação com os hábitos alimentares e peso das crianças o que poderá contribuir positivamente para o desenvolvimento de uma perturbação alimentar nestas crianças após a infância.

No entanto também não é inócuo o papel dos *Media* no desenvolvimento deste tipo de patologia, uma vez que defendem o ideal de mulher, que consideram estar dentro dos padrões de beleza culturalmente aceites, como um modelo extremamente magro e na maioria das vezes irrealista e muito difícil de alcançar, o que conduz a uma constante insatisfação corporal. Ora esta imagem, que é considerada como ideal de beleza, contribui para uma busca

incessante pelo corpo perfeito, e pode tornar-se como uma forma de competição pela aceitação e mesmo pela posição social, especialmente em pessoas (a maioria mulheres) com tendência à insegurança, vergonha e com sentimentos de inferioridade (Goss & Gilbert, 2002). Isto traduz um factor de risco para a ocorrência de perturbações relacionadas com a imagem corporal, como a insatisfação corporal, bem como para o estabelecimento de uma dieta alimentar, que realmente são algumas das bases da patologia alimentar (Thompson *et al.*, 1999).

É interessante verificar que os mesmos *mass-media* que têm em conta este padrão de beleza também tentam diariamente aliciar, através da publicidade, as pessoas a consumir alimentos de elevado valor calórico e bastante atractivos no que diz respeito à aparência o que pode perpetuar o ciclo dieta restritiva – rápida recuperação de peso por consumo de alimentos hipercalóricos em períodos de compulsão (Andersen, 1985; Matos, 1991).

Segundo Machado *et al.* (2001) a taxa de incidência dos distúrbios alimentares, nomeadamente da AN e BN, tem aumentado nos últimos 50 anos em indivíduos do sexo feminino situados entre a faixa etária dos 15 aos 24 anos, apresentando-se este grupo, no qual a personalidade ainda não está plenamente configurada, como um grupo de alto risco.

Frequentemente os portadores destes distúrbios negam a sua condição, defendendo tratar-se de um estilo de vida, uma forma que arranjaram conscientemente para a manutenção eficaz do seu peso – “Acho que é um jeito que arrumei de manter o meu peso, não acho que seja doente.” (sexo masculino, 17 anos, bulimia nervosa) (Oliveira & Santos, 2006).

O que actualmente se tem verificado é que a população com distúrbios do comportamento alimentar está a tornar-se cada vez mais heterogénea, com crescente incidência no sexo masculino, especialmente nas duas últimas décadas (Braun *et al.*, 1999; Pope *et al.*, 2000), na raça negra e em pacientes com nível sócio-económico-cultural baixo (Borges *et al.*, 2006).

Ao longo do artigo apresentarei referências relativamente à incidência e prevalência destes distúrbios mas como normalmente somente os casos mais graves procuram tratamentos os valores são muitas vezes subestimados (Borges *et al.*, 2006). Abordarei também essas patologias separadamente, as Terapias Cognitivo-Comportamentais (TCCs) e a sua utilização no tratamento destes distúrbios.

3 Anorexia Nervosa

3.1 Perspectiva Histórica

As referências à AN datam da época medieval, mais especificamente do século XI no qual há referência a um jovem príncipe árabe – Hamadham – que rigidamente se abstinha de comer qualquer tipo de alimento, o que chegava mesmo a impressionar a comunidade islâmica habituada a períodos de jejum que faziam parte dos hábitos religiosos (Inês, 2006).

Nos séculos XII-XVI prevalecia a anorexia de ordem mística/sagrada (anorexia *mirabilis*), uma vez que são numerosos os casos documentados de mulheres que se submetiam a uma restrição alimentar muito rígida enquadrada numa série de comportamentos de privação, e da qual muitas vezes resultava a morte, o que era fruto de sacrifícios religiosos, as chamadas “Santas Anoréxicas” (Bell, 1985). O jejum era e continua a ser actualmente a “prática mais elevada do místico, aquela que aproxima o comum dos mortais da divindade e, por isso da imortalidade” (Inês, 2006). Desta maneira muitas dessas mulheres chegaram mesmo a ser beatificadas, como é o caso paradigmático de Santa Catarina de Siena (1347-1380) que sucumbiu após anos de uma imposta renúncia à comida. Na altura Catarina já possuía alguma sintomatologia que hoje consideramos ser característica da AN como indução de vômito provocado pela estimulação da garganta com uma pena de pato, superprotecção de um dos progenitores e relações conflituosas entre os membros da família (Inês, 2006).

Também no século XVII Santa Verónica submetia-se ao jejum durante dias, intercalados pela ingestão de 5 caroços de laranja, às sextas-feiras, em memória das cinco chagas de Cristo (Sampaio *et al.*, 1999).

Nos séculos que se seguiram – XVI-XVIII – com o surgimento da Inquisição algumas destas mulheres foram consideradas “bruxas” pois viviam sem comer, o que era considerado obra do diabo (Sampaio *et al.*, 1999).

Durante séculos foram vários os nomes e descrições dadas à actual AN. No século XVII Simone Porta e Pedro Mexion definiram, pela primeira vez, a AN como uma doença mental. Em 1690 o médico Richard Morton descreveu um quadro clínico caracterizado por uma acentuada perda de apetite, que progressivamente evoluía para horror à comida, diminuição do peso, amenorreia e prática de exercício físico exagerado designando esta entidade como “Tísica Nervosa” (Inês, 2006). Em 1873 Charles Laségue descreveu a AN como uma entidade autónoma à qual chamou de Anorexia Histórica, postulando a natureza psicológica desta doença. William Gull descreveu em 1874 três casos de pacientes com restrição alimentar acompanhada de emagrecimento, amenorreia, bradicardia, temperatura corporal baixa, edema dos membros inferiores, cianose periférica e obstipação, utilizando o nome de Apepsia Histórica para essa entidade. Também houve a designação de Compunção Nervosa e em 1885 Charcot definiu a AN como Anorexia Mental.

Mas foi no século XX que finalmente se chegou ao termo actualmente usado, sem antes pôr de parte a explicação dada por Simmonds em 1914 que descrevia este transtorno como sendo resultante de uma doença comprovadamente orgânica que acometia a hipófise e fazia as mulheres perderem peso até que acabavam por morrer, situação à qual designou de Caquexia hipofisária. No ano de 1947 surgiu o livro “Anorexia Mental” escrito pelo português Elysio de Moura, no qual apresentou a sua experiência relativamente aos DCA e demonstrou a diferença significativa entre anorexia propriamente dita associada à perda de apetite e a “anorexia mental” na qual não existia uma perda de apetite, mas uma vontade de não comer. Para os seus estudos contribuiu o caso de Alexandrina Costa de Baltazar nascida em 1904 e que após vários anos de abstinência acabou por morrer em 1955 cujo comportamento na época foi considerado idêntico aos praticados pelas “Servas de Deus” na Inglaterra e América, durante o século XVIII (Cullberg & Engstrom-Lindberg, 1988). Nos anos 60 Brunch mencionou, pela primeira vez a distorção corporal como um distúrbio

presente numa doente com AN. Em 1970 Russell já incluiu nessa designação o medo mórbido de engordar, o emagrecimento, a distorção da imagem corporal e a amenorreia.

Pensa-se que o crescente número de casos destes transtornos tem vindo progressivamente a aumentar dado que a partir dos anos 20 do século passado os padrões de beleza sofreram uma modificação abrupta muito em parte devido ao abandono dos espartilhos no vestuário feminino, à criação de roupas mais estilizadas tendo a moda uma importância crescente, ao envolvimento da mulher na prática de desportos e na mudança de papéis que “introduziram” a mulher no mercado de trabalho começando estas a preocuparem-se mais com aspectos ligados ao aspecto físico que passou a ser alvo de observação e crítica sociais.

A enorme multiplicidade de teorias em relação às possíveis causas demonstra bem por um lado, a confusão inerente à compreensão da doença e por outro a grande complexidade da AN.

3.2 Conceito

O diagnóstico e conceito AN têm sido motivo de controvérsia desde as suas origens. Segundo vários autores o termo anorexia é paradoxal, já que anorexia significa perda de apetite, e no caso da AN não há uma verdadeira perda de apetite mas sim um desejo deliberado para não comer (Moura, 1946).

Trata-se de uma condição mais frequentemente observada em jovens mulheres que é marcada pela distorção da imagem corporal, desejo patológico de emagrecer e emagrecimento auto-induzido por uma variedade de métodos que inclui dietas restritivas, jejum, prática exagerada de exercício físico, uso de laxantes e substâncias para emagrecer, entre outros (Semple & Smyth, 2009).

Normalmente o início do quadro clínico ocorre após elaboração de uma dieta, que inicialmente apenas conta com a restrição de alguns grupos alimentares que o paciente

considera mais calóricos, no entanto essa restrição rapidamente evolui no sentido da diminuição do número de refeições, até culminar no jejum (Borges *et al.*, 2006).

Crisp (1997) sugere que os sintomas de restrição alimentar podem estar relacionados com tentativas primitivas de lidar com os conflitos da adolescência, através da regressão a um período de desenvolvimento precoce.

Podem-se considerar factores de predisposição – sexo feminino, baixa auto-estima, história familiar de distúrbio alimentar, perfeccionismo e dificuldade em expressar emoções (Borges *et al.*, 2006).

No que respeita a factores precipitantes pode-se considerar a separação ou perda de entes queridos, alterações da dinâmica familiar, expectativas irreais e proximidade da menarca (Borges *et al.*, 2006).

Existem também factores que contribuem para a manutenção como alterações endócrinas, práticas purgativas, distorção da imagem corporal e distorções cognitivas (Borges *et al.*, 2006).

3.3 Epidemiologia

- * Proporção mulher:homem = 10:1.
- * Idade média de aparecimento: nas mulheres ocorre por volta dos 14 – 18 anos (raramente acometendo mulheres com mais de 40 anos); nos homens aproximadamente aos 12 anos, sendo que aqueles que iniciam o distúrbio antes da puberdade têm maior tendência a apresentar perturbações mentais associadas mais graves (DSM-IV-TR, 2002).
- * Tem uma incidência de cerca de 0,5% - 1% nas adolescentes e mulheres jovens (Wilson & Pike, 2001).

- * Algumas amostras sugerem uma distribuição equitativa nas variadas classes sociais, embora haja estudos que comprovem um predomínio nas classes média/alta (Semple & Smyth, 2009).
- * Aparecimento mais comum nos países industrializados, como Estados Unidos da América, Canadá, Austrália, Nova Zelândia, Europa, Japão e África do Sul, havendo pouco estudos relativos à sua prevalência noutras culturas (Matos, 1991; DSM-IV-TR, 2002).
- * Relação com maior incidência de depressão e distúrbios alimentares nas famílias das anorécticas (Matos, 1991).
- * Habitualmente acomete pessoas com bom aproveitamento escolar (Matos, 1991).
- * Associada a uma maior incidência em terminadas profissões como bailarinos, modelos e ginastas (Matos, 1991).
- * Maior incidência no decorrer de situações indutoras de stress, tanto a nível familiar, escolar, social ou profissional consoante o caso (Matos, 1991).

3.4 Etiologia

São vários os factores enumerados como possíveis desencadeadores e promotores da AN, entretanto sabe-se que nenhum actua em separado na génese da doença. Como já referido a AN é considerada uma patologia complexa e multifactorial sendo o resultado de vários factores, dos quais a presença e gravidade são directamente proporcionais à probabilidade de desenvolvimento da doença (Matos, 1991).

É importante também ter em conta que a importância e influência dos diferentes factores etiológicos dependem do período de desenvolvimento em que o indivíduo se encontra, dado que as preocupações estão sempre em constante mutação de acordo com o

ciclo de vida de cada pessoa, podendo ocorrer episódios ao longo do seu desenvolvimento que as tornem mais vulneráveis à ocorrência de um DCA (Gouveia, 2000; Coelho *et al.*, 2006).

➤ **Factores Familiares:**

São várias as evidências que comprovam o papel da família e os diferentes tipos patologia nela existentes na génese da AN.

Esses factores podem estar relacionados com a existência de problemas do foro psiquiátrico nos pais, com a própria estrutura da família e da existência atitudes dos familiares próximos relativas ao peso e alimentação (Gouveia, 2000).

Já Gull (1873) e Laségne (1874) o sugeriram nas suas primeiras publicações e Charcot chegou mesmo a sugerir o afastamento familiar como medida terapêutica.

Há vários estudos que referem uma prevalência aumentada de distúrbios afectivos nos pais dos pacientes com AN, mas esse risco é mais considerado um risco geral para perturbações psiquiátricas e não exclusivo à patologia alimentar (Gouveia, 2000).

As famílias de pacientes com AN partilham alguns padrões de interacção familiar semelhantes, como demonstraram Minuchin *et al.* (1975) num estudo efectuado em cerca de 60 famílias de anorécticas. Nesse estudo verificou-se comportamentos de aglutinação (envolvimento excessivo dos membros da família entre si), de superprotecção (dos pais em relação aos filhos e vice-versa), de rigidez, de evitamento de conflitos e poucas aptidões para resolução dos problemas funcionando o doente muitas vezes como agente que dissolve os conflitos conjugais e gera o equilíbrio. Há uma aparência de “família feliz” e os problemas existentes são frequentemente ocultados (Bruch, 1973).

Segundo Strober e Humphrey (1987) as mães dos anorécticos são habitualmente descritas como intrusivas, super protectoras, ansiosas, perfeccionistas e bastante preocupadas

com o êxito e aparência externa e exibem dificuldades em se separar dos filhos; já os pais, segundo os mesmos autores, podem ser obsessivos, passivos e ineficazes.

Os estudos efectuados em gémeos não são suficientemente conclusivos no que refere a uma transmissão hereditária da patologia, contudo verificou-se que a “AN é mais frequente nos gémeos monozigóticos do que nos heterozigóticos e na população em geral e que os familiares de doentes com AN têm maior risco de vir a desenvolver a doença (Coelho *et al.*, 2006).

➤ **Factores individuais:**

* Aspectos psicológicos

Os tipos de personalidades observados nestes doentes são muito variáveis e também de difícil caracterização quanto ao seu aparecimento, isto é, se já estavam presentes antes do desenvolvimento da doença e funcionam como factor predisponente ou se acompanham o seu desenvolvimento. Há referência que a restrição alimentar possa conduzir a uma “intensificação dos traços pré existentes” e que desta forma possa contribuir para o desenvolvimento de estados depressivos, de ansiedade, de obsessão, entre outros (Gouveia, 2000).

No entanto estes doentes partilham algumas características em comum como elevados níveis de perfeccionismo, elevada necessidade de aprovação externa, tendência ao conformismo, ineficácia nas respostas às necessidades internas e escrupulosidade (Herscovici & Bay, 1997).

Segundo Coelho *et al.* (2006) são portanto “doentes com expectativas pessoais muito elevadas e grande necessidade de agradar e se acomodar aos desejos dos outros como forma de valorizar a sua auto-estima”. Por conseguinte não é de estranhar que as anorécticas sejam descritas pelos familiares próximos como meninas muito responsáveis, estudiosas, com desejo

exagerado em desempenhar um bom papel social e muitas vezes com um perfeccionismo levado ao extremo.

Estes doentes apresentam frequentemente uma dificuldade em termos de autonomia o que Brunch atribuiu ser devido ao Eu e ao seu défice no domínio do próprio corpo, o que pode conduzir a sentimentos de ineficácia pessoal (Coelho *et al.*, 2006).

Como referido ao longo da descrição dos factores etiológicos familiares as mães dos pacientes anorécticos tendem a ser super-protectores o que pode dar origem a vinculações inseguras, e daí podem advir pouca satisfação nas relações íntimas (Evans & Wertheim, 1998).

Sampaio *et al.* (1999) consideram como possíveis factores desencadeantes de AN alguns acontecimentos de vida que podem estar relacionados apenas com o próprio indivíduo (vulnerabilidade individual) ou envolver familiares como: relação disfuncional precoce com a figura materna, mudanças de escola ou a nível familiar, história de abuso sexual (estima-se que esta situação tenha ocorrido em 30% dos doentes com DCA, mas os estudos não são consensuais quanto à influência deste episódio na génese da doença), existência de dificuldades durante a adolescência como problemas de integração grupal, roturas afectivas, doenças a nível físico, pessoal e/ou familiar.

* Aspectos biológicos

Relacionam-se com um estado prévio de obesidade pré-mórbida que pode acometer o próprio doente ou um familiar próximo. Também a menarca precoce é considerado um factor de risco para o desenvolvimento de DCA.

➤ **Factores Sócio-Culturais:**

No contexto sócio-cultural de hoje as mensagens de promoção de um ideal de corpo magro criam e reforçam o mito de que qualquer um pode e até todos devem alcançar este ideal através de dieta e exercício. A crença neste mito pode ser o “gatilho” para o desenvolvimento de uma PCA naqueles que são vulneráveis, e pode ser o “catalisador” da insatisfação corporal generalizada observada no resto da população.

Principalmente o modelo de beleza feminina alterou-se muito no século XX, e o famoso ditado “gordura é formosura” passou de moda. Isto deve-se em parte à introdução da mulher no mercado de trabalho, abandonando esta o seu papel tradicional de mãe e esposa. Ora, face a esta “competição” com o homem a nível laboral o que se assistiu foi a uma mudança física na mulher para uma forma mais masculinizada.

Aquando da segunda guerra mundial as preocupações médicas relativas à obesidade foram amplamente divulgadas e conduziram a uma estigmatização negativa do obeso passando a idealizar-se um corpo magro como sinónimo de saúde pondo de parte os aspectos negativos associados às dietas (Gouveia, 2000). A pessoa gorda passou portanto a ser alvo de preconceito, o que se mantém até data.

Na sociedade ocidental, e mais recentemente em outras populações tem-se assistido a uma glamorização da moda, apoiada pelos meios de comunicação social, traduzindo-se isto na divulgação de modelos, cada vez mais magros, mas aparentemente com a magreza como um sinal de auto-controlo e sucesso.

