



**FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FACS**  
**CURSO: PSICOLOGIA**

**OS TRANSTORNOS ALIMENTARES SOB A**  
**PERSPECTIVA ANALÍTICO-COMPORTAMENTAL**

**BÁRBARA MONTEIRO DE OLIVEIRA**

**BRASÍLIA**  
**JUNHO/2005**

**BÁRBARA MONTEIRO DE OLIVEIRA**

**OS TRANSTORNOS ALIMENTARES SOB A  
PERSPECTIVA ANALÍTICO-COMPORTAMENTAL**

Monografia apresentada como  
requisito para conclusão do curso de  
Psicologia do UniCEUB - Centro  
Universitário de Brasília.

Prof. Orientador: Geison Isidro Marinho

Brasília/DF, Junho de 2005

Aos portadores de Transtornos Alimentares que buscam ajuda em um momento em que a beleza do ser humano é baseada somente em uma “embalagem”, não importando os meios utilizados para se chegar a um padrão nada saudável na busca de um reconhecimento que deve começar em si mesmo.

Aos meus queridos mestres, professores e em especial, ao meu orientador, Geison Isidro Marinho, que despertaram em mim a curiosidade e o gosto pela Análise do Comportamento e transformaram assim minha etapa acadêmica em um rico berço de informações que permanecerão em meu repertório.

## SUMÁRIO

Dedicatória	iii
Agradecimentos	iv
Sumário	v
Resumo	vi
Introdução	1
Anorexia	7
Bulimia	12
Etiologia	17
Tratamento	25
Conclusão	31
Referências Bibliográficas	34

## RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo apresentar os Transtornos Alimentares sob uma perspectiva Analítico Comportamental partindo do histórico de estudos sobre eles, enfocando as características do quadro clínico, sua etiologia e o tratamento com ênfase na Anorexia e Bulimia Nervosas. Conforme o DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), os Transtornos Alimentares são caracterizados por severas perturbações no comportamento alimentar, sendo os principais tipos a Anorexia Nervosa e a Bulimia Nervosa. A Anorexia Nervosa é caracterizada por uma recusa de manutenção do peso corporal em uma faixa normal mínima para na idade e altura. A Bulimia Nervosa é caracterizada por episódios repetidos de compulsões alimentares seguidas de comportamentos compensatórios inadequados, tais como vômitos auto-induzidos; mau uso de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos; jejuns ou exercícios excessivos. A etiologia dos Transtornos Alimentares é multideterminada, sendo estes desenvolvidos a partir da interação de diversos fatores predisponentes na vida do cliente, tais como: fatores biológicos, individuais, familiares, socioculturais e psicológicos. A investigação destes fatores é de grande importância para o levantamento de dados e para o estabelecimento de metas dentro do processo terapêutico que viabilizem um reestabelecimento do comportamento de comer. O tratamento desse transtorno exige um enfoque multidisciplinar e uma equipe interdisciplinar que deve ser constituída por psiquiatras, endocrinologistas, nutricionistas e psicólogos. Os psicoterapeutas Analítico Comportamentais utilizam várias técnicas comportamentais no decorrer do processo terapêutico, tais como: análise funcional, reformulação de regras, dessensibilização sistemática, treino de habilidades sociais, repertórios de controle e contracontrole, exposição e prevenção de respostas, intervenções verbais e não verbais, esclarecimentos entre outras. O vínculo estabelecido entre o terapeuta e o cliente é a base para o acontecimento e sucesso do processo terapêutico, pois não pode haver divergências com relação aos objetivos do tratamento. É de essencial importância a participação do cliente e de sua família em todo o processo do tratamento.

Os Transtornos Alimentares são definidos como desvios do comportamento alimentar que podem levar ao emagrecimento extremo (caquexia) ou à obesidade, entre outros problemas físicos e incapacidades (Ballone,2005). Os principais tipos de Transtornos Alimentares são a Anorexia Nervosa e a Bulimia Nervosa. Essas duas patologias são intimamente relacionadas por apresentarem alguns sintomas em comum: uma idéia prevalente envolvendo a preocupação excessiva com o peso, uma representação alterada da forma corporal e um medo patológico de engordar. Em ambos os quadros os pacientes estabelecem um julgamento de si mesmos indevidamente baseado na forma física, a qual freqüentemente percebem de forma distorcida.

O impacto que os Transtornos Alimentares exercem sobre as mulheres é mais prevalente, ainda que a incidência masculina esteja aumentando assustadoramente. Os Transtornos Alimentares são todos aqueles transtornos que se caracterizam pela apresentação de alterações graves na conduta alimentar e os mais freqüentes são Anorexia e Bulimia nervosas.

Desde a primeira vez em que foi descrita, a Anorexia Nervosa foi reconhecida como semelhante, mas ao mesmo tempo diferente dos transtornos inteiramente somáticos. Em 1694, Richard Morton descreveu dois pacientes, a quem diferenciava de outros pacientes tuberculosos como tendo definhamento nervoso. Em 1868, William Gull redescobriu a síndrome e, seis anos mais tarde, começou a usar o termo Anorexia Nervosa. Aproximadamente na mesma época, Ernest Charles Lasegue descreveu o transtorno independentemente, pois além de suas detalhadas descrições clínicas, este salientou que a perda de peso era provocada pela aversão psicológica ativa do paciente pela comida e observou o envolvimento familiar no transtorno.

Após este período de redefinição da Anorexia Nervosa como síndrome independente, Hilde Brunch, no início da década de 50, ajudou a moldar um entendimento dos aspectos psicopatológicos. A sugestão era que os esforços determinados para perder peso representavam uma tentativa distorcida de domínio, por pessoas que se sentiam desamparadas no mundo, associado ao sentimento de ineficiência com déficits da imagem corporal e com a consciência de estados emocionais interiores nos pacientes.

A Bulimia dói descrita por muito tempo como um sintoma de fome voraz; as primeiras descrições estão no Talmud Babilônico, compilado entre os anos 400 e 500 a.C. Como parte da síndrome de Anorexia nervosa, a Bulimia foi observada por Gull no ano de 1870. Depois disto, há poucos registros sobre a bulimia nervosa em relação com a Anorexia Nervosa nos 60 anos seguintes. Entretanto, descrições de casos começaram a surgir no início da década de 1940 com a descrição de Ludwig Binswanger. Quando Bruch revisou suas consultas no início da década de 70, menos de 25% dos pacientes anoréxicos também experimentavam bulimia, Em 1980, mais de 50% dos pacientes anoréxicos eram bulímicos.

Quando a atenção se voltava para a Bulimia devido à sua frequência cada vez maior dentro da síndrome de Anorexia nervosa, Gerald Russel descreveu um grupo de pessoas que ele acreditava terem uma variante da síndrome e chamou a condição de Bulimia Nervosa. No ano seguinte, 1980, a terceira edição do *Manual Diagnóstico e estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-III) forneceu critérios diagnósticos para a Bulimia como uma síndrome independente.

Um dos primeiros aspectos que deve ser investigado nos pacientes que sofrem de Transtornos Alimentares é a motivação que a paciente apresenta para o tratamento. A pessoa portadora de Anorexia frequentemente inicia o tratamento depois de acentuada perda de peso ou fracasso em atingir os ganhos de peso esperados diante a adolescência. Mesmo quando ela procura ajuda de maneira espontânea, tem como objetivo a modificação de problemas familiares, de dificuldades relacionais entre outros, tendo baixa motivação para tratar a perda de peso em si. Em função do distúrbio da percepção corporal, o indivíduo não se percebe com doente. A paciente já pode vir predisposta a não aderir ao



tratamento, antecipando a pressão por parte do terapeuta, devido ao fato dos parentes tentarem persuadí-la ou mesmo coagí-la a ganhar peso.

Segundo Fairburn e Cooper (1991) em *Psiquiatria – Ciência Comportamental e Fundamentos Clínicos*, a relutância em participar do tratamento também pode ser reflexo de uma baixa confiança em relacionamentos de maneira geral. A baixa auto-estima, a falta de habilidades sociais, assim como falta de assertividade, podem ser aspectos a serem observados. Em relações prévias, essas pacientes sentiram-se inferiorizadas ou rejeitadas e podem transpor tais sentimentos para o terapeuta. A qualidade da relação terapêutica é, portanto, determinante para o sucesso do tratamento. É importante deixar claro que há um interesse genuíno em ajudá-la, que não se vai enganá-la e que os sintomas podem ser manejados. Mostrar entendimento e empatia por seus sentimentos, especialmente em relação ao terror de vir a perder o controle sobre o peso, aceitando as crenças da paciente como genuínas para ela, facilita a relação terapêutica.

É necessário, na maioria das vezes, criar alguma motivação para o tratamento. Isto pode ser feito avaliando, do ponto de vista da paciente, aspectos insatisfatórios de sua vida e concentrando-se inicialmente neles tornar a alteração desses aspectos às metas iniciais do tratamento e gradualmente abordar outros temas, desde que um peso mínimo viável para tratamento seja mantido (Fairburn, 1985; Channon e Wardle, 1989) em *Tratado de Psiquiatria*.

Às vezes, a família nega ou minimiza o problema. O fato de evidenciar os sintomas resultantes da inanição, comprovados por dados laboratoriais, pode encorajar os pais e a paciente a aderirem ao tratamento, embora as anoréxicas muitas vezes, não se preocupem muito com o impacto da magreza pode ter sobre sua saúde. Já as bulímicas tendem a ter mais consciência de suas dificuldades e maior motivação para o tratamento.

A modificação do padrão alimentar é uma das metas do tratamento da Anorexia Nervosa, pois a restauração de um peso saudável, mesmo que não represente risco de vida

iminente, tem impacto sobre as crenças e as emoções da paciente. Algumas condições psiquiátricas, como a depressão, podem melhorar com o ganho de peso.

A quantidade de alimento digerido deve ser gradualmente aumentada, estabelecendo um padrão regular de alimentação que inclua três refeições e dois ou três lanches. Em um primeiro estágio, podem ser selecionados alimentos de baixa caloria, desde que a alimentação se torne regular e seja ingerida uma quantidade mínima de calorias. Na maioria das vezes nesse estágio, isto somente é conseguido se a paciente for supervisionada durante as refeições e depois delas (no caso de pacientes que induzem o vômito ou abusam de laxantes). O padrão regular de alimentação sendo estabelecido devem ser incluídos alimentos mais calóricos gradualmente, aumentando assim a quantidade calórica ingerida.

Após a ingestão de uma pequena refeição, as pessoas que sofrem de Anorexia podem acreditar terem comido demais e alegarem estar com o estômago cheio. Isso ocorre devido aos tratos digestivos dessas pessoas estarem desacostumados a digerir uma quantidade um pouco maior de comida. O sentimento de estar “entupida” é esperado depois de terem sido ingeridos alimentos percebidos como mais calóricos, intensificando o distúrbio de imagem corporal. A utilização de um conjunto adequado de contra-argumentações e de técnicas de distração auxilia a diminuir o desconforto da paciente após as refeições. É necessário que esta entenda que no início do tratamento, sua interpretação dos sinais fisiológicos de fome e saciedade encontram-se perturbados e suas percepções não são confiáveis, sendo assim, a alimentação deve ser feita de acordo com a prescrição da nutricionista, que estabelece horários e quantidade de alimentos a serem ingeridos.