As mensagens educativas transmitidas às jovens sobrevalorizam a sua responsabilidade em termos de atingir o êxito nas várias vertentes social, profissional e familiar dependendo esse êxito e aceitação social de uma aparência física culturalmente apropriada – magra. E para as pessoas no geral há uma associação entre o corpo “perfeito” e

outros factores individuais como a coexistência de um conjunto de características de personalidade desejáveis representando isto tudo um sinal de felicidade.

Existe também pela parte dos outros uma atenção e valorização excessivas da aparência física.

3.5 Critérios de diagnóstico

Embora hoje em dia sejam vários os estudos feitos na área dos distúrbios alimentares ainda existe uma variedade de critérios de diagnósticos associados à AN.

De acordo com o DSM-IV-TR (2002) e como ilustrado na **Tabela 1** quatro critérios principais definem a AN:

Tabela 1- Critérios de diagnóstico da AN.

1- Recusa em manter o peso corporal igual ou acima do peso normal para a idade e altura, levando essa perda de peso a um peso corporal menor que 85% do esperado ou a uma falha em aumentar de peso durante o período de crescimento o que conduz a um peso menor que 85% do esperado.
2- Medo intenso de aumentar de peso ou de engordar apesar de estar muito emagrecido.
3- Perturbação na forma como o peso corporal ou a imagem corporal são vivenciados existindo uma influência indevida do peso ou da forma corporal na auto-avaliação ou negação da gravidade do baixo peso actual.
4- Em mulheres a presença de amenorreia, ou seja, a ausência de, pelo menos, três ciclos menstruais consecutivos.

*Adaptado de DSM-IV-TR (2002)

A Classificação Internacional de Doenças (CDI-10) ainda considera como critérios de diagnóstico para a AN que a perda de peso é auto-imposta evitando o consumo de alimentos considerados ricos em gordura e que no sexo masculino a perturbação endócrina evidenciada no eixo hipotálamo-hipófise-gónadas se evidencia pela perda de interesse e da potência sexuais.

3.6 Diferentes Subtipos

Segundo o DSM-IV-TR (2002) a AN ainda pode ser dividida em dois subtipos marcados pela diferença evidente nos comportamentos das doentes – o tipo restritivo e o tipo purgativo.

No subtipo restritivo a perda de peso é conseguida através de uma dieta rígida, jejum ou exercício físico, tendo os doentes maior tendência para traços obsessivos e o perfeccionismo, sendo pessoas muito organizadas, confiáveis, trabalhadoras, pontuais, escrupulosas, ambiciosas, calmas, bondosas e altruístas (Oliveira & Santos, 2006; Bollen & Wojciechowski, 2004).

No subtipo purgativo pode existir uma ingestão compulsiva ou até uma ingestão de uma pequena quantidade de comida, às quais se seguem uma série de comportamentos purgativos como indução do vômito, uso e abuso de laxantes, diuréticos, enemas, que constituem evidentes sinais de gravidade. A frequência com que os episódios purgativos ocorrem ainda não foi totalmente esclarecida ou definida, mas segundo DSM-IV-TR (2002) verificam-se estes comportamentos pelo menos semanalmente. Este subtipo é mais frequente após a adolescência ou até na evolução crónica da AN, havendo também uma maior probabilidade de existirem outros problemas associados ao controlo de impulsos, como abuso de álcool ou outras substâncias uma maior instabilidade emocional, bem como maior frequência de tentativas suicidas e perturbações da personalidade que preenchem critérios de Perturbação Estado-Limite da Personalidade (Oliveira & Santos, 2006; DSM-IV-TR, 2002).

De salientar que durante a evolução da doença pode haver períodos de restrição e noutras alturas períodos purgativos, sendo este último mais frequente após a adolescência ou na evolução crónica da AN.

No tipo purgativo verifica-se uma maior probabilidade de existirem outros problemas de controlo de impulsos como, por exemplo, abuso de álcool ou drogas e maior instabilidade emocional.

3.7 Características Psicopatológicas/ Comorbilidades

O medo mórbido de engordar constitui uma das principais características da AN. Existe também o receio de não conseguir controlar a alimentação e desta forma de tornar-se obeso, apesar do peso corporal poder estar abaixo do esperado para a altura. Desta forma, muitos doentes recorrem à hiperactividade com prática de exercício físico de forma compulsiva, tentando atenuar um possível aumento de peso.

Os doentes com AN normalmente apresentam comportamentos bizarros em relação à alimentação que vão desde o pensamento de que não precisam de comer, o que conduz a uma restrição alimentar, mas também, em muitos casos, incapacidade de comer em frente a outras pessoas, podendo esconder a comida.

Estes comportamentos podem constituir sintomas característicos de obsessão-compulsão que podem estar ou não relacionados com a comida e de certa forma podem ser acentuados pelo estado de subnutrição.

Normalmente nestes doentes um baixo peso é visto com um grande feito e não como um problema (Harrison *et al.*, 2006).

A distorção da imagem corporal está também associada e comporta-se sob a forma de uma percepção distorcida da doente acerca da forma e tamanho do seu corpo.

Sintomas depressivos como humor depressivo, irritabilidade, isolamento social, insónia e diminuição do interesse sexual podem advir não só da patologia alimentar em si, mas muitas vezes secundariamente às sequelas fisiológicas que esta provoca (DSM-IV-TR, 2002).

Em relação ao comportamento social, há evidência de alguma dificuldade face aos relacionamentos inter-pessoais, que se manifesta muitas vezes pela ausência de amigos, havendo um elevado grau de dependência face aos pais.

Segundo Fairburn (1997) o perfeccionismo e o pensamento dicotómico (características cognitivas) medeiam a relação entre as preocupações excessivas acerca da forma/peso corporais e o intenso e rígido comportamento de dieta.

Como características psicológicas mais salientes nestes doentes encontram-se a baixa auto-estima, sentimentos de desesperança, desenvolvimento insatisfatório da identidade, tendência a procurar constantemente aprovação externa, grande sensibilidade à crítica e conflitos referentes às questões de autonomia *versus* independência (Oliveira & Santos, 2006). Também é comum existir altos níveis de ansiedade, incapacidade de encontrar formas de satisfação, pensamentos do tipo “tudo ou nada” e incapacidade de ser feliz (Oliveira & Santos, 2006).

Segundo a proposta psicodinâmica, sobre a AN, formulada por Brunch (1973) e desenvolvida por Guidano e Liotti (1983) as doentes anorécticas manifestam um preocupação exagerada sobre a alimentação o que as faz ter a ilusão de controlo e competência, protegendo-as, deste modo, dos sentimentos de ineficácia, ansiedade e medos, que não podem verdadeiramente controlar.

3.8 Consequências Físicas

É bastante evidente que a privação alimentar característica dos pacientes com AN origina uma série de complicações sistémicas evidenciadas na **Tabela 2**, que em alguns dos casos, pode mesmo resultar em morte (Matos 1991).

Tabela 2 - Sinais e Sintomas da AN

Pele e anexos	<ul style="list-style-type: none"> • Pele com aspecto amarelado devido a hiper胡萝卜素emia • Pele seca • Lanugo • Perda de cabelo e cabelos finos • Unhas quebradiças
Sistema gastrointestinal	<ul style="list-style-type: none"> • Retardamento do esvaziamento gástrico/ sensação de enfiamento • Obstipação • Pancreatite • Diminuição do peristaltismo intestinal com distensão abdominal
Sistema cardiovascular e respiratório	<ul style="list-style-type: none"> • Bradicardia • Hipotensão • Arritmias • Insuficiência cardíaca • Miocardiopatia • Alterações no ECG • Paragem cardíaca • Bradipneia
Sistema Renal	<ul style="list-style-type: none"> • Edemas periféricos • Cálculo renal • Elevação da ureia secundária à desidratação/catabolismo proteico
Sistema hematológico	<ul style="list-style-type: none"> • Anemia ligeira • Leucopenia com linfocitose relativa (hipoplasia medular) ou linfopenia absoluta • Trombocitopenia (rara)
Sistema reprodutivo	<ul style="list-style-type: none"> • Infertilidade • Amenorreia • Recém-nascido com baixo peso
Sistema metabólico	<ul style="list-style-type: none"> • Alcalose metabólica, Hipocaliemia e Hipocloridreia consequência dos vômitos • Hipernatremia • Glicose em jejum normal/baixa • Desidratação • Défice de vitaminas, da transferrina, complemento, fibrinogénio, e pré-albumina • Aumento da TGO, TGP, DHL e fosfatase alcalina • Diminuição dos níveis séricos de magnésio, zinco e fósforo • Hipo e hipercalemia
Sistema endócrino	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuição de gonadotrofina • Diminuição das hormonas sexuais (hormona luteínica e foliculo estimulante, estrogénios nas raparigas e androgénios nos rapazes) • Hiper cortisolismo e aumento da hormona do crescimento • Aumento da hormona paratiroideia (PTH) secundária à hipomagnesémia com consequente hipercalemia • Aumento da hormona de crescimento basal, baixa da somatomedina C
Outras alterações	<ul style="list-style-type: none"> • Perda de peso que pode levar à inanição • Cefaleias e tonturas • Astenia • Apatia e hiperactividade • Dificuldade de concentração • Hipotermia • Intolerância ao frio

	<ul style="list-style-type: none"> • Convulsões • Osteopenia • Alterações inespecíficas no electroencefalograma • Hipertrofia das parótidas, erosão do esmalte dos dentes, calosidades no dorso das mãos nos doentes que induzem o vômito • Velocidade de sedimentação baixa
--	---

*Adaptado de Coelho *et al.* (2006) & Philippi ST *et al.*, (2004)

3.9 Prognóstico

São muitos os factores que podem contribuir para o insucesso terapêutico e desta forma indicar a gravidade da situação. Logo nas primeiras consultas são considerados critérios de gravidade/mau prognóstico a recusa de uma recuperação ponderal, mesmo que lenta; peso muito baixo no início do tratamento; uma atitude passiva marcada pela dependência face ao processo de tratamento; existência de comorbilidades psiquiátricas; tendência para a responsabilização externa e também uma recusa por parte da família em apoiar a mudança (Borges *et al.*, 2006).

Verifica-se uma grande flutuação nas taxas de recuperação da AN, mas estima-se que cerca de 30 a 40 % dos doentes apresentem remissão completa da doença. No entanto, cerca de 30 a 40 % oscilam entre períodos de melhoria e períodos de recidiva, e podem evoluir para BN (Herzog *et al.*, 1996).

O índice de mortalidade pode-se aproximar dos 20% muito em parte devido às complicações da própria doença (inanição e desequilíbrio hidroelectrolítico) mas também ao suicídio.

4 Bulimia Nervosa

4.1 Perspectiva histórica

A história da BN remonta a tempos mais actuais e só recentemente é que começou a ser mais referenciada na comunidade científica. Etimologicamente o termo bulimia significa “fome de boi” (bous – boi e limos – fome) termo já usado séculos antes de Cristo, sendo utilizado por Hipócrates para designar uma fome doentia, diferente da fome biológica e por Aristófanes que o usava como sinónimo de fome voraz (Sampaio *et al.*, 1999; Coelho *et al.*, 2006).

Segundo Sampaio *et al.* (1999), o Dictionnaire de Medicine, de Chirurgie, de Pharmacie et des Sciences (1855) define a boulimie como uma “anomalia da digestão que consiste numa fome excessiva, uma necessidade de comer uma quantidade de alimentos muito maior que o habitual”. A essa fome também era dada a denominação de “fome de cão”.

Foram várias as denominações atribuídas a esta entidade ao longo do século XX, até ao termo actual. Em 1963 Abély, Rondepierre e Gellman descreveram esta entidade com o nome de hiperorexia. No ano de 1978 classificou-se a bulimia em três subtipos: a Bulimia Beluonum relacionada com “gulodice”; a Bulimia Syncopalia definida por uma vontade de comer de forma a evitar um desmaio, possivelmente relacionado com uma situação de hipoglicemia; e a Bulimia emética caracterizada por ingestão compulsiva seguida de vômito. Em 1976 Boskund-Lodahl usou o termo bulimarexia até que em 1979 surge finalmente, por Russell, a denominação actual de BN (Sampaio *et al.*, 1999).

4.2 Conceito

A BN é uma doença caracterizada pela ocorrência de episódios de compulsão alimentar, nos quais o indivíduo ingere uma quantidade de comida exagerada num curto

espaço de tempo, o que a maioria das pessoas em situação normal não consegue fazer. Associados a estes episódios de verificam-se comportamentos compensatórios e pensamentos obsessivos sobre uma forma física e peso perfeitos.

4.3 Epidemiologia

Como se verifica na AN, o estudo da prevalência da Bulimia sofre variações de acordo com a população estudada e critérios de diagnóstico utilizados.

Estima-se que a BN seja mais prevalente que a AN, no entanto existem evidências semelhantes no que respeita ao sexo, com uma maior frequência, portanto, no sexo feminino.

Segundo o DSM-IV-TR a prevalência da BN situa-se entre os 1,1-4,2%, sendo a idade média de aparecimento entre os 17 – 25 anos.

4.4 Etiologia

A etiologia da BN é similar à da AN, contudo há também a evidência relativa à existência de história pessoal ou familiar de obesidade, de distúrbios afectivos e abuso de drogas ou álcool.

Quanto à existência de pais obesos o que se pôde constatar é que estes acabam por transmitir aos filhos as suas preocupações relacionadas com o peso e tipo de alimentação devido à pressão sócio-cultural no sentido da magreza.

Também, como já descrito para a AN, os pais dos doentes bulímicos têm uma prevalência aumentada de distúrbios afectivos, de depressão, abuso de drogas no entanto esta evidência è mais forte quando se considera a existência de alcoolismo, que se revelou um factor de risco mais específico para o desenvolvimento de BN (Gouveia, 2000).

As famílias dos pacientes bulímicos são normalmente caracterizadas por elevada hostilidade e conflitos nas relações inter-pessoais, desorganizadas com dificuldades na transmissão de afectos positivos e de suporte familiar.

4.5 Critérios de Diagnóstico

Segundo o DSM-IV-TR (2002) o diagnóstico assenta sobre 5 critérios específicos, evidenciados na **Tabela 3**.

Tabela 3 - Critérios de diagnóstico da BN.

<p>A- Episódios recorrentes de ingestão alimentar compulsiva. Um episódio é caracterizado pelos dois critérios seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comer, num curto espaço de tempo (por exemplo num período até duas horas), uma quantidade de alimentos que é definitivamente superior à que maioria das pessoas comeria num período de tempo semelhante e nas mesmas circunstâncias; 2. Sensação de perda de controlo sobre o acto de comer durante o episódio bulímico (por exemplo, um sentimento de incapacidade para parar de comer ou controlar a quantidade e qualidade dos alimentos).
<p>B- Comportamento compensatório inapropriado recorrente para impedir o ganho ponderal, tal como vomitar, uso de laxantes, diuréticos, enemas ou outros medicamentos; jejum; ou exercício físico excessivo.</p>
<p>C- A ingestão compulsiva de alimentos e os comportamentos compensatórios inapropriados ocorrem ambos, em média, pelo menos duas vezes por semana em três meses consecutivos.</p>
<p>D- A auto-avaliação é indevidamente influenciada pelo peso e forma corporais.</p>
<p>E- A perturbação não ocorre exclusivamente durante os episódios de AN.</p>

*Adaptado de DSM-IV-TR (2002)

O diagnóstico de BN exclui doentes nos quais nesse momento se verificam critérios de diagnóstico de AN sendo que a maioria dos pacientes com BN apresenta um peso dentro do intervalo normal (Wilson & Pike, 2001).

A BN geralmente instala-se após o início de uma dieta e pode persistir vários anos até que o doente procure tratamento, este pode inclusive não o procurar.

4.6 Subtipos

O Subtipo Purgativo caracteriza-se pela existência de vômitos, abuso de laxantes, diuréticos e outras substâncias que acompanham o episódio actual (DSM-IV-TR, 2002).

Já no tipo não purgativo a pessoa usa outro tipo de comportamentos compensatórios desadequados como a prática de exercício físico exagerada e jejum sem recorrer aos típicos comportamentos observados no subtipo purgativo (DSM-IV-TR, 2002).

4.7 Características psicopatológicas /Comorbilidades

Os episódios de ingestão compulsiva podem ser precipitados por determinados factores como, por exemplo, pela exposição a situações desencadeadoras de stress/ansiedade, estados de humor disfórico, fome intensa após restrição alimentar, sentimentos associados ao peso, corpo e comida, pela ingestão de álcool ou pela confrontação com alimentos tidos como proibidos (Gouveia, 2000).

Durante a ingestão compulsiva o paciente ingere uma quantidade variável de Kcal que pode variar aproximadamente entre as 1500 até às 26,000 já documentadas segundo Borges *et al.* (2006).

Os alimentos escolhidos pertencem frequentemente a um grupo que engloba pães, bolos, massas, sanduíches, chocolates, pizzas e doces e a sua escolha depende de alguns factores como o tipo de alimentos disponíveis e o humor (Wallin *et al.*, 1994; Hetherington & Rolls, 1991). De salientar que o desejo específico por um grupo alimentar como os hidratos de carbono não é o que caracteriza melhor a ingestão compulsiva, mas sim a anormalidade da quantidade de comida consumida (DSM-IV-TR, 2002).

A frequência com que estes episódios ocorrem é variável e pode acontecer várias vezes num único dia ou numa semana (Borges *et al.*, 2006).

Associado à ingestão compulsiva de grandes quantidades de alimentos, que pode ou não ser planeado, vem a sensação de perda de controlo sobre o acto de comer (Machado *et al.*, 2001; DSM-IV-TR, 2002). Durante o episódio de ingestão compulsiva a maioria das doentes come escondido não dando atenção ao sabor ou textura, nem chegando a sentir prazer. Então o paciente acaba por se sentir culpado e com mau-estar físico devido à ingestão exagerada e recorre ao vómito no sentido de não engordar, ou porque lhe provoca alívio momentâneo do desconforto físico (DSM-IV-TR, 2002). No entanto, após o vómito o doente é invadido por sentimentos de culpa e ansiedade pela prática de um comportamento que considera anormal, o que reforça positivamente a sua baixa auto-estima, levando-o a retomar a uma dieta mais restrita, até que novamente perde o controlo, tornando-se este um processo vicioso (Fairburn & Cooper, 1989). Este ciclo de restrição alimentar *versus* ingestão alimentar compulsiva *versus* comportamento purgativo acaba por dar origem a um conjunto de acções contra-regulatórias de natureza biológica, que influenciam estados mentais e a regulação do apetite, conduzindo com frequência a uma intensificação do medo de ganhar peso, da distorção da imagem corporal, e a uma regulação deficiente da saciedade, tornando-se uma fonte adicional de desvalorização pessoal (Ficher & Quadflieg, 1995).

Além do vómito auto-induzido, que ocorre em 80-90% dos casos (DSM-IV-TR, 2002), também é frequente a prática intensa de exercício físico (considerado como excessivo se interferir com as actividades de vida diária, se for praticado numa altura inadequada ou na presença de uma doença), uso de laxantes, diuréticos, inibidores de apetite como fármacos utilizados no tratamento da obesidade – Orlistat, Sibutramina e Topiramato, hormonas tiroideias, abuso de cafeína ou uso de cocaína (Fairburn & Cooper, 1989; Fairburn, 1995; Cochrane *et al.*, 1999).

As práticas utilizadas para desencadear o vômito podem passar pela introdução de dedos ou mesmo outros instrumentos como a escova dos dentes, e a certa altura chegam mesmo a consegui fazê-lo sem esforço e sempre que querem (DSM-IV-TR, 2002).

Na BN a vergonha é um sentimento constante. Os doentes sentem vergonha de si próprios e dos seus problemas alimentares, o que os leva muitas vezes a esconder determinados comportamentos como os episódios de ingestão compulsiva. Além disso são doentes que muitas vezes apresentam pensamentos e emoções desadaptativas, auto-estima flutuante, sendo comum apresentarem atitudes “caóticas” no que diz respeito aos hábitos alimentares mas também em outros domínios como, por exemplo, no que concerne aos estudos, vida profissional e relações amorosas.

É comum a existência de perturbações do humor nos pacientes com BN marcadas, por exemplo, por sintomas depressivos que habitualmente podem acompanhar o início da sintomatologia bulímica ou surgir após o seu desenvolvimento.

Os doentes também apresentam mais frequentemente perturbações de personalidade como personalidade de tipo *borderline*, perturbações de ansiedade, incluindo fobia social e sintomatologia obsessivo-compulsiva que podem remitir após o tratamento da BN.

Cerca e 30% dos pacientes pode ter história de abuso ou dependência de substâncias como álcool e estimulantes, que normalmente começa numa tentativa de tentar controlar o peso e o apetite (DSM-IV-TR, 2002).

Há estudos que salientam haver um comprometimento da capacidade produtiva devido à interferência de factores indicativos de imaturidade emocional – “Parece que eu nunca mais vou conseguir fazer nada... E eu fico procurando a Ana que eu era. (19 anos, bulimia nervosa) (Oliveira & Santos, 2006).

Em relação ao relacionamento com as figuras parentais há uma ambivalência entre uma extrema dependência e o desejo de liberdade e autonomia o que demonstra uma

dificuldade no processo de individualização e separação psicológica dos pais. As trocas parentais são marcadas habitualmente marcadas por baixos níveis de cumplicidade e respeito interpessoal.

Os relacionamentos inter-pessoais são normalmente marcados pela insegurança sendo frequentes os sentimentos de desespero, solidão, incompreensão e desamparo – “ Eu me sinto muito sozinho no mundo... Às vezes acho que, se eu me matar, ninguém vai sentir a minha falta.” (sexo masculino, 17 anos, bulimia nervosa) (Oliveira & Santos, 2006).

Neste contexto podem também surgir perturbações de ansiedade.

4.8 Consequências

Os doentes que apresentam o subtipo purgativo, tanto pelos vômitos repetidos como pelo abuso de diuréticos estão sujeitos a alterações hidroelectrolíticas aumentando desta forma o risco de hipocaliemia, hiponatremia e hipocloremia, hipoglicemia, alcalose metabólica e desidratação (Harrison *et al.*, 2006; Philippi *et al.*, 2004).

A perda continuada de suco gástrico devido aos vômitos pode conduzir a alcalose metabólica ao contrário do abuso de laxantes que ao provocar diarreia profusa pode contribuir para o desenvolvimento de acidose metabólica. Por vezes pode co-existir um ligeira elevação da amilase sérica o que provavelmente está relacionada com o aumento da isoenzima salivar, podendo haver um engorgitamento das glândulas parótidas (DSM-IV-TR, 2002). A erosão do esmalte dentário é uma consequência dos vômitos, sobretudo ao nível das superfícies linguais dos dentes frontais; podem apresentar um aspecto sugestivo de terem sido “ruídos pela traça” apresentando-se lascados e irregulares com maior predisposição ao desenvolvimento de cáries. Por vezes, nas pessoas que induzem o vômito manualmente podem desenvolver-se calosidades ou escaras na superfície dorsal das mãos pelo trauma repetido dos dentes (Sinal de Russel) (Philippi *et al.*, 2004).

Pode haver também situações de alterações do ciclo menstrual caracterizadas por ciclos irregulares ou mesmo períodos de amenorreia que podem estar associadas tanto a deficiências nutritivas, oscilação no peso ou stress emocional.

Torna-se necessário examinar o sistema cardiovascular na tentativa de perceber se existem arritmias como consequência do défice de potássio, bradicardia, hipotensão, insuficiência cardíaca, alterações electrocardiográficas e nos pacientes que recorrem a xarope de ipecacuanha para indução do vômito é preciso estar atento a possíveis miopatias tanto a nível esquelético como a cardíaco potencialmente graves.

O uso continuado de laxantes pode reverter-se numa necessidade do seu uso para tornar a defecação possível, podendo existir também algum grau de prolapso rectal.

A nível gastro-intestinal pode ocorrer dor abdominal, gastrite, esofagite, erosões gastroesofágicas com sangramento.

Como complicações graves mas raras podem-se considerar a rotura esofágica e gástrica e arritmias cardíacas.

4.9 Prognóstico

Podem-se considerar à partida alguns critérios preditivos de mau prognóstico como: elevada frequência de vômitos, início tardio da doença e relações inter-pessoais conturbadas.

Há várias interpretações quanto à possível evolução da BN, mas segundo Herzog *et al.* (1996) 60% dos pacientes recuperam, 30% oscilam entre períodos de remissão e períodos de recaída e aproximadamente 10% têm mau prognóstico.

5 Internamento nos Distúrbios do Comportamento Alimentar

Com o evoluir do DCA podem surgir situações que requerem internamento. A **Tabela 4** lista alguns dos critérios para esse internamento.

Tabela 4 - Critérios de internamento dos DCA.

Perda de peso acentuada ou com muita rapidez, ou se o IMC se apresentar abaixo dos 13.
Existência de complicações médicas graves como desidratação, distúrbios hidro-electrolíticos (hipocaliémia, hipofosfatémia, hiponatrémia), arritmias cardíacas.
Instabilidade fisiológica: bradicardia (FC menor que 50 bpm durante o dia ou menor que 45 à noite), hipotensão (PA menor que 80/50 mmHg), hipotermia (menor que 35,5°C).
Crescimento e desenvolvimento interrompidos.
Falha no tratamento em ambulatório.
Recusa aguda de comida.
Existência de outra comorbilidade psiquiátrica subjacente como ideação suicida, psicose aguda, depressão major, distúrbio obsessivo-compulsivo.
Sempre que no seio familiar as relações se apresentem conflituosas e quando não há apoio familiar.

*Adaptado de Golden *et al.* 2003

6 Diagnóstico diferencial dos Distúrbios do Comportamento Alimentar

É essencial a distinção das PCA de outras doenças que podem cursar com perdas ponderais, uma vez que pode evitar o recurso a uma bateria de exames desnecessários, e mesmo a tratamentos que podem agravar e até atrasar tanto o diagnóstico como o tratamento destas perturbações.

Desta forma é necessário considerar como diagnóstico diferencial certos distúrbios mentais como depressão ou perturbação dismórfica corporal e outras doenças como infecções crónicas, neoplasias, doenças inflamatórias intestinais e síndrome de má absorção intestinal, doença crónica pulmonar, doença ulcerosa, síndrome da artéria mesentérica superior, Doença de Addison, Diabetes Mellitus tipo 1, Hipertiroidismo, Sida, entre outras (Coelho *et al.*, 2006; Harrison *et al.*, 2006; Sampaio *et al.*, 1999).

7 Perturbações do Comportamento Alimentar em Portugal

Em Portugal um estudo realizado por Machado *et al.* (2004) numa amostra representativa da população escolar portuguesa compreendido entre a faixa etária dos 13 aos 18 anos demonstrou que a prevalência da AN se encontra praticamente igual à observada nos restantes países ocidentais.

Da amostra de cerca de 170 participantes que apresentavam uma perturbação do comportamento alimentar constatou-se que 75 possuíam AN, dos quais 59 eram do subtipo restritivo e 16 do subtipo purgativo, 87 eram bulímicos e 8 apresentavam uma perturbação do comportamento alimentar não especificada.

É interessante verificar que 50% dos pacientes se apresentavam na faixa etária entre os 15 os 19 anos, havendo um pico de incidência para a anorexia aos 18 anos e para a bulimia aos 24 anos, o que sugere tratar-se do grupo mais jovem que recorre aos serviços de saúde mental.

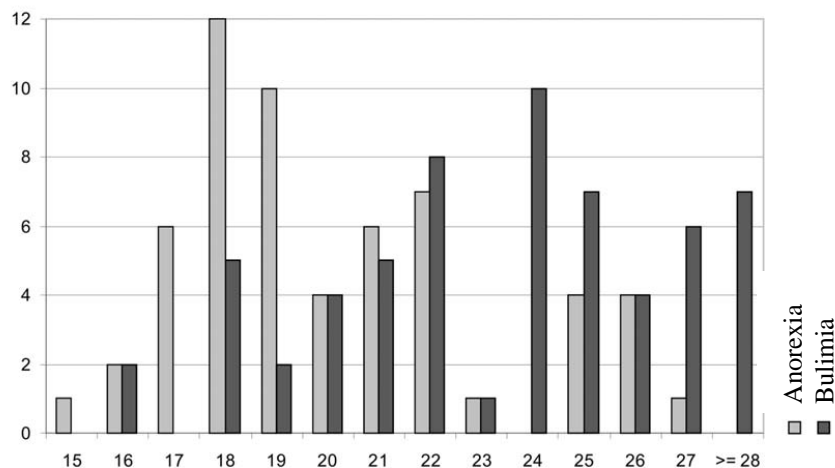


Figura 1 - Distribuição da idade dos sujeitos que recorreram a tratamento segundo categoria de diagnóstico.

Adaptado de Machado *et al.*, 2001

Neste mesmo estudo um dos instrumentos utilizados foi o Eating Disorders Inventory (EDI) que avalia, através de 64 itens, atitudes e comportamentos relacionados com a alimentação. Os resultados apresentados na **Tabela 1** obtidos no momento de admissão dos pacientes para tratamento, demonstram que os pacientes com perturbações do comportamento alimentar obtiveram resultados mais elevados quando comparados com a população não clínica em todas as subescalas, e que dentro dos pacientes são os que têm BN que apresentam resultados maiores nas subescalas de Impulso para a Magreza, Bulimia e Insatisfação corporal quando comparados com os pacientes anorécticos.

Tabela 1 - Resultados das sub-escalas e totais dos pacientes com AN e BN

Sub-escala EDI	Anorexia Nervosa M (SD)	Bulimia Nervosa M (SD)	Amostra feminina não clínica* M (SD)
Impulso para magreza	11,6 (7,9)	17,2 (6)	3,2 (4,7)
Bulimia	2,1 (3,8)	11,2 (6,2)	1,1 (2,2)
Insatisfação corporal	11,5 (6,8)	15,5 (8,1)	5,7 (6,3)
Ineficácia	8,5 (7)	11,5 (8,2)	1,6 (2,7)
Perfeccionismo	6,1 (3,8)	6,8 (4,2)	4,6 (3,6)
Desconfiança Interpessoal	6,4 (4,3)	5,5 (4,6)	2,9 (3,1)
Consciência Interoceptiva	9 (6,6)	10,6 (5,4)	3,1 (4,1)
Medo da maturidade	8,1 (5,1)	6 (4,9)	4,8 (3,7)
Total	63,2 (30,4)	84,4 (29,4)	26,9 (18,6)

Adaptado de Machado *et al.*, 2001

8 Distúrbios do Comportamento Alimentar no sexo Masculino

Os DCA afectam, como referido anteriormente, quase exclusivamente o sexo feminino fundamentalmente durante a transição infância-adolescência/adolescência-adulto-jovem, embora seja crescente o número de casos documentados em indivíduos do sexo masculino.

Apesar de não muito documentadas no sexo masculino os DCA já têm sido descritos ao longo do tempo (Silverman, 1990).

Pensa-se que a primeira referência de um caso de DCA no sexo masculino data de 1689 e foi efectuada por Richard Morton (Andersen, 1995; Carlat *et al.*, 1997; Hsu, 1990).

No século XIX desmistificou o aparecimento dos DCA apenas no sexo feminino, apresentando um caso de AN num rapaz (Melin & Araújo, 2002).

A prevalência exacta dos distúrbios do comportamento alimentar no sexo masculino ainda não foi exactamente esclarecida (Crisp & Burns, 1990; Bramon-Boch, 2000; Carlat & Carmago, 1991) pois pode haver um número considerável de casos que não chegam a ser diagnosticados (Pope *et al.*, 2000), o que pode acontecer por vários motivos como os expostos na **Tabela 6**.

Tabela 6 - Dificuldades de diagnóstico dos DCA no sexo masculino.

<ul style="list-style-type: none"> • Não existência de um critério diagnóstico equivalente à amenorreia
<ul style="list-style-type: none"> • O julgamento dos técnicos (ou mesmo pais e amigos) estar enviesado no sentido de obedecer ao estereótipo segundo o qual o tipo de pessoa que desenvolve um DCA é uma “jovem rapariga de raça branca e elevado estatuto social.
<ul style="list-style-type: none"> • Os rapazes tendem a usar diferentes expressões das adoptadas pelas raparigas para manifestarem as suas angústias e preocupações relativamente ao peso e forma corporal. (Não tanto ter “quilos que têm a mais” ou “querer vestir número de calças abaixo”, mas sim desejo de “perder a flacidez” ou de alcançar “um corpo definido” e “umas costas em V”).
<ul style="list-style-type: none"> • Os rapazes, normalmente, vestem roupas mais largas e menos reveladoras do corpo que as raparigas.
<ul style="list-style-type: none"> • Os rapazes tendem a apresentar razões para o facto de estarem a fazer dieta ou a praticar exercício excessivo mais plausíveis do ponto de vista médico (prevenção de doenças diagnosticadas nos pais, particularmente quando o diagnóstico se refere a doenças cardíacas, diabetes ou obesidade).

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• No caso particular da BN, o consumo de grandes quantidades de alimentos num curto período de tempo, chama menos a atenção das pessoas do que a ocorrência de uma situação semelhante no sexo feminino. |
| <ul style="list-style-type: none">• Os rapazes podem sentir-se estigmatizados e envergonhados em queixarem-se ou procurarem ajuda para “um problema de mulheres”. |

Adaptado de Pereira *et al.*, 2005

Mas considera-se estar na ordem dos 10 a 15 % (Crisp & Burns, 1990; Kinzler *et al.*, 1999), estando esta percentagem a aumentar (Braun *et al.*, 1999).

De facto, apesar de os homens se sentirem mais satisfeitos e confortáveis com o seu corpo, as pressões sócio-culturais têm vindo a aumentar.

Num estudo de Spitzer *et al.* (1999) analisou-se a evolução das medidas culturais dos concorrentes ao concurso “Miss América” e “Miss Playboy do Mês”, num período compreendido entre 1950 e 1990, e concluíram que essas medidas diminuíram progressiva e acentuadamente. Em relação à competição masculina – “Mister playgirl do Mês” – verificou-se que o tamanho corporal aumentou muito à custa do crescimento da massa muscular, tendo em média nos últimos 25 anos perdido cerca de 5 kg de massa gorda e aumentando a massa muscular em cerca de 11 kg. No mesmo sentido DiDomenico & Andersen (1989, cit in Pereira *et al.*, 2005) verificaram que as revistas dirigidas ao público feminino apresentavam dez vezes mais conteúdos relativos a dietas comparativamente às masculinas nas quais existem mais artigos relativos à forma corporal como de *fitness*, *bodybuilding* e tonificação muscular.

Vários estudos puderam comprovar que a sintomatologia dos DCA, os aspectos cognitivos, comportamentais e físicos, são semelhantes para ambos os sexos, o que sugere que a sua natureza seja idêntica apesar das maneiras para perder peso não serem iguais (Andersen, 1990, 1995; Bramon-Bosh *et al.*, 2000; Fichter & Krenn, 2003).

Tabela 7 - Estratégias para perder peso.

Estratégias	Masculino	Feminino
Prática de exercício físico em excesso	↑	↓
Consumo de tabaco	↑	↓
Medicação (diuréticos, laxantes e enemas)	↓	↑
Dieta altamente restritiva	↓	↑
Vômito auto-induzido	↓	↑

Adaptado de Pereira *et al.*, 2005

9 Terapêutica dos Distúrbios do Comportamento Alimentar

9.1 Introdução

A avaliação e cuidados de saúde nestes doentes é muitas vezes difícil e necessita, na grande maioria dos casos, da acção de uma equipa multidisciplinar que envolve um psiquiatra, um médico (endocrinologista), um psicólogo e um nutricionista, todos eles com experiência neste tipo de distúrbios e cada um com um papel muito particular no tratamento (Forman, 2010).