À medida que a paciente melhora, deve gradualmente assumir a responsabilidade por sua alimentação. Devendo isso ocorrer após um treinamento de discriminação acurada de estados internos (fome e saciedade) e de escolhas alimentares balanceadas. A monitoração periódica da gordura corporal pode ser usada com controle de se a pessoa esta realmente seguindo o programa recomendado.

A redução da restrição dietética também é objetivada na Bulimia Nervosa, pois a dieta muito restritiva pode ser um facilitador do desenvolvimento de episódios de compulsão alimentar, dependendo das vulnerabilidades biológicas individuais. Muitas das pacientes com Bulimia acreditam apresentar um potencial para fome muito intenso, o qual deve ser estritamente controlado. Os regimes rígidos auto-impostos têm como consequência uma freqüente sensação de fome, reforçando tal crença. Ao invés de atribuírem a vontade de comer e os pensamentos recorrentes sobre alimento à rigidez da dieta, concluem ser um traço pessoal. As pacientes temem modificar o padrão de comportamento alimentar e perder o controle sobre o mesmo. Formando assim, um ciclo vicioso em que o medo de perder o controle sobre a fome intensifica o comportamento de fazer dieta, reforçando a crença de que apresentam uma fome incontável. O entendimento da relação entre a dieta restritiva e episódios de compulsão podem facilitar a adesão ao padrão regular de alimentação, que inicialmente não inclui alimentos com alta probabilidade de provocar episódios de compulsão alimentar ou vômito.

Apesar do melhor entendimento dos Transtornos Alimentares, ainda há controvérsias com relação aos critérios diagnósticos e aos métodos de tratamento. As semelhanças entre Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa são grandes, havendo diversos níveis de transição entre eles, como grande número de pacientes com história de Anorexia Nervosa desenvolve episódios de compulsão alimentar de Bulimia (*subtipo não-restritivo*, de acordo com o DSM-IV) e muitas bulímicas apresentam períodos de anorexia, podendo transitar de um estado para o outro. Indivíduos com Bulimia Nervosa podem ter perda de peso substancial, mas são capazes de mantê-lo no mínimo normal. As anoréxicas apresentam grave emagrecimento e desejo de redução de peso mais acentuada. O jejum e a perda de peso são estímulos para elas, enquanto as bulímicas encontram no próprio ato de se alimentar a satisfação de suas necessidades físicas e um meio de reduzir a ansiedade (CID-10, 1993; Fairburn, 1985; Fairburn e Cooper, 1991, Garner, 1995) em Tratado de Psiquiatria.

Com base na idéia de Freud de que a alimentação pode ser um substituto para o sexo, foi sugerido que a recusa de comer (anorexia) reflete a ansiedade do adolescente em

relação a impulsos sexuais emergentes. Em outras palavras, é considerado que as jovens com anorexia estão simbolicamente evitando a sexualidade pelo fato de evitar comer. Em relação a isto, é digno de nota que passar fome como acontece na anorexia de fato retarda o desenvolvimento sexual e pode inibir o impulso sexual. Na teoria psicanalítica, a anorexia nervosa foi formulada como uma defesa contra fantasias de fecundação oral ou regressão dos impulsos instintivos a partir do nível genital de desenvolvimento e formação sintomática em torno de conflitos orais.

Os teóricos cognitivos formulam a hipótese de que os indivíduos com transtornos alimentares sustentam crenças incorretas sobre seu “problema de peso” e que eles exageram as conseqüências do ganho de peso. A pessoa começa pensando que está acima do peso, fica preocupada que o peso possa se tornar um problema e adora um programa dietético razoável, mas com o passar do tempo, a pessoa começa a exagerar a seriedade do “problema de peso” focalizando em qualquer informação sugestiva de que há um problema e ignorando informações contrárias. Esta atenção seletiva conduz a crenças cada vez mais errôneas, dietas severas e, por fim, à Anorexia ou Bulimia.

Os teóricos da aprendizagem sugerem que os transtornos alimentares podem ser provocados por gratificações do ambiente. Porque “magreza é *in*” os indivíduos que estão perdendo peso podem ser gratificados por serem “esqueléticos e encantadores”, o que reforça o comportamento dietético inapropriado. Também é possível que alguns casos de Anorexia sejam causados por uma fobia classicamente condicionada por gordura ou pelo ato de comer. O fato de ganhar peso pode ser provocador de ansiedade e, porque comer conduz a ganho de peso, ansiedade pode ser associada á comer. Uma vez que não comer reduz a ansiedade, passar fome voluntariamente é em realidade gratificante. É também sugerido pelos teóricos da aprendizagem que o comer compulsivo, observado na Bulimia, é uma experiência breve, porém, intensamente prazerosa e que o comer compulsivo é usado para distrair os indivíduos e ajudá-los a evitar ansiedade.

## ANOREXIA

As características da Anorexia Nervosa de acordo com o DSM-IV (APA,1994) são: a recusa do indivíduo a manter um peso corporal na faixa normal mínima; temor intenso de ganhar peso; perturbação no modo de vivenciar o peso, tamanho ou forma corporal e nas mulheres pós-menarca ocorre a amenorréia, que é a ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos, quando é esperado ocorrer o contrário.

O indivíduo mantém um peso corporal abaixo de um nível normal mínimo para sua idade e altura. A perda de peso em geral é obtida, principalmente, por meio da redução do consumo alimentar total. Embora os indivíduos possam começar excluindo de sua dieta aquilo que percebem como sendo alimentos altamente calóricos, a maioria termina com uma dieta muito restrita, por vezes limitada a apenas alguns alimentos. Métodos adicionais de perda de peso incluem purgação (isto é, auto-indução de vômito ou uso indevido de laxantes ou diuréticos) e exercícios intensos ou excessivos.