A primeira abordagem de um doente com um DCA deve ser no sentido de conseguir recolher uma história clínica exímia. O clínico deve tentar apurar a existência de tratamentos anteriores, de perturbações psiquiátricas concomitantes, de história de ideação suicida, entre outras comorbilidades psiquiátricas. Além disso um estudo detalhado sobre história de variações de peso, do controlo do peso, da existência de comportamentos purgativos e suas características e de possíveis consequências psicológicas da privação alimentar também é um elemento de excelência na avaliação destes casos.

Na grande maioria dos casos as pessoas com DCA apresentam-se bastante renitentes e defensivas em relação ao tratamento uma vez que tendem a dissimular e a minimizar o seu problema, e nessas circunstâncias por vezes também os pais não se apercebem que há algo de errado. São portanto doentes de difícil abordagem o que torna essencial o estabelecimento de uma relação forte entre o prestador de cuidados e o doente, como se dela resultasse uma espécie de contracto terapêutico entre o terapeuta, o paciente e a sua família (Harrison *et al.*, 2006).

O papel do médico consiste fundamentalmente em tentar controlar e tratar as comorbilidades associadas tanto à perda de peso, como à prática continuada do vómito e também as irregularidades menstruais e outro tipo de sequelas a longo prazo como perda da

densidade óssea e atrasos de crescimento, no caso de se tratar de um doente muito jovem (Forman, 2010). É importante ter em conta que os exames laboratoriais solicitados não são diagnósticos mas sim úteis no acompanhamento da doença (Borges *et al.*, 2006).

No que respeita aos cuidados relacionados com a saúde mental, estes podem ser prestados através de várias modalidades que vão desde medidas farmacológicas e diversas modalidades psicoterapêuticas como a Psicoterapia Individual, Familiar ou através da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), que são vulgarmente os mais utilizados. Segundo estudos empíricos realizados nas últimas décadas, as TCCs são as que fornecem um tratamento psicológico mais eficaz (Marques, 2010).

É importante ter em conta que o problema que realmente necessita de intervenção não é necessariamente a ingestão compulsiva ou a purgação, mas sim as atitudes e crenças “anormais” culturalmente impostas e o controlo obsessivo com o peso, forma corporal e alimentação (Wilson & Pike, 2001).

Desta forma, no tratamento deve-se determinar quais são os comportamentos-problema bem como os seus antecedentes e consequentes e perceber os factores que promovem e mantêm esses mesmos comportamentos (Matos 1991).

De seguida abordarei alguns pressupostos teóricos das TCCs e mais especificamente do *Mindfulness* e *ACT* no tratamento da AN e BN.

9.2 Terapias Cognitivo-Comportamentais

9.2.1 Evolução histórica e conceitos base

As actualmente designadas TCCs integram um conjunto de técnicas e conceitos que advêm de duas correntes psicoterapêuticas distintas – a Terapia Cognitiva e a Terapia Comportamental.

Para uma melhor compreensão torna-se necessário compreender os pressupostos teóricos de cada uma das vertentes.

A Terapia Comportamental, frequentemente vista como precursor primário das TCCs, tem as suas bases no início do século XX, com profissionais como Eysenck e Wolpe, altura na qual se desenvolveram algumas teorias relativas ao comportamento permitindo, desta forma, uma melhor compreensão dos comportamentos, tornando-os mais previsíveis. Baseou-se nos clássicos e operantes princípios de condicionamento do behaviorismo, e desenvolveu um conjunto de intervenções focadas na mudança de comportamento.

Esse foco no comportamento aumentou significativamente o potencial terapêutico em relação ao passado, mas não foi totalmente satisfatório para os terapeutas que reconheceram que os problemas ou componentes principais dos problemas não estavam a ser resolvidos/tratados.

Portanto o desenvolvimento da terapia cognitiva ligada às intervenções de tratamento comportamental ajudou a preencher uma lacuna no tratamento médico de algumas psicopatologias. O campo da psicologia também foi mudando e o cognitivismo, ou o que tem sido chamado de "revolução cognitiva", constituiu uma parte importante desse mudar.

Esta fusão comportamental *versus* cognitiva na sua essência constituiu um desafio pela necessidade dos modelos comportamentais redefinirem os seus limites de modo a incorporar fenómenos cognitivos em modelos de mecanismos comportamentais.

Como é verdadeiro para qualquer movimento social, um aspecto fundamental da formação inicial das TCCs foi o desenvolvimento e a identificação de alguns teóricos e terapeutas com esta nova abordagem. Algumas das pessoas que explicitamente começaram este processo foram Beck, Cautela, Ellis, Kendall e Hollon, Mahoney e Thoresen, e Meichenbaum (Dobson & Dozois, 2010).

A transição da década de 60 para a de 70 foi marcada então pela importância dada à cognição e na aplicação da terapia cognitiva com a finalidade de mudar o comportamento. Beck enfatiza o entendimento do elemento cognitivo de um problema, e salienta o importante papel do comportamento na manutenção e mudança da maneira que nós pensamos e sentimos.

O interesse pelo tema e a própria criação de um *journal* voltado especificamente para a área cognitivo-comportamental emergente suscitou curiosidade na comunidade científica. Assim, a criação em 1977 com Michael Mahoney como editor da “*Cognitive Therapy and Research*” proporcionou um fórum "para estimular e comunicar a pesquisa e a teoria sobre o papel dos processos cognitivos na adaptação humana e de ajustamento" (capa da revista) o que levou a publicações periódicas na área da teoria cognitivo-comportamental por parte de vários pesquisadores e terapeutas onde expunham as suas ideias inovadoras e resultados de pesquisas a um público amplo.

Na sua essência, as TCCs partilham de três proposições fundamentais (Dobson & Dozois, 2010):

1. A actividade cognitiva afecta o comportamento.
2. A actividade cognitiva pode ser monitorizada e alterada (é o pressuposto de que se pode ganhar acesso à actividade cognitiva, e que as cognições são cognoscíveis e avaliáveis).
3. A desejada mudança de comportamento pode ser efectuada através da mudança cognitiva.

O objectivo da TCC é primeiramente ajudar o paciente a identificar as cognições que sustentam os comportamentos problema e/ou estados emocionais e, em seguida, ajudar essa pessoa a reavaliar essas cognições.

Simplificando, se as nossas cognições ou interpretações são válidas, sentimos e reagimos adequadamente; se as nossas interpretações são distorcidas, nós sentimos e comportamo-nos de maneira a não reflectir a realidade e isto pode causar dificuldades.

O termo cognitivo-comportamental inclui tratamentos que tentam mudar comportamentos através da alteração de pensamentos, interpretações, pressupostos e estratégias de resposta, mas vai mais além, focando os efeitos do tratamento nas cognições e acreditando que as mudanças de comportamento ocorrerão de seguida.

Uma das tendências para o desenvolvimento das várias de abordagens terapêuticas cognitivo-comportamentais e manutenção do interesse nesta área relaciona-se com a publicação de estudos evidenciando resultados terapêuticos mais promissores quando utilizado o modelo cognitivo-comportamental em detrimento da abordagem estritamente comportamental.

A abordagem cognitivo-comportamental defende que os pacientes são, em certo sentido, “os arquitectos do seu próprio infortúnio” e que portanto eles têm controlo sobre os seus pensamentos e acções.

A intervenção psicoterapêutica só deve ser iniciada quando o doente adquiriu uma compreensão clara acerca da forma como são conceptualizadas as suas queixas em termos cognitivo-comportamentais (Gambrill, 1977).

Isso significa que haverá pacientes que são mais adequados para outras formas de psicoterapia (como analítica, sistémica, social) ou até para uma abordagem farmacológica, e é tarefa do terapeuta avaliar e considerar a intervenção mais adequada. Logo, a utilidade prática da TCC será limitada se o paciente não for capaz de se identificar com o modelo e colaborar com os métodos.

As TCC permitem à pessoa compreender a sua experiência com o mundo que a rodeia. Para isso essa experiência necessita de ser dividida em quatro componentes principais: os

pensamentos (cognições), sentimentos (emoções), comportamentos e a própria fisiologia. A prática da abordagem cognitivo-comportamental faz com que a pessoa ao aprender e identificar estes quatro componentes mencionados e a forma como eles interagem entre si reforçando-se uns aos outros na prática, seja capaz de compreender e explicar os seus problemas no sentido de os resolver/ mudar se necessário (Waller *et al.*, 2010).

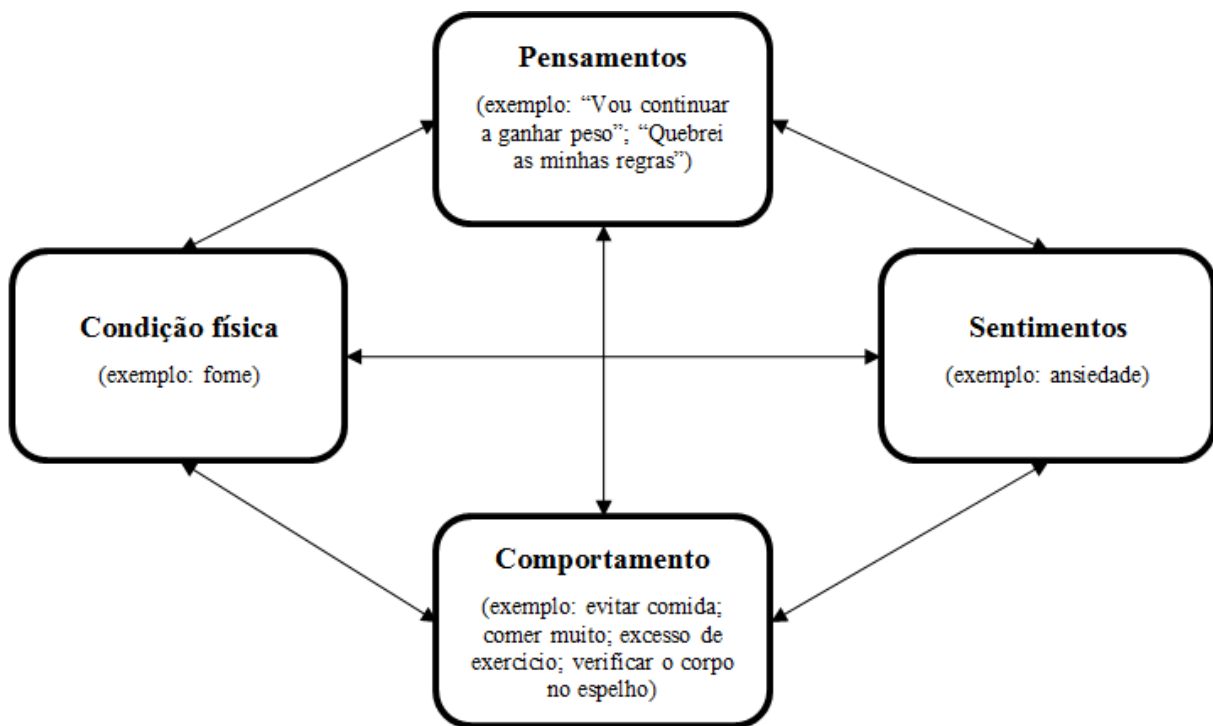


Figura 2 - Ligações entre os pensamentos, emoções, estado físico e comportamentos.

*Adaptado de Waller *et al.* (2010)

É importante ter em atenção que o modelo cognitivo-comportamental não põe de parte outros elementos relevantes nos DCA como a motivação, as relações, aptidões sociais e factores ambientais. Em vez disso, a TCC centra-se nos quatro elementos fundamentais como sendo o alvo da terapia, mas considera que estes outros factores têm de ser abordados no sentido de haver capacidade de concentração na fisiologia, comportamentos, cognições e emoções. Havendo essa interligação de factores torna-se compreensível que a mudança de

apenas um ou dois não é suficiente para uma verdadeira mudança a longo prazo (Waller *et al.*, 2010).

Outra característica fundamental da abordagem cognitivo-comportamental relaciona-se com o modo de intervenção clínica. O profissional de saúde aborda o problema tendo como base estudos empíricos, mas ao invés de a estes se seguir a aplicação de uma “bateria” de metodologias terapêuticas, dá-se preferência a um número reduzido de técnicas, preferencialmente pouco elaboradas mas que tenham em conta e se adaptem especificamente às condições cognitivas, emocionais e comportamentais do indivíduo em questão.

Segundo Vaz Serra (1997) o modelo cognitivo-comportamental tem-se demonstrado bastante eficaz dado que, além de ser uma modalidade de tratamento para uma multiplicidade de situações psicopatológicas/psicofisiológicas, permite sessões de curta duração, com aplicação de técnicas simples e de fácil compreensão, reforçando a atenção no presente (“aqui e agora”), exigindo trabalhos de casa, e permitindo ao doente compreender a função das cognições nas emoções e no comportamento (Gonçalves, 2006).

Na prática das TCC também se revela importante a atitude do clínico perante essas mesmas terapias, dado que o modo como lida com elas pode implicar o cumprimento ou não cumprimento por parte do doente a este modo de intervenção. Desta forma, e no sentido de melhorar quer a empatia na relação clínico-doente quer a adesão à terapêutica, é importante que o próprio clínico confie e acredite nas metodologias que aplica e sobretudo que, sempre que possível, as aplique em si próprio, em questões do dia-a-dia, permitindo-lhe dessa forma compreender por experiência própria dúvidas e dificuldades que os doentes possam apresentar (Marques, 2010).

O clínico tem também um papel fulcral no que respeita aos “trabalhos de casa” que sugere ao seu paciente, não devendo contentar-se com um “vou tentar” por parte do doente, mas com um “vou fazer” (Marques, 2010).

Existiram e continuarão a existir várias razões para um aprofundamento e desenvolvimento da terapia cognitivo-comportamental. Essas razões incluem insatisfação com modelos anteriores de terapia, existência de problemas clínicos que enfatizam a necessidade de uma perspectiva cognitivo-comportamental, e o crescente corpo de pesquisa que sustenta a eficácia clínica das intervenções cognitivo-comportamentais.

9.2.2 Terapias Cognitivo-Comportamentais de 3ª geração

9.2.2.1 Introdução

As intervenções da terceira geração não constituem uma rejeição da primeira e segunda ondas da terapia comportamental e cognitiva mas sim uma transformação dessas fases anteriores em uma nova, mais ampla.

O que se depreende por uma "onda/geração" diz respeito a um conjunto de hipóteses ou formulações dominantes, métodos e objectivos que ajudam a organizar a pesquisa, teoria e prática (Hayes, 2004).

A primeira onda da terapia comportamental foi em parte uma rebelião contra concepções clínicas prevalecentes. Os terapeutas comportamentais acreditavam que as teorias deveriam ser construídas sobre um alicerce de princípios básicos cientificamente bem estabelecidos e que as tecnologias aplicadas deveriam ser bem especificadas e rigorosamente testadas o que ia contra as tradições clínicas que tinham uma ligação muito pobre com os princípios básicos cientificamente estabelecidos, vaga especificação das intervenções, e fracas evidências científicas para apoiar o impacto destas intervenções (Hayes, 2004). Portanto a terapia comportamental clássica direccionou os seus procedimentos para a eliminação de conteúdos/respostas inadequadas e problemáticas ambicionando que uma psicopatologia era tratada desde que as reacções emocionais condicionadas fossem eliminadas.

A segunda onda foi caracterizada por esforços semelhantes de mudança directamente guiada pela aprendizagem social e cognitiva que incluía princípios cognitivos para além dos objectivos comportamentais e emocionais, postulados anteriormente.

Alguns líderes das terapias de segunda onda pretendiam apresentar uma alternativa tanto para o modelo da psicanálise como à primeira onda da terapia comportamental. Aaron Beck (1976) foi particularmente claro quanto a isso, demonstrando-o numa pergunta retórica: "Pode uma psicoterapia inexperiente desafiar as gigantes da área - a psicanálise e terapia comportamental? ".

Segundo a narrativa tradicional da segunda onda, as limitações dos métodos anteriores de comportamento e modelos de condicionamento foram amplamente corrigidos pela adição de métodos de mudança cognitiva e modelos.

A maioria dos terapeutas nas organizações como a Associação para o Avanço da Terapia Comportamental pareciam resolver a tensão entre as duas ondas dando um passo muito grande na direcção da terapia cognitiva, mas evitando o abandono da primeira onda, o que culminou no uso da TCC.

Verifica-se que os tratamentos da terceira onda apoiam-se nos tratamentos da primeira e segunda geração, e parecem estar a transportar a tradição da terapia comportamental para um novo território. Neste aspecto uma revisão da literatura mostra que as terapias mantiveram um compromisso com as raízes empíricas da terapia comportamental (Masuda, *et al.*, 2004).

Estes novos métodos enfatizam questões como a aceitação, atenção, cognição, a dialéctica, valores, espiritualidade e relacionamento (Hayes, 2004).

Um dos temas principais de ambas a primeira onda e segunda onda era um foco específico na eliminação dos comportamentos problemáticos, pensamentos, ou emoções como objectivo principal da terapia.

A terceira geração da terapia cognitiva e comportamental é particularmente sensível ao contexto e funções do fenómeno psicológico, e não apenas à sua forma, e portanto tende a enfatizar estratégias de mudança experimental e contextual em adição a estratégias mais directas e didácticas.

A diferença essencial entre estas abordagens e a TCC (Beck e Ellis) é que em vez de tentar mudar de maneira directa os pensamentos, as emoções, os sentimentos, as memórias, estas terapias tentam mudar a função desses acontecimentos e a relação que o indivíduo tem com eles.

Um princípio central nas terapias da terceira onda é que pensamentos não devem controlar directamente a acção. Estes tratamentos tendem a procurar a construção de reportórios amplos, flexíveis e efectivos reformulando e sintetizando as gerações comportamentais e cognitivas anteriores na esperança de melhorar tanto a compreensão como os resultados terapêuticos. Portanto pode-se considerar que a terceira geração tem por base o melhor de ondas anteriores de desenvolvimento.

Esta terceira geração envolve um grupo de terapias das quais fazem parte a Terapia Comportamental Dialéctica (DBT), a Terapia Comportamental Integrativa de Casal (IBCT), a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) e o *Mindfulness*.