A pessoa que pesa menos que 85% do peso considerado normal para a idade e altura costuma ser um dado valioso para se pensar em anorexia. A CID-10 (Classificação Internacional de Doenças) recomenda que a pessoa tenha um Índice de Massa Corporal (IMC) igual ou inferior a 17,5 kg/m<sup>2</sup> sugestivo de anorexia. O IMC é calculado dividindo-se o peso em quilogramas pela altura em metros. Essas medidas ou índices são apenas diretrizes sugeridas para o clínico, pois não é razoável especificar um padrão único para um peso normal mínimo aplicável a todos os pacientes de determinada idade e altura. Ao determinar um peso normal mínimo, o médico deve considerar não apenas essas diretrizes, mas sobretudo, a constituição corporal e a história ponderal do paciente.

Os indivíduos com esse transtorno têm muito medo de ganhar peso ou ficar gordos. Este medo intenso de engordar geralmente não é aliviado pela perda de peso. Na verdade, a preocupação com o ganho ponderal freqüentemente aumenta à medida que o peso real

diminui. A vivência e a importância do peso e da forma corporal são distorcidas nesses indivíduos. Alguns indivíduos acham que têm um excesso de peso global. Outros percebem que estão magros, mas ainda assim se preocupam com o fato de certas partes de seu corpo, particularmente abdômen, nádegas e coxas, estarem "muito gordas". Algumas pacientes apresentam rituais alimentares, como pesar todos os alimentos antes de ingeri-los, cortar o alimento em pedaços pequenos e evitar comer alimentos que tenham sido guardados junto com outros muito calóricos. Eles podem ainda empregar uma ampla variedade de técnicas para estimar seu peso, incluindo pesagens excessivas, medições obsessivas de partes do corpo e uso persistente de um espelho para a verificação das áreas percebidas como "gordas".

A auto-estima dos indivíduos com Anorexia Nervosa depende em alto grau de sua forma e peso corporais. A perda de peso é vista como uma conquista notável e como um sinal de extraordinária autodisciplina, ao passo que o ganho de peso é percebido como um inaceitável fracasso do autocontrole. Embora alguns indivíduos com esse transtorno possam reconhecer que estão magros, eles tipicamente negam as sérias implicações de seu estado de desnutrição. A amenorréia em geral é uma consequência da perda de peso mas, em uma minoria dos indivíduos, pode na verdade precedê-la. Em mulheres pré-púberes, a menarca pode ser retardada pela doença.

O indivíduo freqüentemente é levado à atenção profissional por membros da família, após a ocorrência de uma acentuada perda de peso (ou fracasso em fazer os ganhos de peso esperados). Quando o indivíduo busca auxílio por conta própria, isto geralmente ocorre em razão do sofrimento subjetivo acerca das seqüelas somáticas e psicológicas da inanição. Raramente o indivíduo com Anorexia Nervosa se queixa da perda de peso em si. Essas pessoas freqüentemente não possuem *insight* para o problema ou apresentam uma considerável negação quanto a este, podendo não ser boas fontes de sua história. Portanto, com freqüência se torna necessário obter informações a partir dos pais ou outras fontes externas, para determinar o grau de perda de peso e outros aspectos da doença.

Na Anorexia Nervosa podem ocorrer alterações metabólicas, gastrintestinais e cardiovasculares. A desnutrição e as alterações neuroendócrinas podem ocasionar pele seca, amarelada e recoberta por uma pelugem, unhas e cabelos quebradiços, sede excessiva, tontura, pouca tolerância ao frio, cefaléia, letargia, anemia e distúrbios de coagulação, entre outros. Em geral, esses sintomas desaparecem ou diminuem à medida que a alimentação normaliza-se (DSM-IV,1994; CID-10,1993).

A Anorexia Nervosa parece ter uma prevalência bem maior em sociedades industrializadas, nas quais existe abundância de alimentos e onde, especialmente no tocante às mulheres, ser atraente está ligado à magreza. O transtorno é provavelmente mais comum nos Estados Unidos, Canadá, Austrália, Japão e África do Sul, mas poucos trabalhos sistemáticos examinaram a prevalência em outras culturas. Os indivíduos que emigraram de culturas nas quais o transtorno é raro para culturas nas quais o transtorno é mais prevalente podem desenvolver Anorexia Nervosa, à medida que assimilam os ideais de elegância ligados à magreza. Fatores culturais também podem influenciar as manifestações do transtorno. Por exemplo, em algumas culturas, a percepção distorcida do corpo pode não ser proeminente, podendo a motivação expressada para a restrição alimentar ter um conteúdo diferente, como desconforto epigástrico ou antipatia por certos alimentos. A Anorexia Nervosa raramente inicia antes da puberdade, mas existem indícios de que a gravidade das perturbações mentais associadas pode ser maior entre os indivíduos pré-púberes que desenvolvem a doença. Entretanto, também há dados que sugerem que quando a doença inicia durante os primeiros anos da adolescência (entre 13 e 18 anos de idade), ela pode estar associada com um melhor prognóstico. Mais de 90% dos casos de Anorexia Nervosa ocorrem em mulheres.

A maior prevalência de Anorexia Nervosa tem sido relacionada à ênfase atual da sociedade ocidental sobre uma aparência irreal e magreza para as mulheres. Existem evidências substanciais de que o desejo de ser esbelta é comum entre as mulheres brancas de classe média superior, e de que a ênfase sobre a magreza tem aumentado bastante nas últimas décadas.