As duas últimas abordarei de seguida.

9.2.2.2 *Acceptance and Commitment Therapy*

A Terapia de Aceitação e Compromisso (do inglês *Acceptance and Commitment Therapy - ACT*) corresponde a uma série de novas intervenções tanto de origem cognitiva e comportamental, incluídas nas TCCs de 3ª geração.

É apoiada por um rico conjunto de pesquisas desenvolvidas nos últimos 25 anos cujos resultados demonstram eficácia em doenças como a depressão, psicose, transtornos por uso de

substâncias, dor crónica, DCA, perturbações da ansiedade e personalidade (Masuda, *et al.*, 2004) associadas ao processo de evitamento experiencial, que contribui quer para o seu desenvolvimento como manutenção (Hayes *et al.*, 2004; Hayes *et al.*, 2006).

A *ACT* é baseada num modelo de evitamento experimental, tido como uma forma de sofrimento humano, e que sugere que muitas formas de comportamento disfuncional estão relacionadas com tentativas de evitar ou diminuir a frequência de experiências internas adversas ou o contexto em que elas ocorrem, incluindo pensamentos, sensações, percepções, emoções e impulsos. Ao fazermos isso, acabamos por criar uma série de medos e fobias, que aumentam ainda mais o sofrimento e perde-se a capacidade de envolvimento com o que acontece à nossa volta, impedindo alcançar o que realmente desejamos (Hayes & Wilson, 2003).

Pode ter as suas bases nas concepções do mundo moderno onde a tecnologia tem um papel importante em facilitar as coisas o que confere maior dificuldade em lidar com experiências negativas, uma vez que somos pressionados a acertar sempre e a conseguir tudo o que queremos. Com isso, temos dificuldade em lidar com nossos limites e com os percalços do quotidiano. O mundo moderno também defende a “ditadura da felicidade superficial”, que leva o indivíduo a equacionar que tem que se sentir bem de dia e de noite, e se não o conseguir é porque há algo errado.

O modelo *ACT* vê esse evitamento como prejudicial para o doente considerando que a “Aceitação” confere uma abertura à experiência ou disposição em experimentar a realidade do momento presente (Roemer & Orsillo, 2002), passando os acontecimentos a ser vistos como eles são e não como os doentes dizem que são, o que facilita a disposição para agirmos num mundo que não é controlável, mas no qual nos podemos envolver activamente ao invés de vivê-lo na nossa cabeça.

Por exemplo, se o paciente está frustrado, confuso, com medo, raiva ou ansiedade, a postura *ACT* sugere que estes sentimentos/emoções não se devem confundir com o indivíduo e não constituem um problema mas uma oportunidade de trabalhar no aqui e agora em eventos que se podem tornar obstáculos ao crescimento, tornando a pessoa capaz de agir de acordo com seus valores e não sob o controle dos contextos sócio-verbais descritos abaixo.

Segundo Hayes (1999) esta forma de terapia integra princípios do *Mindfulness* ensinando a aceitação, difusão e o contacto com o momento presente, reduzindo o evitamento e a angústia associados com transtornos de ansiedade, salientando portanto a aceitação de pensamentos e sentimentos sem julgamento.

A intervenção terapêutica não se concentra em alterar o conteúdo dos pensamentos, emoções ou acontecimentos privados. Em vez disso, a *ACT* visa desenvolver uma nova maneira de estar para pacientes cujos pensamentos e medos são reforçados pelo ambiente sócio-cultural onde estão inseridos de forma a ajudá-los a aceitar as realidades difíceis, fomentando vontade nos pacientes de enfrentarem os seus problemas e a tomar as medidas necessárias para apoiar uma vida baseada nos seus valores podendo portanto agir de modo produtivo sobre seu ambiente. Especificamente, a *ACT* ajuda o paciente a aceitar que a emergência dos pensamentos, sentimentos e sensações não é algo que possa ser controlado, mas a maneira como se reage a eles pode ser mudada (Hayes, 2004).

Hayes, Pankey & Gregg (2002) consideram que a socialização de uma pessoa depende de quatro principais contextos sócio-verbais patogénicos que abrangem uma variedade de armadilhas determinando a forma como se faz o uso da linguagem no acto de pensar. São eles o contexto de literalidade cujo princípio realça que as ideias e pensamentos regulam emoções e comportamentos, não havendo efeito saudável da experiência directa. Assim considera-se que os conceitos podem determinar reacções como se fossem factos em vez de se considerar que não são nada mais do que produtos verbais. Então se controle verbal se torna excessivo,

as pessoas passam a viver em função dos conceitos e crenças. O contexto de avaliação relaciona-se com o automatismo de caracterizar os acontecimentos como bons ou maus, condicionando que as reacções sejam rígidas e baseadas em regra sociais ou construções verbais. O contexto de controlo relaciona-se com a tendência de eliminar sensações, emoções, sentimentos e pensamentos considerados negativos. Por último o contexto de dar razões implica criar explicações para os problemas, de modo a torná-los socialmente aceites e em parte compreensíveis. O que se detém desta forma de agir é realmente estas acções acabam por criar a nível sócio-cultural uma maior aceitação, no entanto, distanciam cada vez mais o paciente das formas que poderiam ajudar a mudar e resolver os seus problemas.

Há algum suporte empírico que considera que a *ACT* produz um rápido declínio da credibilidade atribuída a pensamentos de índole negativa, embora não necessariamente na sua frequência (Bach & Hayes, 2002; Zettle & Hayes, 1986).

A defusão e a aceitação permitem alterar pensamentos e sentimentos outrora patogénicos e permitem a aquisição de estratégias e padrões mais abrangentes, flexíveis, eficazes com eles relacionados, removendo "o comportamento de segurança" desnecessário ou outras formas de fuga, o que reduz os eventuais efeitos nocivos na regulação do comportamento funcionando como meios eficazes para a construção de uma vida com valores mais consistentes e cruciais.

Desta forma, a defusão cognitiva ajuda a pessoa a afastar-se dos seus pensamentos e ser capaz de responder aos pensamentos baseando-se na sua utilidade e não como se fossem rigorosas "verdades" o que proporciona uma queda na crença ou vínculo aos eventos íntimos.

O "Compromisso" é assegurado por uma variedade de técnicas, a maior parte extraída do arsenal da terapia de comportamento tradicional. Recorre-se então à exposição, aquisição de habilidades, métodos de formação, estabelecimento de objectivos e metas específicas, para tornar os compromissos concretos e públicos, e trabalhar em direcção a essas metas, o que

envolve trabalho terapêutico e trabalhos de casa ligados à mudança de comportamento de curto, médio e longo prazo.

9.2.2.3 *Mindfulness*

Pesquisas preliminares demonstram um uso promissor das psicoterapias baseadas no *Mindfulness* no tratamento dos DCA, bem como noutras comorbilidades comuns como transtornos de ansiedade e TOC (McCallum, 2010) uma vez que está associada ao bem-estar psicológico dos pacientes (Baer *et al.*, 2006).

Trata-se de uma abordagem terapêutica com base em práticas meditativas orientais (Hanh, 1976) e que passou a constituir uma parte integrante das actuais TCCs a partir de Kabat-Zinn que o utilizou em programas de redução de Stress a partir de 1982.

Pensa-se que o termo inglês *Mindfulness* terá resultado da palavra Sati vinda do Sânscrito, idioma utilizado na Índia, e tem as suas raízes em tradições religiosas orientais como o Budismo e Hinduísmo com cerca de 2500 anos de evolução (Siegel *et al.*, 2009). Segundo Germer (2005) corresponde à “clareza mental, atenção no momento presente, estar consciente, vigilante e diligente”.

Os pressupostos teóricos relacionados com o *Mindfulness* enfatizam o conceito de atenção plena caracterizado pela concentração no momento actual, isto é, no presente sem estar preocupado com lembranças do passado ou considerações sobre o futuro. Isto porque se considera que a maioria das pessoas funcionam em “piloto automático”, estando frequentemente desatentas ou até perdendo-se numa série de julgamentos e reflexões sobre o passado e eventualmente o futuro o que muitas vezes as aliena da realidade e as torna inflexíveis em relação ao momentos que estão a presenciar (Hayes, 2004; Linehan, 1993; Kabat-Zinn, 1990).

A prática do *Mindfulness* deve ser realizada de forma intencional, ou seja, a pessoa faz um esforço para estar atenta às experiências internas (pensamentos, sentimentos, sensações corporais) e externas (imagens e sons) que está a vivenciar no presente (Baer, 2003).

Isso é conseguido através da prática de exercícios de meditação, permitindo ao paciente aprender a controlar a sua atenção e a focar certos estímulos sem avaliar a sua veracidade ou importância, sem fazer julgamentos (Kabat-Zinn, 1982; Kabat-Zinn, 1990; Vandenberghe & Sousa, 2006), sem os evitar ou tentar alterar, sejam eles positivos ou negativos, reconhecendo portanto a sua transitoriedade e flutuação (Baer *et al.*, 2005). Este conceito não inclui portanto as tradicionais estratégias da terapia cognitiva projectadas para desafiar ou mudar o conteúdo dos pensamentos.

O que se destaca daqui é que a auto-observação permite ao indivíduo ter um tempo entre a percepção daquilo que lhe está a acontecer e a resposta que vai dar, possibilitando que esta seja mais reflectida e não dada de forma automática (Bishop *et al.*, 2004). Desta forma, o *Mindfulness* permite o uso de estratégias de *coping* mais eficazes em situações tidas como ameaçadoras/adversas e uma perspectiva mais ampla das vivências ao invés do uso de estratégias cognitivas e comportamentais de evitamento experiencial, que tendem a intensificar o medo do presente, a deteriorar as acções positivas e ao aumento involuntário da ruminação acerca dessas situações tidas como adversas (Bishop *et al.*, 2004; Roemer & Borkovec, 1994).

Além disso, Baer (2003) considera que uma postura *mindful* facilita a exposição e prevenção da resposta a estados internos emocionais e psicológicos aumentando o auto-conhecimento e aceitação e desta forma ajudando a reduzir ou prevenir a reactividade secundária aos pensamentos e emoções experienciada aquando da exposição às situações de vida diária, como sentimentos de culpa, vergonha, raiva, frustração, desânimo, entre outros, diminuindo portanto a ansiedade por antecipação muito comum nestes indivíduos o que

melhora a capacidade de fazer escolhas adaptativas sobre como responder a experiências aversivas (Linehan, 1993).

Apesar do *Mindfulness* poder ser usado com o intuito de relaxamento ou de gestão do humor, não se resumem apenas a isto (Bishop *et al.*, 2004; Fruzzetti *et al.*, 2008). De facto, as evidências sugerem que a prática de *Mindfulness* pode levar a melhorias em muitas áreas, incluindo na dor, stress, ansiedade, recaída da depressão e transtornos alimentares (Baer, 2003).

Resumindo, o *Mindfulness* pode ajudar na redução dos diferentes contextos sócio-verbais patogénicos já referenciados anteriormente para a prática de ACT. Desta forma a prática de *Mindfulness* ao permitir que o indivíduo vivencie os seus acontecimentos como realmente são, sem categorizá-los ou atribuir conceitos e significados reduz o contexto de avaliação. O contexto de controlo também é alterado uma vez que a pessoa aprende a respeitar pensamentos e sentimentos sejam eles positivos ou negativos. Por outro lado a aprendizagem de vivenciar os momentos sem racionalizar também influencia o contexto de dar razões. E por último reduz o contexto de literalidade, pois o paciente aprende a reagir a pensamentos pelo que são – nada mais do que pensamentos - mesmo quando desagradáveis (Vandenberghe & Sousa, 2006).

Pesquisas sugerem que a prática de *Mindfulness* pode aumentar a coerência da função cerebral, aumentando a emoção positiva e reduzindo a ansiedade (Davidson, 2003). Estas alterações estão associadas com mudanças na activação cerebral demonstrada por EEG e RM.

Ao promover o aumento das conexões neurais no córtex pré-frontal afecta estados de gratidão, contentamento e compaixão e que são portanto relatados por indivíduos que praticam a meditação *Mindfulness*. A actividade desta região do cérebro acalma o cérebro límbico do qual resulta na mente como um silenciamento de preocupações e rumações e, no corpo, reduz a tensão e promove a regulação da excitação.

9.2.3 Aplicação das Terapias Cognitivo-Comportamentais nos Distúrbios do Comportamento Alimentar

9.2.3.1 Introdução

Nas últimas décadas tem-se verificado um crescente interesse na prática da abordagem cognitivo-comportamental em várias psicopatologias, nomeadamente a nível dos DCA o que tem sido sustentado por um considerável suporte empírico.

A TCC enfatiza a relação entre pensamentos e sentimentos para o comportamento e ajuda os pacientes a reconhecer os pensamentos e sentimentos que levam a DCA e desenvolvem mais pensamentos adaptativos e estratégias de *coping* (Fairburn *et al.*, 1995).

Trata-se de um processo no qual o paciente é activo na sua própria mudança, tendo o apoio do terapeuta como “agente facilitador desta mudança ao disponibilizar informação, educação, orientação, suporte e encorajamento” segundo Machado *et al.* (2001).

Muito do trabalho psicológico não incidirá sobre o comportamento alimentar em si, mas sobre as questões afectivas que envolvem os transtornos alimentares.

A forte relação entre a AN e a BN é bem documentada sabendo-se que mais de um quarto dos pacientes com BN, já terão experienciado um episódio de AN (Braun *et al.*, 1994; Bulik *et al.*, 1995). Por conseguinte, não constitui surpresa ver alguma sobreposição na avaliação cognitivo-comportamental da AN e da BN.

Apesar das semelhanças, também há diferenças importantes que devem ser tidas em conta pelos modelos cognitivo-comportamentais desses distúrbios. Uma distinção importante é feita entre os modelos da etiologia dos transtornos alimentares e da sua manutenção. Argumenta-se que os modelos cognitivo-comportamentais da manutenção destes transtornos são mais susceptíveis de conduzir a tratamentos eficazes que os modelos da etiologia (Shafran & Silva, 2003).

Como o nome sugere, os modelos cognitivo-comportamentais combinam duas abordagens. Em primeiro lugar, modelos que incorporam as teorias comportamentais e terapias que foram propostas por Watson no início do século XX (Shafran & Silva, 2003). Contudo a insatisfação devido à falta de avanço na teorização da terapia comportamental e da sua fraca eficácia ao nível de condições as quais se propunha tratar (depressão) levou ao desenvolvimento das teorias e terapias cognitivas na década de 1970 (Shafran & Silva, 2003).

Segundo Beck a terapia cognitiva usa o modelo cognitivo para identificar e corrigir as distorções cognitivas e deficiências encorajando o paciente a utilizar regras de evidência e lógica, e considerar explicações alternativas e por isso propõem que as emoções são influenciadas por pensamentos, e que os “distúrbios emocionais” resultam de uma interpretação particular dos acontecimentos (Shafran & Silva, 2003). Por exemplo, um paciente com um transtorno alimentar que pensa “Eu sou gordo” pode ser encorajado a distinguir entre o pensamento “Eu acho que sou gordo”, o sentimento de “Eu sinto-me gordo” e a situação real "Eu fujo exageradamente do excesso de peso" (Fairburn *et al.*, 1993).

Neste contexto, “modelo” é o termo usado para descrever esquemas teóricos para arranjar mais informações de uma forma ampla e abrangente (Gelder, 1997).

Portanto os modelos cognitivo-comportamentais podem ter várias funções, dependendo se estão acopladas ao desenvolvimento ou à manutenção do transtorno e fornecem um meio de compreender o desenvolvimento ou a manutenção dos mais importantes aspectos cognitivos e comportamentais da fenomenologia do transtorno como o exemplificado na **Figura 3**.

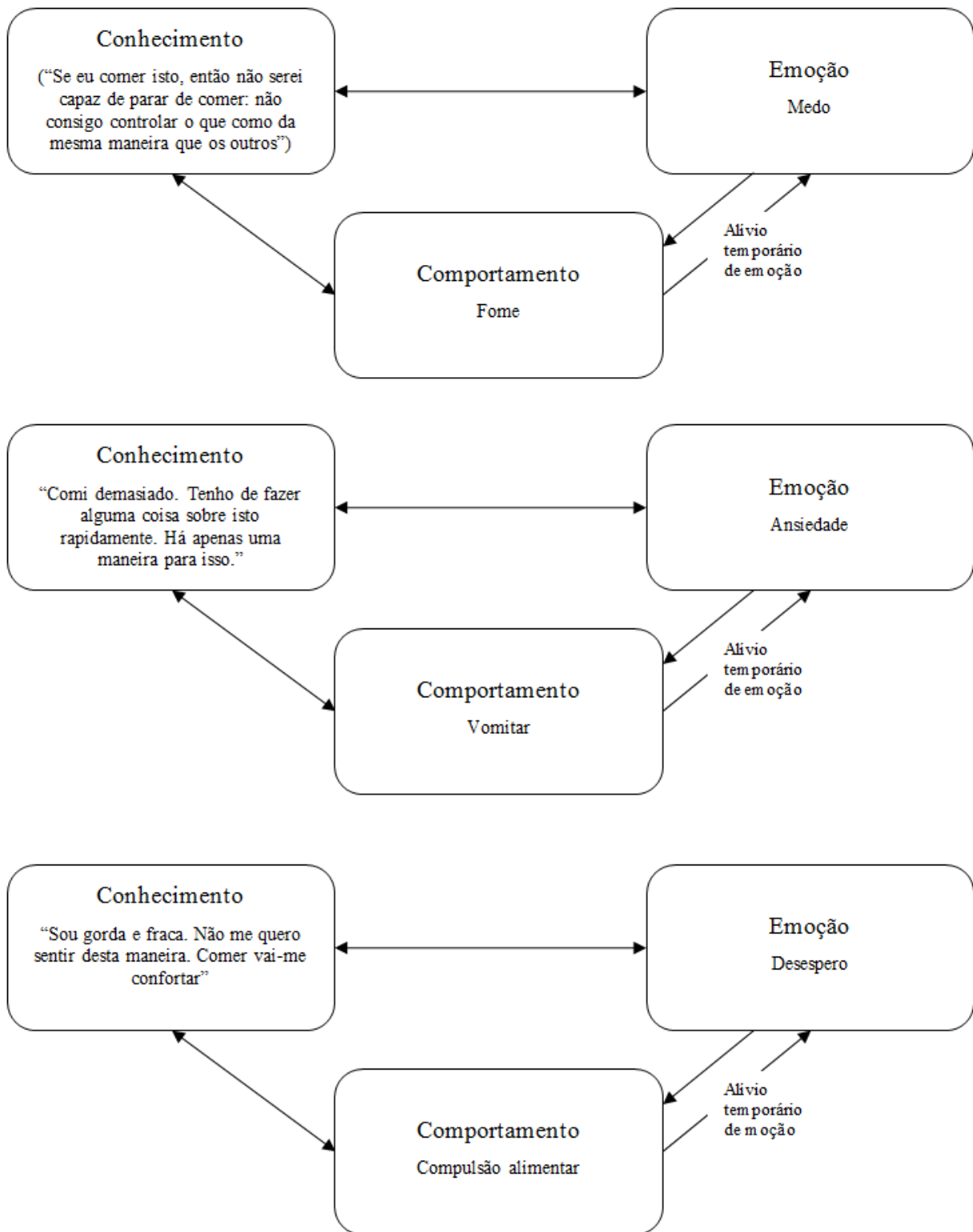


Figura 3 - Ligações cognitivo-emocionais-comportamentais comuns nos DCA.

*Adaptado de Waller & Kennerley (2003)

O objectivo dos modelos cognitivo-comportamentais são melhorar o tratamento do distúrbio. Ou seja, segundo Clark (1997) alguns dos tratamentos psicológicos mais eficazes

no tratamento dos distúrbios emocionais foram desenvolvidos através da construção de um modelo que explique o desenvolvimento e manutenção da patologia e, em seguida, elaborar um conjunto de procedimentos terapêuticos com enfoque no âmago da patologia e na reversão dos factores de manutenção da mesma.

Os objectivos das TCCs no tratamento dos distúrbios alimentares relacionam-se com a modificação dos comportamentos e crenças que mantém a doença, focando-se na modificação dos pensamentos negativos automáticos e nos pressupostos distorcidos acerca da comida, do comer, do peso e da forma corporal (Fairburn, 2008; Waller & Kennerley, 2003).

É importante identificar os comportamentos problemáticos e como eles acontecem (por exemplo, o evitar de alimentos, comer demais, ou outros problemas ligados) e encontrar as emoções e crenças a eles associados e que podem contribuir para o seu desencadeamento (Waller *et al.*, 2003). Torna-se também fundamental ao indivíduo com DCA desenvolver um conhecimento claro acerca dos problemas que o envolvem. Claro que a mudança depende a aprendizagem que a pessoa adquire no sentido de mudar as sua crenças e comportamentos, porque só assim conseguirá voltar a comer normalmente.

Beck propõe que os diferentes tipos de pensamento denominados “pensamentos automáticos negativos” e “crenças disfuncionais” são caracterizadas por distorções cognitivas, tais como pensamentos do tipo “tudo ou nada” (por exemplo, “Eu sou gorda ou sou magra”) ou o descartar informação positiva (por exemplo, “Ela só me está a dizer que os meus olhos são bonitos porque sente pena de mim”) (Beck, 1995).

Kathy Kater (2010) constatou que a maioria dos seus doentes com DCA passava cerca de 80 a 95% do seu tempo diário a pensar ou a tomar acções relativas ao seu peso e imagem corporal.

Embora as consequências médicas de um DCA possam ser fatais, o diálogo interno e os rituais comportamentais face à alimentação que brevemente tranquilizam esses pensamentos são causa de sofrimento bastante intenso nestes doentes.

Mesmo aqueles doentes que conseguiram cessar comportamentos próprios de DCA durante semanas a meses, ainda permanecem vulneráveis à re-emergência de poderosas formações mentais que podem desencadear uma recaída.

Dado o poder e a natureza irracional dos pensamentos nos DCA, faz sentido que a TCC, um tratamento de suporte empírico que aplica argumentos racionais e objectivos para contestar, alterar e reduzir a frequência dos raciocínios ilógicos e prejudiciais sobre si mesmos, se tenha tornado o melhor tratamento para os DCA.

O papel da *ACT* e do *Mindfulness* foi integrado com a TCC e é cada vez mais valorizada dada a sua eficácia no tratamento das PCA (Wilson, 2004).

Há evidências que determinados factores como o evitamento experiencial ligado à dificuldade/inadequação em lidar com situações de vida relacionadas com emoções e cognições “negativas” possam estar relacionados com o desenvolvimento e manutenção dos DCA. Desta forma, tem-se apoiado que a prática de *Mindfulness* e de *ACT* em pacientes com estas patologias é eficaz no seu tratamento, uma vez que estas abordagens contribuem para a redução dos factores que acabei de referir e do sofrimento psicológico que delas advém. Considera-se que a abordagem *Mindfulness* e da *ACT* permitem que a pessoa, ao ser confrontada com uma experiência emocional forte, não tenha como primeiro impulso comer, sendo capaz de escolher respostas mais adaptativas ou aptidões que substituam comportamentos desajustados (Baer *et al.*, 2005).

Além disso, Teasdale *et al.* (2003) sugerem que o *Mindfulness* e a *ACT* podem ser mecanismos legítimos de mudança, junto com mais tradicionais estratégias de TCC, como a exposição, a modificação cognitiva, auto-gestão, e relaxamento.

9.2.3.2 *Aplicação na AN*

O modelo tem se expandido e evoluído à semelhança do entendimento da psicopatologia da AN.

A premissa central do modelo de TCC da AN é a de que os sintomas são mantidos pela interacção entre distúrbios cognitivos que envolvem uma excessiva importância dada ao acto de comer, à forma e peso e distúrbios comportamentais que afectam o comportamento alimentar e controlo de peso.

Certas características da personalidade e do temperamento, juntamente com uma baixa auto-estima, parecem predispor alguns indivíduos a internalizar os ideais sócio-culturais sobre a importância da magreza e do mito que a consecução de tais ideais irá atenuar os sentimentos de baixa auto-estima e de ineficácia muito prevalentes nestes pacientes.

O esquema cognitivo disfuncional é expresso através de comportamentos extremos de controlo do peso com o objectivo de atingir níveis irrealistas da magreza e controlo.

Também a insatisfação corporal é característica destes pacientes e as repetidas verificações da forma e peso corporais e o evitamento de ver a actual forma e peso tem sido considerada como uma hipótese para a manutenção do distúrbio da imagem corporal e têm contribuído para aumentar a restrição alimentar (Farrell & Lee, 2005; Shafran *et al.*, 2003).

Com o evoluir da doença os conceitos do indivíduo vão, cada vez mais, girar em torno do controle sobre a alimentação, peso, forma corporal acabando por culminar, em muitos casos, na crença de que a restrição alimentar e manutenção de um peso baixo são a única maneira de experimentar qualquer sentimento de auto-estima.

É de salientar que os efeitos fisiológicos e psicológicos da fome podem reforçar os distúrbios cognitivos e comportamentais. Por exemplo, a preocupação com os alimentos associada à fome é vivenciada como uma ameaça à manutenção do controlo sobre alimentação e resulta num aumento dos esforços para restringir a ingestão de alimentos.

Assim, o DCA vai-se “auto-perpetuando” como exemplificado na **Figura 4**

Reference source not found..

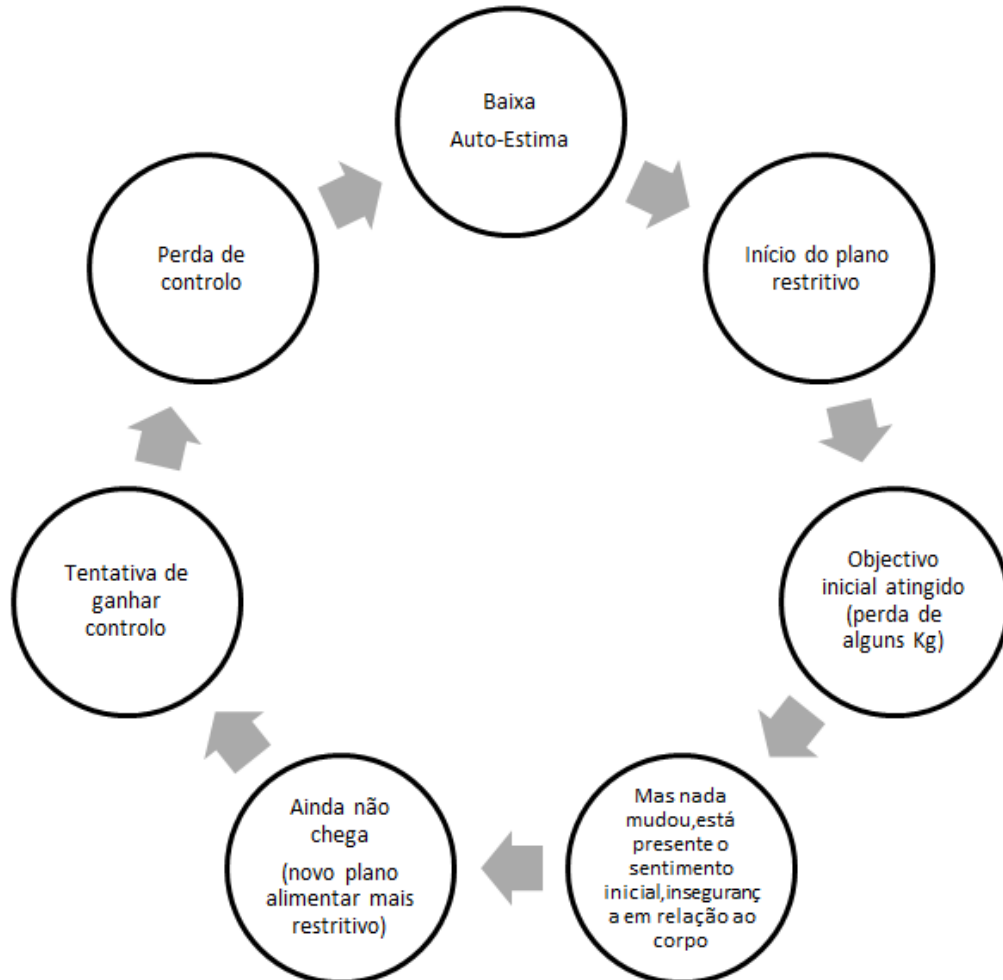


Figura 4 - Modelo de manutenção da AN. Os indivíduos com AN optam por manter um peso corporal excessivamente baixo através do esquema cognitivo que supervaloriza o peso e magreza. Uma vez estabelecido, este esquema cognitivo opera de modo automático. A natureza automática de processamento cognitivo pode explicar a tendência para a manutenção ou estabilidade da psicopatologia e sua resistência à mudança (Bemis, 1983; Striegel-Moore & McAvay, 1986).

Um dos pontos fortes do modelo cognitivo-comportamental é o reconhecimento que o DCA é multideterminado.

Assim, para além dos componentes principais do modelo da AN já descritos, a abordagem cognitivo-comportamental reconhece que vários factores biológicos podem contribuir para uma maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de AN. Outros factores que podem contribuir para a etiologia e manutenção da AN são a falta de motivação para a recuperação, dificuldades na regulação das emoções, existência de um núcleo de crenças negativas e problemas interpessoais.

Embora a base de dados empíricos sobre TCC no tratamento da AN seja ainda um pouco limitada, várias pesquisas recentes fornecem suporte preliminar da utilidade da TCC para AN, especialmente na recuperação do peso e da psicopatologia

Cooper & Fairburn (1984) publicaram o primeiro caso do uso da TCC para AN, com resultados promissores.

O programa de tratamento para a AN baseado na TCC inclui quatro fases.

A fase I apresenta estratégias específicas para iniciar o tratamento, orientando os pacientes e promovendo a avaliação da sua motivação e empenho para o tratamento comprometendo-os com a difícil tarefa de prosseguir para a recuperação.

Além disso a psicoeducação é um componente importante na fase inicial da TCC. Esta inclui a revisão das múltiplas causas da AN, das consequências biológicas e sequelas associadas à inanição, da relação entre aumento de peso e o reaparecimento da menstruação e envolve uma normalização do comportamento alimentar através da educação nutricional para a prática de uma dieta saudável.

Tal como acontece com todas as formas de psicoterapia, a eficácia da TCC é mediada pela construção de uma aliança terapêutica de confiança baseada na empatia, respeito e transparência desde o início entre o terapeuta e o paciente (Orlinsky *et al.*, 1994; Pike *et al.*, 2004).

A Fase II descreve o protocolo de ganho de peso e intervenções centradas sobre as distorções cognitivas e comportamentais relacionadas com o paciente, com os seus hábitos alimentares e peso.

Torna-se importante estabelecer uma meta de ganho de peso e um plano de refeição pelo que é importante estabelecer um horário regular para a monitorização do peso durante o tratamento e estabelecer uma sequência gradual que constantemente auxilia o indivíduo a normalizar a sua alimentação incluindo o tratamento da questão dos alimentos tidos como proibidos e desenvolvendo estratégias para seguir o plano de refeições, mesmo quando o paciente está stressado ou angustiado.

Nesta fase os terapeutas além de abordarem as questões relacionadas com a ingestão de alimentos (ou falta dela), usam o auto-controlo para ajudar os pacientes a começar a ligar os seus “mundos” emocionais e interpessoais com a alimentação, explorando factores contextuais. Salientando distorções cognitivas, como a "rotulagem" e pensamento "tudo-ou-nada" estabelecem-se as bases para o trabalho cognitivo que se seguirá nas sessões subsequentes, o que inclui intervenções como foco na identificação, compreensão e alteração de cognições e comportamentos desajustados que servem para a manutenção do DCA.

É extremamente importante que a terapia tenha foco não apenas na eliminação dos sintomas mas também na construção de forças para a mudança.

Para os indivíduos que estão a recuperar, a transição do comer para ganho de peso em relação a comer para manutenção do peso é muitas vezes desafiadora. Muitos dos pacientes ficam assustados pensando que se continuarem a comer normalmente vão aumentar de peso, sentindo necessidade de “cortar” calorias, restringir o tamanho das porções alimentares, aumentar o exercício e evitar a ingestão de gorduras. Um estudo recente descobriu que uma pequena perda de peso após o estabelecimento de um objectivo de peso está fortemente associada a uma recaída subsequente.

A fase III descreve um esquema de abordagem baseado em questões relevantes que se estendem para além do domínio específico da alimentação e do peso.

Alguns exemplos de esquemas adaptativos interpessoais incluem: o sentimento do paciente ser incapaz de cuidar de si mesmo e que não é merecedor do carinho prestado pelos outros; o acreditar que a obtenção de carinho ou relacionamentos gratificantes não será possível para si mesmo; o sentir-se inútil e indesejável para os outros em termos de aparência, aptidões sociais, valores interiores; o acreditar que para ter qualquer pena deve ser amado por todos e, portanto, deve evitar conflitos a todo o custo (por exemplo, “Não me atrevo a ser rejeitado pelos outros”).

Normalmente, as intervenções a partir das Fases I, II e III são utilizados durante todo o curso da terapia, como necessário, de acordo com as questões e desafios específicos de cada paciente.

A fase IV concentra-se em rever o curso do tratamento para consolidar os ganhos e preparar o paciente para continuar a trabalhar de forma independente após o fim terapia. Além disso, durante a última fase do tratamento, as pessoas preparam um programa personalizado de prevenção de recaída com base no curso da terapia.

Deve-se explicar ao paciente que o objectivo do tratamento não é resolver todos os problemas durante o tratamento, mas para aprender as aptidões necessárias para gerir tais problemas de forma o mais adaptativa possível no futuro.

O uso das TCCs de 3ª geração nesta doença incluem várias estratégias de *Mindfulness* e de *ACT* para a aceitação de pensamentos, imagens e medos relacionados com gordura. Os exercícios desenvolvidos tendem a promover a capacidade de observar cognições sem julgamento e com aceitação, em detrimento de comportamentos anorécticos em reacção a esses pensamentos.

Eifert e Forsyth (2005) estudaram os benefícios do ACT para os pacientes com AN confirmando resultados favoráveis.

Kater (2010) refere-se a uma série de princípios que os doentes anorécticos devem ter em conta. A autora defende que o doente deve aceitar que o controlo sobre o tamanho e forma do corpo, a natureza biológica da fome, e os efeitos pejorativos da “dieta” não estão em seu poder; que o mesmo deve compreender e agir sobre o que está em seu poder no que diz respeito à saúde e bem-estar, isto é, em relação ao comer bem, à aptidão física, à aceitação do tamanho e forma corporais como resultado de escolhas saudáveis, à atenção equilibrada para todos os aspectos da identidade pessoal, e escolhendo modelos realistas; e que o paciente deva ser capaz de desenvolver resiliência diante pressões sociais que estejam em conflito com esses princípios.

Pode parecer contraditório, mas as intervenções *ACT* não se destinam a eliminar o conteúdo dos pensamentos irracionais e destrutivos e as regras rígidas. Em vez disso, o progresso ocorre quando os pensamentos que conduzem ao DCA são aceites pelo doente (Hayes *et al.*, 2001).

Por exemplo, o desfile de pensamento é um exercício de *ACT* em que o participante imagina que seus pensamentos são escritos em cartões e carregados por manifestantes num desfile. A sua tarefa é observar o desfile de pensamentos, como “Eu sou uma baleia” (Heffner *et al.*, 2002), observando como eles vêm e vão, sem serem absorvidos ou suscitando uma necessidade de acreditar ou agir sobre eles. Este exercício promove a capacidade de observar cognições sem as julgar e aceitando-as, em detrimento dos eventuais comportamentos anorécticos que estes pensamentos pudessem despoletar (Kristeller *et al.*, 2006).