A preocupação da sociedade ocidental contemporânea com a necessidade de realização e desempenho por parte das mulheres - necessidade que pouco tempo atrás era mais tradicional: de deferência, obediência e falta de iniciativa - deixou muitas jovens mulheres vulneráveis ao desenvolvimento de transtornos alimentares tais como a Anorexia Nervosa. Esta demanda de papéis múltiplos e contraditórios está incorporada no conceito moderno de uma supermulher que desempenha todos os papéis esperados (por exemplo, é competente, ambiciosa e empreendedora, e ainda assim, feminina, carinhosa e *sexy*) e, além disso, devota considerável atenção à sua aparência.

Estudos sobre a prevalência entre mulheres na adolescência tardia e início da idade adulta verificam taxas de 0,5 a 1,0%, para apresentações que satisfazem todos os critérios para Anorexia Nervosa. Indivíduos que não atingem o limiar para o transtorno (isto é, com Transtorno Alimentar Sem Outra Especificação) são encontrados com maior frequência. Existem dados limitados envolvendo a prevalência deste transtorno em homens. A incidência de Anorexia Nervosa parece ter aumentado nos últimos 50 anos, um fenômeno em geral atribuído às mudanças das regras culturais sobre as formas corporais e peso desejáveis.

A idade média para o início da Anorexia Nervosa é de 17 anos, com alguns dados sugerindo picos bimodais aos 14 e aos 18 anos. O início do transtorno raramente ocorre em mulheres com mais de 40 anos. O aparecimento da doença frequentemente está associado com um acontecimento vital estressante, como sair de casa para cursar a universidade. O curso e o resultado da Anorexia Nervosa são altamente variáveis. Alguns indivíduos com Anorexia Nervosa se recuperam completamente após um episódio isolado, alguns exibem um padrão flutuante de ganho de peso seguido de recaída, e outros vivenciam um curso crônico e deteriorante ao longo de muitos anos. A hospitalização pode ser necessária para a restauração do peso e para a correção de desequilíbrios hidroeletrolíticos. Dos indivíduos baixados em hospitais universitários, a mortalidade à longo prazo por Anorexia Nervosa é de mais de 10%. A morte ocorre, com maior frequência, por inanição, suicídio ou desequilíbrio eletrolítico.



Uma vez que a Anorexia Nervosa costuma ter início na adolescência, acredita-se que as questões evolutivas desempenhem um importante papel etiológico. Desafios decisivos neste período da vida incluem a necessidade de estabelecer independência, uma identidade pessoal bem definida, relacionamentos satisfatórios e valores e princípios claros pra governar a própria vida. Disputas familiares, conflitos e torno da sexualidade e pressões para o aumento dos contatos heterossexuais também são comuns; contudo não é comprovado se as pessoas que têm Anorexia nervosa têm mais dificuldades nesses aspectos do que outros adolescentes.

A depressão foi apontada como um fator de risco inespecífico; e foi documentado que meninas adolescentes têm sintomas mais agudos de depressão, bem como insegurança, ansiedade e inibição, do que meninos adolescentes. Do mesmo modo, a progressão da maturação física e sexual e o aumento concomitante da porcentagem de gordura corporal no sexo feminino podem ter um impacto substancial sobre a auto-imagem de meninas adolescentes, sobretudo porque a relação entre auto-estima e satisfação com a aparência física e com características corporais é mais intensa em mulheres que em homens.

Existe um risco aumentado de Anorexia Nervosa entre os parentes biológicos em primeiro grau de indivíduos com o transtorno. Um risco maior de Transtornos do Humor também foi constatado entre os parentes biológicos em primeiro grau de indivíduos com Anorexia Nervosa, particularmente parentes de indivíduos com o Tipo Compulsão Periódica/Purgativo. Os estudos de Anorexia Nervosa em gêmeos descobriram taxas de concordância para gêmeos monozigóticos significativamente maiores do que para gêmeos dizigóticos.

Padrões familiares específicos de desencorajamento da independência podem também ser um fator contribuinte para o desenvolvimento da Anorexia Nervosa. É difícil avaliar esta área nos estudos retrospectivos que foram conduzidos até agora, pois é difícil saber se os padrões de comportamento familiar anormais são uma causa ou uma consequência do transtorno alimentar na criança.

## **BULIMIA**

Segundo o DSM-IV, a Bulimia Nervosa caracteriza-se por: compulsões alimentares periódicas e posterior sentimento de falta de controle sobre o comportamento alimentar durante tais episódios; empenho recorrente em comportamentos compensatórios inadequados para evitar ganho de peso, tais como: vômitos auto-induzidos, uso inadequado de laxantes, diuréticos, enemas ou outros medicamentos, dieta restritiva, jejum ou exercícios excessivos. Além disso, a auto-avaliação dos indivíduos com Bulimia Nervosa é excessivamente influenciada pela forma e peso do corpo. Para qualificar o transtorno, a compulsão periódica e os comportamentos compensatórios inadequados devem ocorrer, em média, pelo menos duas vezes por semana por três meses e o distúrbio não ocorre exclusivamente durante episódios de Anorexia Nervosa.