Da mesma forma, nos pacientes com AN, terapias guiadas por *Mindfulness* ajudam a aumentar a consciencialização sobre o acto de comer e ajudam na libertação das regras rígidas que orientam o processo de comer.

Estas terapias permitem o desenvolvimento de aptidões que podem incluir o treino de relaxamento, gestão do stress, resolução de problemas, aumento das aptidões sociais, com ênfase na construção de amizades saudáveis e atenção emocional - “eu senti-me pronto para enfrentar o mundo com a minha armadura de estratégias de enfrentamento e não tinha intenção de voltar à minha forma desordenada.”; “apesar de continuar a ser uma luta, eu sei que o meu caminho para a liberdade requer esforço e uma vigilância constantes”.

Segundo Baer *et al.* (2005) a adopção por parte dos indivíduos com DCA nomeadamente AN numa atitude que vá de encontro aos ideais do *Mindfulness*, pode ajudá-los a compreender que as cognições “negativas” relacionadas com o processo de comer (por exemplo ruminação acerca da quebra de uma regra dietética) são apenas transitórias e não exigem um comportamento secundário específico, como a purgação ou a prática excessiva de exercício. Esta percepção por parte do indivíduo permite-lhe contrariar a habitual reactividade automática e disfuncional face aos comportamentos, emoções e experiências para que desta forma consiga adoptar uma relação mais funcional/equilibrada consigo mesmo, com o seu corpo e alimentação.

9.2.3.3 Aplicação na BN

O modelo cognitivo-comportamental do desenvolvimento e manutenção de BN descreve uma cadeia de transacções de acontecimentos que se inicia com pensamentos distorcidos sobre magreza e dieta, especialmente em indivíduos com baixa auto-estima e preocupações com a forma e peso corporais (Baer *et al.*, 2006).

Inicialmente, esses indivíduos sofrem as pressões sociais ou interpessoais para serem magros e acabam por desenvolver cognições inadequadas ou crenças sobre a magreza juntamente com crenças distorcidas sobre os benefícios da magreza. Estes factores podem levar ao estabelecimento de uma dieta rigorosa. A privação calórica estabelece-se, resultando

em fome, o que aumenta a probabilidade de ocorrer um episódio de compulsão alimentar. A compulsão alimentar, por sua vez, viola as restrições alimentares impostas e mantém o núcleo da psicopatologia intensificando as preocupações dos pacientes quanto à sua capacidade de controlar sua alimentação, forma e peso, podendo originar culpa, angústia e baixa auto-estima. Como se observa, também incentiva ainda a uma maior restrição dietética, aumentando assim o risco de compulsão alimentar já existente.

Estes “deslizes dietéticos” dos pacientes são particularmente propensos a ocorrer em resposta a acontecimentos adversos do dia-a-dia e humor negativo. Isso resulta, em parte, porque é difícil manter a restrição dietética em tais circunstâncias e também porque a compulsão alimentar, mesmo que temporária, melhora os estados de humor negativos e os pacientes acabam por se distrair dos pensamentos negativos.

A fim de compensar os efeitos indesejáveis da grande ingestão alimentar, o indivíduo pode desenvolver comportamentos de purgação na forma de vômitos auto-induzidos, uso de laxantes ou diuréticos ou prática de exercícios excessivos, na crença que estes comportamentos possam minimizar o ganho de peso associado ao episódio de compulsão (Fairburn, 1995).

Esses comportamentos geralmente são seguidos por uma nova determinação em restringir a ingestão de alimentos (Apple & Agras, 1997).

A ideia central deste modelo é a hipótese de que as distorções cognitivas sobre a dieta e magreza perpetuam a restrição alimentar e, assim, a compulsão alimentar e purgação como evidenciado na **Figura 5**.

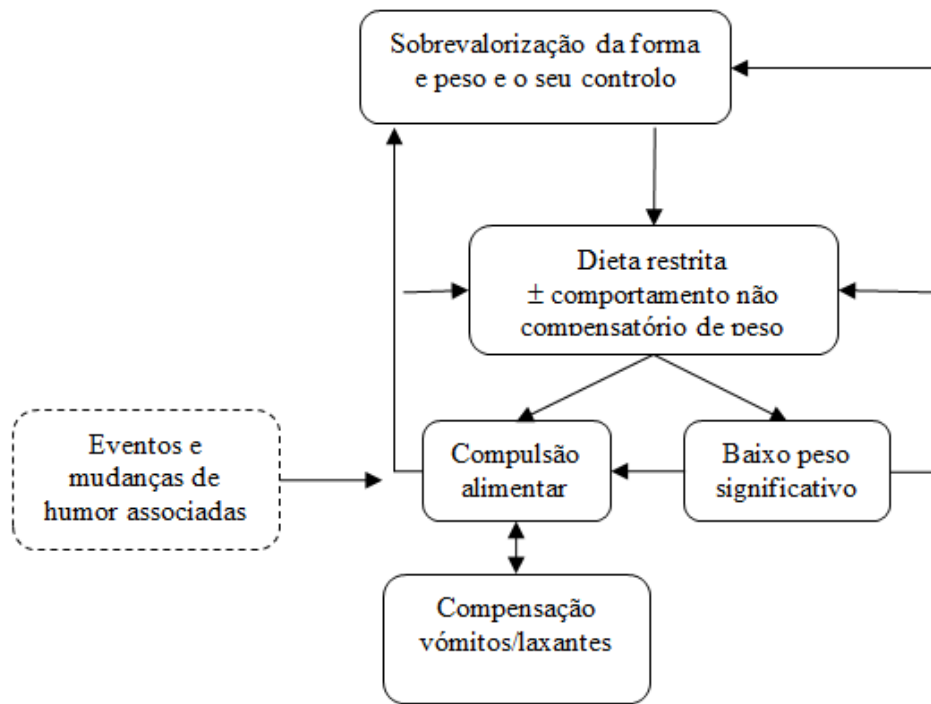


Figura 5 - Modelo cognitivo-comportamental da BN.

***Adaptado de Fairburn (2008)**

Além de pensamentos distorcidos acerca da importância da magreza, muitos indivíduos com DCA, como a BN, mostram pensamentos adaptativos sobre padrões de alimentos e refeições. Por exemplo, muitas regras sobre alimentos que devem ser sempre evitados (como gelados ou bolachas). Para além destes mecanismos centrais de manutenção do DCA, a teoria que sustenta a abordagem cognitivo-comportamental propõe que em certos pacientes há outros mecanismos que também mantêm a psicopatologia (intolerância ao humor, perfeccionismo elevado, baixa auto-estima e dificuldades interpessoais) e, portanto, funcionam como um obstáculo adicional à mudança e devem ser abordados ao longo do tratamento.

Nestes indivíduos a única violação de uma regra alimentar pode ser considerada uma completa falha de toda a dieta (pensamento tudo-ou-nada). Este pensamento muitas vezes leva à compulsão alimentar, o que aumenta a credibilidade dos pensamentos de fracasso.

O estabelecimento de um modelo, como o apresentado na **Figura 5**, ou seja, como uma representação visual personalizada dos processos que parecem estar relacionados com a manutenção do DCA é criado com a finalidade de ajudar a envolver o paciente no tratamento, pelo menos em parte, indicando que o clínico compreende a natureza do problema; de transmitir a noção de que problemas alimentares são compreensíveis e que são mantidos por um número de mecanismos que interagem contribuindo para a sua auto-perpetuação o que pode explicar o porquê do paciente ter dificuldade em mudar; e finalmente, fornecer um guia sobre o que precisa de ser alvo de tratamento.

Portanto os terapeutas podem aumentar adesão terapêutica envolvendo activamente o paciente no seu processo de avaliação e incutindo no paciente a esperança de que será capaz de superar o distúrbio.

A abordagem cognitivo-comportamental destes doentes centra-se mais nos processos que mantêm a psicopatologia, em vez dos responsáveis pelo seu desenvolvimento, focando-se não só na evicção da compulsão alimentar, mas também, abordando a dieta do paciente, as aptidões para lidar com eventos adversos, e a preocupação excessiva atribuída à forma e peso.

Quase todos os pacientes estão preocupados com o efeito que o tratamento terá no seu peso. Na prática, nos pacientes com BN o peso não muda muito. Deve elucidar-se o paciente que é objectivo do tratamento dar-lhe o controle sobre sua alimentação e desta forma também sobre o seu peso.

Estabelecer um padrão de alimentação regular é fundamental para recuperar o controlo sobre o comer. Portanto, para os pacientes com BN, exercícios baseados no *Mindfulness* ajudam a regular o ritmo da alimentação, permitindo que a saciedade surja aquando das ingestões compulsivas. Wilson (2005) considera, inclusive, que uma abordagem cognitivo-comportamental pode eliminar os comportamentos de ingestão compulsiva e purgação em cerca de 30 a 50% dos casos.

O clínico deve ajudar o paciente bulímico a acostumar-se com a visão e a sensação do seu corpo, aprendendo a aceita-lo e a conseguir expô-lo perante os outros abolindo, por exemplo, o vestir e despir no escuro, bem como o uso de roupas largas com a finalidade de dissimular a forma corporal.

É importante notar que “sentir-se gordo” e “ser gordo” são conceitos muito diferentes, embora possam co-ocorrer, desta forma é importante não igualar sentir-se gordo a ser gordo.

Deve ficar claro que a sensação do paciente se sentir gordo tende a ser desencadeada tanto pela ocorrência de certos estados de humor negativos (deprimido, entediado) ou por sensações físicas que aumentam a consciência corporal (sentir-se cheio, inchado, com a sensação do corpo balançar ou de as coxas se esfregarem, sensação de roupas apertadas).

A importância da disfunção cognitiva no início e manutenção da BN leva a considerar que o *Mindfulness* e estratégias de tratamento baseadas na *ACT* serão úteis no tratamento dos sintomas/sentimentos/emoções/comportamentos acima expostos.

Por exemplo, um paciente pode ter pensamentos distorcidos sobre as consequências da quebra de uma regra alimentar, que normalmente provocaria compulsão alimentar ou aumentaria a restrição alimentar, como visto acima. No entanto, adoptar uma postura *mindful* pode facilitar a compreensão de que estes pensamentos são transitórios, e que podem ser substituídos por outros pensamentos, não reflectindo necessariamente a realidade ou não exigindo um comportamento particular como resposta para corrigir o facto de ter “destruído a sua dieta”.

Várias meditações integradas na prática de *Mindfulness* relacionadas com a alimentação podem ser desenvolvidas permitindo aos participantes concentrar a atenção nas sensações relacionadas com pensamentos e emoções derivados da fome, saciedade e compulsão, sem efectuarem julgamentos sobre elas (Baer *et al.*, 2006).

Numa discussão sobre o papel da *ACT* na regulação da emoção, Blackledge & Hayes (2001) afirmaram que os pensamentos e as emoções negativas, não são inatamente prejudiciais e não tem que ser mudados, e que muitos dos comportamentos patológicos desajustados observados na BN são consequência de tentativas contraproducentes para evitar tais experiências utilizando estratégias tais como o abuso de substância, a dissociação, ou a fuga perante pessoas, lugares ou situações que os provocam.

De facto, estudos laboratoriais de supressão de pensamentos e emoções mostram que quanto mais se tenta evitar esses fenómenos, o mais provável é experienciá-los (Clark *et al.*, 1991; Gross, 2002).

Assim, pesquisas sugerem que muitos dos casos DCA podem ser vistos como tentativas de regular experiências internas aversivas. Embora os indivíduos com BN possam acreditar que comer uma grande quantidade de alimentos vai aliviar momentaneamente a sua aflição, no momento seguinte eles também experimentam um aumento negativo do afecto (Apple & Agras, 1997).

Esse padrão sugere claramente que comer não é uma estratégia eficaz a longo prazo mas em vez disso é usado a curto prazo como forma de lidar com emoções negativas.

Vários mecanismos têm sido sugeridos relativamente à prática de *Mindfulness* que podem promover uma forma mais eficaz de lidar com emoções negativas. Em primeiro lugar, o *Mindfulness* pode servir como a exposição a emoções. Os pacientes são encorajados a observar e aceitar emoções sem tentar mudá-las. Desta forma a exposição a emoções negativas pode reduzir a reactividade e impulsividade desadequadas como resposta às mesmas.

Em segundo lugar, estratégias de “atenção plena” encorajam os pacientes a ver as emoções como acontecimentos transitórios e que desta forma não exigem um “comportamento-resposta” específico. O conhecimento e experiência que as emoções são

passageiras pode reduzir a necessidade de agir sobre elas imediatamente. Além disso, uma visão descentralizada das emoções pode ajudar a prevenir a experiência de reações emocionais secundárias. No geral, a aceitação de emoções implica que não é necessário tentar mudar uma emoção imediatamente e promove a capacidade do indivíduo fazer escolhas mais adaptativas sobre como reagir de forma a enfrentar fortes estados emocionais. Se a resposta imediata de um paciente bulímico para a angústia é comer, uma abordagem baseada no *Mindfulness* e na *ACT* pode facilitar escolhas mais adaptativas.

Na fase final de tratamento deve-se garantir que as alterações feitas no tratamento são mantidas ao longo dos meses seguintes, e o risco de recidiva deve ser minimizado a longo prazo.

10 Conclusão

Apesar da AN e BN serem doenças que actualmente têm critérios de diagnóstico bem definidos, ainda se torna necessário efectuar muitos estudos no âmbito dos distúrbios alimentares, no que diz respeito às variáveis que contribuem para a etiologia e seu desenvolvimento e na medida em que os sistemas de classificação nem sempre abrangem a variedade de alterações comportamentais alimentares nem os quadros clínicos que não apresentam os critérios clássicos dos DCA.

Recentemente tem-se verificado um aumento da incidência das perturbações do comportamento alimentar em grande parte associado ao culto do corpo magro mas também à constante exposição e apelo ao consumo de alimentos hipercalóricos, ambos publicitados pelos *Media*.

Hoje em dia as mensagens educativas transmitidas às jovens sobrevalorizam a sua responsabilidade em termos de atingir o êxito nas várias vertentes - social, profissional e familiar dependendo esse êxito, a aceitação social e a felicidade de uma forma física perfeita segundo o ideal de beleza que defendem.

As TCCs têm sido a forma mais exaustiva de pesquisa do tratamento para os transtornos alimentares e tem-se realmente verificado que tanto a prática de *Mindfulness* e *ACT* são benéficas para pacientes com DCA permitindo uma diminuição da insatisfação corporal e ponderal, da vergonha interna e externa e da comparação social e da aparência física. De facto estas abordagens de 3ª geração destacam-se das ondas anteriores ao permitirem uma vivência mais intuitiva dos eventos privados e relações interpessoais do paciente sem que os seus pensamentos controlem directamente as suas acções e colocando de parte as tentativas anteriores de tentar mudar os pensamentos e sentimentos.

O prognóstico destes distúrbios é revelador da sua gravidade, o que transparece pelas frequentes recaídas e insucesso terapêutico.

No sentido preventivo terá interesse promover junto das crianças, pais e próprios professores, um conjunto de informações relativas à prática de uma alimentação equilibrada, de acordo com as necessidades individuais, demonstrando, desta forma, os perigos inerentes às dietas hipocalóricas/restritivas, nomeadamente no que diz respeito ao possível desenvolvimento de patologias do comportamento alimentar e suas consequências.

Por último, torna-se necessário compreender que nem todos os pacientes querem desistir/abdicar do seu distúrbio alimentar, uns porque consideram a doença como parte integrante da sua identidade e sem a qual conseguiriam viver, outros porque têm nela o seu porto seguro ou a vêem como um melhor amigo, também é comum que veja na doença um meio de gerir certas emoções ou de terem o pavor que ao abandonar a doença possam ficar inevitavelmente gordas.

A recuperação é uma jornada com variedade interpessoal, demorando mais ou menos tempo, podendo culminar na morte se a pessoa não conseguir aceitar e enfrentar a sua doença a tempo de evitar esse desfecho trágico.

11 Referências Bibliográficas

- Agras S, Hammer L, McNicholas F (1999) A prospective study of the influence of eating disordered mothers on their children. *International Journal of Eating Disorders* 25: 253-262.
- American Psychiatric Association (2002). Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (DSM-IV-TR). Lisboa: Climepsi Editores.
- Andersen AE (1985) *Practical Comprehensive Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia*. Edward Arnold Publishers Ltd.
- Andersen AE (1990) Diagnosis and treatment of males with eating disorders. In: AE Andersen (Ed.) *Males with eating disorders* (pp. 133-162). New York: Brunner/Mazel.
- Andersen AE (1995) Eating disorders in males. In: KD Brownell & CG Fairburn (Eds.) *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook* (pp. 177-182). New York: Guilford Publications.
- Apple RA & Agras WS (1997) *Overcoming eating disorders: A cognitive-behavioral treatment for bulimia and binge-eating disorder*. New York: The Psychological Corporation.
- Azevedo MH & Ferreira CP (1992) Anorexia nervosa e bulimia: a prevalence study. *Acta Psychiatrica Scand* 86: 432-436.
- Bach P & Hayes SC (2002) The use of acceptance and commitment Therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 70: 1129-1139.
- Baer R, Fischer S, Huss D (2005) *Mindfulness* and acceptance in the treatment of disordered eating. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy* 23 (4): 281-300.