Uma compulsão periódica é definida pela ingestão, em um período limitado de tempo, de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria dos indivíduos consumiria sob circunstâncias similares. O clínico deve considerar o contexto no qual a compulsão periódica ocorreu — o que seria considerado um consumo excessivo em uma refeição comum poderia ser considerado normal durante uma celebração ou uma ceia festiva. Um "período limitado de tempo" refere-se a um período definido, geralmente durando menos de 2 horas. Um episódio isolado de compulsão periódica não precisa ser restrito a um contexto. O ato de ingerir continuamente pequenas quantidades de comida durante o dia inteiro não seria considerado uma compulsão periódica. Embora varie o tipo de alimento consumido durante os ataques de hiperfagia, ele tipicamente inclui doces e alimentos com alto teor calórico, tais como sorvetes ou bolos. Entretanto, as compulsões periódicas parecem caracterizar-se mais por uma anormalidade na quantidade de alimentos consumidos do que por uma avidez por determinados nutrientes, como carboidratos. Embora os indivíduos com Bulimia Nervosa, durante um episódio de compulsão periódica, possam consumir mais calorias do que as pessoas sem Bulimia Nervosa consomem durante uma refeição, a proporção de calorias derivadas de proteínas, gorduras e de carboidratos é similar.

Os indivíduos com Bulimia Nervosa tipicamente se envergonham de seus problemas alimentares e procuram ocultar seus sintomas. As compulsões periódicas geralmente ocorrem em segredo, ou tão secretamente quanto possível. Um episódio pode, ou não, ser planejado de antemão e em geral (mas nem sempre) é caracterizado por um consumo rápido. A compulsão periódica freqüentemente prossegue até que o indivíduo se sinta desconfortável, ou mesmo dolorosamente repleto. A compulsão periódica é tipicamente desencadeada por estados de humor disfóricos, estressores interpessoais, intensa fome após restrição por dietas, ou sentimentos relacionados a peso, forma do corpo e alimentos. A compulsão periódica pode reduzir temporariamente a disforia, mas autocríticas e humor deprimido freqüentemente ocorrem logo após.

Um episódio de compulsão periódica também se acompanha de um sentimento de falta de controle. Um indivíduo pode estar em um estado frenético enquanto leva a efeito a compulsão, especialmente no curso inicial do transtorno. Após a Bulimia Nervosa ter persistido por algum tempo, os indivíduos podem afirmar que seus episódios compulsivos não mais se caracterizam por um sentimento agudo de perda do controle, mas sim por indicadores comportamentais de prejuízo do controle, tais como dificuldade em resistir a comer em excesso ou dificuldade para cessar um episódio compulsivo, uma vez iniciado. O prejuízo no controle associado com a compulsão periódica da Bulimia Nervosa não é absoluto, já que, por exemplo, um indivíduo pode continuar comendo enquanto o telefone toca, mas interromper o comportamento se um colega ou cônjuge ingressar inesperadamente no mesmo aposento.

Outra característica essencial da Bulimia Nervosa é o uso recorrente de comportamentos compensatórios inadequados para prevenir o aumento de peso. Muitos indivíduos com Bulimia Nervosa empregam diversos métodos em suas tentativas de compensarem a compulsão periódica. A técnica compensatória mais comum é a indução de vômito após um episódio de compulsão periódica. Este método purgativo é empregado por 80 a 90% dos indivíduos com Bulimia Nervosa que se apresentam para tratamento em clínicas de transtornos alimentares. Os efeitos imediatos do vômito incluem alívio do desconforto físico e redução do medo de ganhar peso. Em alguns casos, o vômito torna-se

um objetivo em si mesmo, de modo que a pessoa come em excesso para vomitar ou vomita após ingerir uma pequena quantidade de alimento. Os indivíduos com Bulimia Nervosa podem usar uma variedade de métodos para a indução de vômitos, incluindo o uso dos dedos ou instrumentos para estimular o reflexo de vômito. Os indivíduos em geral se tornam hábeis na indução de vômitos e por fim são capazes de vomitar quando querem. Outros comportamentos purgativos incluem o uso indevido de laxantes e diuréticos. Aproximadamente um terço dos indivíduos com Bulimia Nervosa utiliza laxantes após um ataque de hiperfagia. Raramente, os indivíduos com este transtorno utilizam enemas após os episódios compulsivos, mas este quase nunca é o único método compensatório empregado.

Os indivíduos com Bulimia Nervosa podem jejuar por um dia ou mais ou exercitar-se excessivamente na tentativa de compensar o comer compulsivo. Exercícios podem ser considerados excessivos quando interferem significativamente em atividades importantes, quando ocorrem em momentos ou contextos inadequados ou quando o indivíduo continua se exercitando apesar de lesionado ou de outras complicações médicas. Raramente, os indivíduos com este transtorno podem tomar hormônio da tiróide na tentativa de prevenir o aumento de peso. Os indivíduos com diabetes melito e Bulimia Nervosa podem omitir ou reduzir as doses de insulina, para reduzir o metabolismo dos alimentos consumidos durante os ataques de hiperfagia. Os indivíduos com Bulimia Nervosa colocam uma ênfase excessiva na forma ou no peso do corpo em sua auto-avaliação, sendo esses fatores, tipicamente, os mais importantes na determinação da auto-estima. As pessoas com o transtorno podem ter estreita semelhança com as que têm Anorexia Nervosa, em seu medo de ganhar peso, em seu desejo de perder peso e no nível de insatisfação com seu próprio corpo. Entretanto, um diagnóstico de Bulimia Nervosa não deve ser dado quando a perturbação ocorre apenas durante episódios de Anorexia Nervosa.

A Bulimia Nervosa ocorre, conforme relatado, com frequências aproximadamente similares na maioria dos países industrializados, incluindo os Estados Unidos, Canadá, Europa, Austrália, Japão, Nova Zelândia e África do Sul. Poucos estudos examinaram a prevalência da Bulimia Nervosa em outras culturas. Em estudos clínicos da Bulimia

Nervosa nos Estados Unidos, os indivíduos com este transtorno eram principalmente brancos, mas o transtorno também foi relatado entre outros grupos étnicos. Em amostras clínicas e populacionais, pelo menos 90% dos indivíduos com Bulimia Nervosa são mulheres. Alguns dados sugerem que os homens com Bulimia Nervosa têm maior prevalência de obesidade pré-mórbida do que as mulheres com o transtorno.

A prevalência da Bulimia Nervosa entre mulheres adolescentes e adultas jovens é de aproximadamente 1-3%; a taxa de ocorrência deste transtorno em homens é de aproximadamente um décimo da que ocorre em mulheres. A maior prevalência tem sido relacionada à ênfase atual da sociedade sobre uma aparência irreal e magreza para as mulheres.

A Bulimia Nervosa começa ao final da adolescência ou início da idade adulta. A compulsão periódica frequentemente começa durante ou após um episódio de dieta. O comportamento alimentar perturbado persiste por pelo menos vários anos, em uma alta porcentagem das amostras clínicas. O curso pode ser crônico ou intermitente, com alternância de períodos de remissão e recorrências de ataques de hiperfagia. O resultado da Bulimia Nervosa à longo prazo é desconhecido.

Diversos estudos sugerem uma maior frequência de Bulimia Nervosa, de Transtornos do Humor e de Abuso e Dependência de Substância em parentes biológicos em primeiro grau de indivíduos com Bulimia Nervosa. Uma tendência familiar para a obesidade pode existir, mas não foi definitivamente comprovada.

Assim como na Anorexia Nervosa os padrões familiares específicos de desencorajamento da independência podem também podem ser um fator contribuinte. Sendo difícil avaliar esta área nos estudos retrospectivos que foram conduzidos até agora, pois é difícil saber se os padrões de comportamento familiar anormais são uma causa ou uma consequência do transtorno alimentar na criança.

Os fatores evolutivos da Bulimia e da Anorexia são similares uma vez que estes transtornos costumam ter início na adolescência e as questões referentes á essa fase desempenham importante papel. A necessidade de adquirir independência, identidade pessoal, satisfação nos relacionamentos e condições para se auto governar, assim como as divergências familiares, conflitos em torno na sexualidade também são comuns; contudo não é comprovado se as pessoas que têm tanto Anorexia, como Bulimia nervosa têm mais dificuldades nesses aspectos do que outros adolescentes.

## ETIOLOGIA

De acordo com o neuropsiquiatra Franklin Ribeiro (citado em Bellini, 2003, p. 24) “todas as expressões do ser são sócio-psicossomáticas”, ou seja, o ser humano recebe estímulos por meio da educação e da sociedade e pode elaborá-los, compreendê-los ou somatizá-los. Há evidências de que os transtornos alimentares são multideterminados, desenvolvendo-se a partir da interação de diversos fatores predisponentes, como os socioculturais, familiares, biológicos e psicológicos (Duchesne, 1998).

- Fatores Biológicos: A Anorexia Nervosa e a Bulimia Nervosa são mais comuns entre parentes biológicos de primeiro grau daqueles que tem o transtorno do que na população em geral.
- Fatores Sócio-culturais: O contexto cultural influencia os modelos ideais individuais, criando pressões para que as pessoas tentem se adequar a determinados padrões. A mídia veicula para a mulher a mensagem de que beleza, felicidade e autovalor associam-se a um corpo magro. As mulheres procuram se adequar a esse padrão de beleza para serem respeitadas e socialmente aceitas, então é um dos fatores que se correlacionam com o aumento da incidência de transtornos alimentares.
- Fatores Familiares: Em geral, a família de pacientes de transtornos alimentares dá extrema importância para as aparências, querendo parecer bem sucedida o tempo todo. Estes valores estão refletidos na pressão constante para se vestir na moda e ter aparência saudável e atraente (magra). A família é rígida, muito resistente a mudanças e com dificuldades para se ajustar às demandas maturacionais de seus membros.
- Fatores Individuais: Anoréticos e bulímicos tendem a ser muito autocríticos, perfeccionistas e sensíveis a crítica, o que os tornam vulneráveis às

pressões sociais. Tem baixa auto-estima. Percebem-se como inadequados em muitas áreas de funcionamento pessoal ou social e como incapazes de lidar com problemas de modo geral, o que dificulta sua independência, e sendo seu comportamento em grande parte dirigido pelos demais, percebem-se como tendo pouca capacidade de controle sobre sua vida.

- Interação dos fatores: Uma condição antecedente nos transtornos alimentares é um aumento de peso, que fica acima do “ideal”. Para reduzir a discrepância entre seu tamanho corporal real e o “ideal” este faz regime alimentar, com regras rígidas e hábitos alimentares inadequados. Essa preocupação com a dieta aparentemente normal pode progredir para a auto-inanição e o desenvolvimento de anorexia nervosa. Contudo, é difícil se manter com fome e alguns desenvolvem a crença de que podem facilitar a perda de peso induzindo vômito ou utilizando diuréticos e laxantes. Uma vez que a dieta rígida e os métodos de purgação facilitam a ocorrência dos ataques, formando-se um ciclo vicioso.

A sobrevivência da espécie tem como requisito fundamental a obtenção de alimento de seu meio em quantidade suficiente para seu gasto de energia, onde pequenas variações são permitidas, como por exemplo, ficar sem uma refeição sem maiores conseqüências.

Inicialmente, predominava a teoria periferalista do comportamento alimentar, a qual considerava que a fome seria devida às sensações periféricas, especialmente às contrações do estômago. Assim, os defensores dessa idéia concluíram que a sensação de fome provém da estimulação sensorial provocada por tais contrações. Desta forma, uma pessoa estaria saciada quando o estômago estivesse distendido e as contrações cessassem.