- Baer RA (2003) *Mindfulness* training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice* 10: 125-143.
- Beck AT (1976) *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck JS (1995) *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. New York: Guilford Press.
- Bell RM (1985) *Holy anorexia*. Chicago: University of Chicago Press.
- Bemis KM (1983) A comparison of functional relationships in anorexia nervosa and phobia. In: PL Darby, PE Garfinkel, DM Garner, DV Coscina (Eds.) *Anorexia nervosa: Recent developments in research* (pp. 403-416). New York: Liss.
- Bishop S, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Andersen N, Camordy J, Segal Z, Abbey S, Speca M, Velting D, Devins G (2004) *Mindfulness*: a proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice* 11: 230-241.
- Blackledge TJ & Hayes SC (2001) Emotion regulation in acceptance and commitment therapy. *Journal of Clinical Psychology: In session: Psychotherapy in Practice* 57: 243-255
- Bollen E & Wojciechowski FL (2004) Anorexia nervosa subtypes and the big five personality factors. *European Eating Disorders Review* 12: 117-121.
- Borges NJBG, Sicchieri JMF, Ribeiro RPP, Marchini JS, Santos JE (2006) Transtornos Alimentares – Quadro Clínico. *Medicina, Ribeirão Preto* 39 (3): 340-348.
- Bramon-Boch E, Troop NA, Treasure J (2000) Eating disorders in males: a comparison with female patients. *European Eating Disorders Review* 8 (4): 321-328.
- Braun DL, Sunday SR, Halmi KA (1994) Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychological Medicine* 24: 859-867.

- Braun DV, Sunday SR, Huang A, Halmi KA (1999) Sexual Orientation and Eating Psychopathology: The role of Masculinity and Femininity. *International Journal of Eating Disorders* 25 (4): 415-424.
- Bruch H (1973) *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa and the person within*. New York: Basic Books, Harper Torchbooks.
- Bulik Cm, Sullivan PF, Joyce PR, Carter FA (1995) Temperament, character and personality disorder in bulimia nervosa. *Journal of Nervous and Mental Diseases* 183: 593-598.
- Carlat DJ & Carmago CA (1991) Review of bulimia nervosa in males. *American Journal of Psychiatry* 148 (7): 831-843.
- Carlat DJ, Carmago CA, Herzog DB (1997) Eating disorders in males: report on 135 patients. *American Journal of Psychiatry* 154 (8): 1127- 1132.
- Clark DM (1997) Panic disorder and social phobia. In DM Clark & CG Fairburn (Eds.) *Science and practice of Cognitive Behaviour Therapy*. Oxford Medical Publications. Oxford: Oxford University Press.
- Clark DM, Ball S, Pape D (1991) An experimental investigation of thought suppression. *Behaviour Research and Therapy* 29: 253-257.
- Cochrane C, Malcolm RM, Brewerton TD (1999) The role of weight control as a motivation for cocaine abuse. *Addictive Behaviors* 23: 7-13.
- Coelho R, Prata J, Ramos S (2006) *Perturbações do Comportamento Alimentar Anorexia Nervosa e Bulimia*. Sintra: Projecção - Arte Gráfica, SA.
- Cooper PJ & Fairburn CG (1984) The Clinical features of bulimia nervosa. *Brit J Psychiatry* 144: 238-246.

- Crisp AH & Burns T (1990) Primary anorexia nervosa in male and female: a comparison of clinical features and prognosis. In: Andersen AE Males with eating disorders (pp. 77-99). New York: Brunner/Mazel.
- Crisp AH (1997) Anorexia nervosa as flight from growth: assessment and treatment based on the model. In DM Gardner & PE Garfinkel (Eds.) Handbook of Treatment on Eating Disorders (2nd ed., pp.248-277). New York: Guilford Press.
- Cullberg J & Engstrom-Lindberg M (1988) Prevalence and incidence of eating disorders in a suburban area. Acta Psych Scand 78: 314-319.
- Davidson RJ (2003) Alterations in brain and immune function produced by *Mindfulness* meditation. Psychosomatic Medicine 65: 564-570.
- Dobson KS & Dozois DJA (2010) Historical and Philosophical Bases of the Cognitive-Behavioral Therapies. In: KS Dobson (Ed.) Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies (3rd ed., pp.3-38). New York/London: The Guilford Press.
- Eifert GH & Forsyth J (2005) Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders. New Harbinger Publications.
- Evans L & Wertheim EH (1998) Intimacy patterns and relationship satisfaction of women with eating problems and the mediating effects of depression, trait anxiety and social anxiety. J Psychos Res 44 (3/4): 355-365.
- Fairburn C (1997) Eating Disorders. In DM Clark & CG Fairburn (Eds.), Science and practice of cognitive behavior therapy (pp. 209-241). Oxford: Oxford University Press.
- Fairburn C, Shafran R, Cooper Z (1999) A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. Behaviour Research and Therapy 37: 1-13.
- Fairburn CG & Cooper PJ (1989) Eating disorders. In: Cognitive behavior therapy for psychiatric problems (pp. 227-314) Oxford: Oxford University Press.

- Fairburn CG (1995) Psychological and social problems associated with binge eating. In: Fairburn (pp. 42-66), C.G. New York: Overcoming Binge Eating
- Fairburn CG, (2008) Cognitive behavior therapy and eating disorders. New York London: The Guilford Press.
- Fairburn CG, Marcus MD, Wilson GT (1993) Cognitive behavior therapy for binge eating and bulimia nervosa: A treatment manual. In CG Fairburn & GT Wilson Binge eating: Nature, assessment, and treatment (pp. 361-404). New York: Guilford Press.
- Fairburn CG, Welch SL, Doll HA, Davies BA, O'Connor ME (1997) Risk factors for bulimia nervosa: A community-based case-control study. Archives of General Psychiatry 54: 509-517.
- Farrell C & Lee M (2005) Assessment of body size estimation: A review. European Eating Disorders Review 13: 75-88.
- Fichter M & Krenh H (2003) Eating Disorders in males. In: J Treasure, U Schmidt, E Furth (Eds.) Handbook of eating disorders (2nd ed.). England: Wiley & Sons
- Fitcher M & Quadflieg N (1995) Psychophysiology of eating disorders. In: HC Steinhausen (Ed.) Eating Disorders in Adolescence (pp. 301-337). New York: De Gruyter.
- Forman SF (2010) Eating disorders: Treatment and outcome. UpToDate. [consultado em 26.01.2011]. Disponível em: <http://www.uptodate.com>.
- Fruzzetti AE, Crook W, Erikson K, Lee J, Worrall JM (2008) Emotion regulation. In: WT O'Donohue & JE Fisher (Eds.) Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported techniques in your practice (2nd ed.). New York: Wiley
- Gambrill ED (1977) Behavior Modification: Handbook of Assessment, Intervention and Evaluation. San Francisco, Washington, London : Jossey-Bass, Publishers.

- Garner DM (2002) Body image and anorexia nervosa. In TF Cash & T Pruzinsky (Eds.) Body image: a handbook of theory, research and clinical practice (cap. 34). New York: The Guildford Press.
- Gelder M (1997) The scientific foundations of cognitive behaviour therapy. In DM Clark & CG Fairburn (Eds) Science and practice of Cognitive Behaviour Therapy. Oxford Medical Publications. Oxford: Oxford University Press.
- Germer CK (2005) *Mindfulness*: What is it? What does it matter? In CK Germer, RD Siegel & PR Fulton (Eds.) *Mindfulness* and psychotherapy (pp. 3-27). New York: The Guildford Press.
- Golden NH, Katzman DK, Kreipe RE, Stevens SL, Sawyer SM, Rees J, Nicholls D, Rome ES (2003) Eating Disorders in adolescents: position paper of Society for Adolescent Medicine. *Journal of Adolescent Health* 33: 496.
- Gonçalves O (2006) *Terapias Cognitivas: teorias e práticas (5ª edição)*. Porto: Edições Afrontamento
- Goss K & Gilbert P (2002) Eating disorders, shame and pride: A cognitive behavioral functional analysis. In: P Gilbert & J Miles (Eds.) *Body Shame – Conceptualisation, research and treatment*. Hove & New York: Brunner-Routledge.
- Gouveia J P (2000) Factores Etiológicos e Desenvolvimentais nos Distúrbios Alimentares. In Soares (Coord.) *Psicopatologia do desenvolvimento: Trajectórias (in)adaptativas ao longo da vida*(pp. 263-314). Coimbra: Quarteto.
- Gross JJ (2002) Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology* 39: 281- 291.
- Guidano V & Liotti G (1983) *Cognitive processes and emotional disorders*. New York: Guilford Press.
- Hanh NT (1976) *The miracle of Mindfulness: A manual for meditation*. Boston: Beacon.

- Harrison P, Geddes J, Sharpe M (2006) Guia Prático Climepsi de Psiquiatria (1ª edição, pp. 217-226). Lisboa: Climepsi Editores.
- Hayes SC & Wilson K (2003) *Mindfulness: Method and process*. Clinical Psychology: Science and Practice 10: 161-165.
- Hayes SC (1999) Acceptance and commitment therapy. New York: Guildford Press.
- Hayes SC (2004) Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. Behavior Therapy 35: 639-665.
- Hayes SC, Barnes-Holmes D, Roche B (2001) Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition. New York: Kluwer Academic, Plenum, Springer-Verlag.
- Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J (2006) Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. Behaviour Research and Therapy 44: 1-25.
- Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, Strosahl K (1996) Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimension approach to diagnosis and treatment. Journal of Consulting and Clinical Psychology 64: 1152-1168.
- Heffner M, Sperry J, Eifeirt GH, Detweiler M (2002) Acceptance and commitment therapy in the treatment of an adolescent female with anorexia nervosa: A case example. Cognitive and Behavioral Practice 9 (3): 232 - 236.
- Herscovici CR & Bay L (1997) Diagnóstico da anorexia nervosa. In: Anorexia nervosa e Bulimia – ameaças à autonomia. Edição Artes Médicas. Porto Alegre.
- Herzog DB, Nussbaum KM, Marmor AK (1996) Comorbidity and outcome in eating disorders. Psychiatric Clinic North AM 19: 843-59.
- Hetherington MM, Rolls BJ (1991) Eating behavior in eating disorders: response to refeeds. Physiol Behav 50: 101-8.

- Hsu LKG (1990) *Eating Disorders*. New York: The Guildford Press.
- Inês I (2006) Anorexia Nervosa – O fascínio desde o passado até à actualidade – Um processo histórico. *Psiquiatria Clínica* 27 (1): 99-105.
- Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Brook JS (2002) Childhood adversities associated with risk for eating disorders or weight problems during adolescence or early adulthood. *American Journal of Psychiatry* 159: 394-400.
- Kabat-Zinn J (1982) An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of *Mindfulness* meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry* 4: 33- 47.
- Kabat-Zinn J (1990) *Full Catastrophe Living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Delta.
- Kater K (2010) *New Pathways: Applying Acceptance and Commitment Therapy to the Treatment of Eating Disorders*. In: M Maine, BH Mcgilley, D Bunnell (Eds.) *Treatment of Eating Disorders: Bridging the research-practice gap* (1th ed., pp. 163-180). Elsevier
- Kinzl JF, Traweger C, Treafalt E, Mangweth B, Bielbl W (1999) Binge eating disorders in males: a population-based investigation. *Eating Weight Disorders* 4 (4): 169-174.
- Kristeller JL, Baer RA, Quillian-Wolever R (2006) *Mindfulness*-based approaches to eating disorders. In Baer R (Ed.) *Mindfulness and acceptance-based interventions: Conceptualization, application, and empirical support*. San Diego, CA: Elsevier.
- Linehan MM (1993) *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Macedo A, Soares MJ, Gomes A, Marques M, Pereira AT, Maia B, Bos S, Pato M, Azevedo MH (2006) Comportamento alimentar e perfeccionismo. *Psiquiatria Clínica* 27 (4): pp. 297-307.

- Machado PPP, Gonçalves S, Machado BC, Santos L, Santos R (2001) Tratamento Cognitivo Comportamental em Grupo da Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva: Um estudo exploratório. *International Journal of Clinical and Health Psychology* vol. 1 (2): 307-316.
- Machado PPP, Soares I, Sampaio D, Torres AR, Gouveia JP, Oliverira CV, COST B-6 (2004) Perturbações Alimentares em Portugal: Padrões de utilização dos Serviços. *Revista de informação e divulgação científica do NDCA* vol.1 nº1: 1-7.
- Marques DR (2010) Algumas linhas orientadoras em terapia cognitivo-comportamental: Dos manuais à prática clínica. *Psiquiatria Clínica* 31 (1): 71-78.
- Masuda A, Hayes SC, Sackett CF, Twohig MP (2004) Cognitive defusion and negative self-relevant thoughts: Examining the impact of a ninety-year-old technique. *Behaviour Research and Therapy* 42:477-485.
- Matos, AP (1991) Abordagem comportamental da anorexia nervosa. *Psicologia Clínica* 11 (4): 179-190.
- McCallum K (2010) The Case for Integrating *Mindfulness* in the Treatment of Eating Disorders. In: M Maine, BH Mcgilley, D Bunnell *Treatment of Eating Disorders: Bridging the research-practice gap* (1th edition, pp. 387-403). Elsevier
- Melin P & Araújo AM (2002) Transtornos alimentares em homens: um desafio diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 24 (3): 1-8.
- Moura E (1947) *Anorexia Mental*. Coimbra, Acta Universitatis Conimbrigensis.
- Oliveira EA & Santos MA (2006) Perfil psicológico de pacientes com anorexia e bulimias nervosas: A ótica do psicodiagnóstico. *Medicina, Ribeirão Preto* 39 (3): 353-360.
- Orlinsky DE, Grawe K, Parks BK (1994) Process and outcome in psychotherapy: Noch einmal. In: AE Bergin & SL Garfield (Eds.) *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 270-376). New York: Wiley.

- Pereira AT, Maia BR, Cabral A, Soares MJ, Bos S, Macedo A, Azevedo MH (2005) Distúrbios do Comportamento Alimentar no Sexo Masculino. *Psicologia Clínica* 26 (2): 83-96.
- Philippi ST & Alvarenga M. (2004) Transtornos alimentares: uma visão nutricional. In: TA Cordás, FT Salzano, SR Rios (Eds.) Os transtornos alimentares e a evolução no diagnóstico e no tratamento (pp. 39-62). Barueri: Manole.
- Pike KM, Devlin MJ, Loeb KL (2004) Cognitive-behavioral therapy in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder. In JK Thompson (Ed.) *Handbook of eating disorders and obesity* (pp. 130-162). Hoboken, NJ:Wiley
- Pope HG, Phillips KA, Olivardia R (2000) *The Adonis Complex. The secret crisis of male body obsession*. New York: The Free Press.
- Roemer L & Borkovec TD (1994) Effects of suppressing thoughts about emotional material. *Journal of Abnormal Psychology* 103: 467-474.
- Roemer L & Orsillo SM (2002) Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating *Mindfulness* / acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology: Science and practice* 9: 54-68.
- Sampaio D, Bouça D, Carmo I, Jorge, Z (1999) *Doenças do Comportamento Alimentar: Manual para o Clínico Geral* (1ª edição). Laboratórios Bial, Edições ASA, SA.
- Semple D & Smyth R (2009) Eating and impulse-control disorders. In: *Oxford Handbook of Psychiatry* (2nd ed., pp. 358-367). Oxford University Press.
- Serra AV (1997) Terapia cognitivo-comportamental: As “influências esquecidas” que intervêm na recuperação terapêutica. *Psiquiatria Clínica*, 18 (3): 175-186.

- Shafran R & Silva P (2003) Cognitive-Behavioural Models. In: J Treasure, U Schmidt, E Van Furth (Eds.) *The Handbook of Eating Disorders* (2nd ed., pp. 131-138). England: John Wiley & Sons Ltd.
- Siegel RD, Germer CK, Olendzki A (2009) *Mindfulness: What is it? Where did it come from?*. In: F. Didonna (Ed.) *Clinical Handbook of Mindfulness* (pp. 17-35). Springer
- Silverman JA (1990) Anorexia Nervosa in male: Early Historic Cases. In: AE Andersen (Ed.) *Males with eating disorders* (pp. 3-7). New York: Brunner/Mazel.
- Spitzer BL, Hendersen KA, Zilvian MT (1999) Gender differences in population versus media body sizes: a comparison over four decades. *Sex Roles* 40 (7/8): 545-565.
- Striegel-Moore R & McAvay G (1986) Psychological and behavioral correlates of feeling fat in women. *International Journal of Eating Disorders* 5:935-947
- Strober M & Humphrey LL (1987) Familial Contributions to the Etiology and Cause of Anorexia Nervosa and Bulimia. *J. Consulting and Clinical Psychology* 55 (5): 654-659.
- Teasdale JD, Segal ZV, Williams JMG (2003) *Mindfulness* training and problem formulation. *Clinical Psychology: Science and Practice* 10: 157-160.
- Thompson JK, Coovert MD, Stormer SM (1999) Body image, social comparison, and eating disturbance: A covariance structure modeling investigation. *International Journal of Eating Disorders* 26: 43-51.
- Vandenberghe L & Sousa ACA (2006) *Mindfulness* nas terapias cognitivas e comportamentais. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas* vol.2 n.1.
- Waller G & Kennerley H (2003) Cognitive-behavioral treatments. In J Treasure, U Schmidt, E Van Furth (Eds.) *The Handbook of eating disorders* (2nd ed, pp. 233-251). England: John Wiley & Sons Ltd.

- Waller G, Mountford V, Lawson R, Gray E, Cordery H, Hinrichsen H (2010) *Beating Your Eating Disorder: A Cognitive Behavioral Self-Help Guide for Adult Sufferers and Their Carers* (1th ed., pp. 10 – 14). New York: Cambridge University Press.
- Wallin G, Van Der Ster, Noring C, Holmgren S (1994) Binge eating versus nonpurged eating in bulimics: is there a carbohydrate craving after all?. *Acta Psychiatr Scand* 89: 376-81.
- Wilson GT & Pike KM (2001) Eating Disorders. In: DH Barlow (Ed.) *Clinical Handbook of Psychological Disorders. A step-by-step treatment manual* (3rd ed., pp. 332-375). New York: Guilford Press.
- Wilson GT (2004) Acceptance and change in the treatment of eating disorders: The evolution of manual-based cognitive-behavioral therapy. In SC Hayes, VM Follete, MM Linehan (Eds.) *Mindfulness and Acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: Guilford Press.
- Wilson GT (2005) Psychological treatment of Eating Disorders. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 1: 439-465.
- Zettle R & Hayes SC (1986) Dysfunctional control by client verbal behavior: The context of reason giving. *The Analysis of Verbal Behavior* 4: 30-38.