Surgiram evidências contrárias a esta idéia com o passar dos anos, pois através de experimentos, notou-se que em animais com seus estômagos extirpados podiam apresentar um consumo regular de alimentos. Com essas evidências, a idéia de que o controle do



comportamento alimentar pudesse ocorrer no SNC – a teoria centralista, que está baseada em experimentos que demonstram que o hipotálamo exerce um claro controle sobre o comportamento alimentar.

O papel do hipotálamo na regulação do apetite se integra aos múltiplos sinais sensoriais que cuidam do meio interno e mantém a homeostase no organismo através da ativação e desativação do comportamento em busca do alimento. Sendo assim, o hipotálamo desempenha um papel central na regulação da homeostase do meio interno, através de ajustes neuroendócrinos e comportamental. Essas condições internas que ativam o comportamento voluntário são referidas como estados motivacionais ou impulsos. (Tortora, 2000).

O neurotransmissor do sistema de recompensa é a dopamina, logo existe a possibilidade que a via dopaminérgica não seja apenas uma “via de alimentação”, mas parte de um sistema mais amplo que medeia a motivação, e o desequilíbrio deste sistema pode promover uma diminuição da atenção para o estímulo que normalmente motiva o indivíduo. A perda do valor reforçador do alimento é chamado Anorexia Nervosa, que é a falta de apetite com perda de peso decorrente de causas orgânicas, a redução da atividade de vias dopaminérgicas retira o prazer da auto-estimulação do SNC, evitando a euforia produzida pela anfetamina, eliminando o prazer de comer.

Vários mecanismos fisiológicos periféricos e centrais atuam de forma orquestrada para manter o peso corporal relativamente constante, através de feedback que controla a ingestão de alimentos, sendo evidente que o ponto de equilíbrio varia de indivíduo para indivíduo e sofre influência de uma série de fatores como estresse, palatabilidade do alimento e exercício.

Quando a relação custo benefício da comida é danificada, a margem de operações do organismo fica comprometida, sendo que os fatores psicológicos desempenham um papel determinante na luta do homem em manter o seu peso ideal.

A bulimia e a anorexia nervosa são perturbações que envolvem esses mecanismos de controle. Dentre os fatores etiológicos da bulimia está uma ansiedade associada com o término de uma fase na vida do indivíduo ou o início de uma nova atividade como terminar os estudos e começar a trabalhar.

O estresse é tido como o principal fator desencadeante da anorexia. Dentre os estudos realizados há um estudo onde é relatado que subjacente ao estresse que precipitou a anorexia, na maioria dos pacientes estava o medo de um fracasso na vida profissional, baixo desempenho escolar e perfeccionismo.

Estes estudos mostram que se pode destacar traços de personalidade que se associam à anorexia nervosa. As pacientes que controlam seu peso mediante a restrição do que as que comem costumam ser mais obsessivas. Em geral, suas expectativas pessoais são muito elevadas, com grande necessidade de agradar os demais, para se sentirem aceitas e assim manter a sua auto-estima. As anoréxicas tipo bulímico geralmente são impulsivas, com tendência a depressão e sexualmente mais desinibidas.

Há um grande número dessas famílias cujos membros mantêm vínculos que se caracterizam por serem muito adesivos, por estarem sempre juntos e muito dependente uns dos outros; famílias que tendem a minimizar os conflitos e costumam estar convencidas de que, se não fosse a anorexia da paciente, tudo estaria bem. Tais famílias geralmente desestimulam o desenvolvimento das atividades de seus membros fora de casa e apresentam-se muito fechadas em si mesmas. Padrões familiares específicos de desencorajamento da independência são fatores contribuintes para o desenvolvimento de Transtornos Alimentares.

É possível que, pessoas com transtornos alimentares tiveram como modelos, pais pouco afetivos, mais irritáveis, hostis e críticos. Tornando-se assim, pessoas mais autocríticas e apresentando maiores dificuldades em equilibrar suas emoções. Fichtner (1997, citado em Brandão, 2003, p. 72) afirma que “pais excessivamente críticos e perfeccionistas assinalam com mais frequência as eventuais falhas e fracassos de seus

filhos, gerando neles ansiedade de desempenho conforme a expectativa parental, e conseqüentemente sentimentos de menos-valia. Por outro lado, pais extremamente permissivos podem incitar na criança sentimentos de abandono e rejeição, o que dificulta a sua adaptação em ambientes extrafamiliares”.

É provável que na infância da pessoa portadora de Transtorno Alimentar houve pouco reforçamento positivo e o estabelecimento de altos padrões de desempenho. É possível ainda que esta pessoa possa ter tido relações familiares caracterizadas por altos índices de conflitos, pouco apoio e apego inseguro. Este último relacionado a inseparabilidade do comportamento da criança das contingências estabelecidas pelas relações familiares.

Tanto o pensar, como o sentir e o agir no portador de Transtorno Alimentar estão comprometidos pelas contingências ambientais às quais ele se expõe: crenças errôneas do conceito de beleza; sentimentos de baixa auto-estima e emissão de comportamentos inadequados. Assim, dentro do contexto familiar o qual está exposto, e às influências contínuas do meio, este indivíduo irá provocar as relações de reforçamento e evitar as de punição estabelecidas na família do indivíduo.

Quando se observa uma família com essas características, no momento da consulta, deve-se fazer uma advertência a respeito. Qualquer um que conheça o sofrimento e a preocupação que provoca, em uma família, presenciar de modo impotente e durante longo tempo a evolução de uma anorexia nervosa, compreenderia que essas características também podem ser resultantes de uma tentativa de adaptar-se a essa difícil situação.

Entretanto, a rigidez para acomodar-se às mudanças do desenvolvimento que traz como conseqüências distintas maneiras de desestimular a independência parece ser uma característica freqüente dessas famílias. Isso faz com que as pessoas, cujos pais são freqüentemente guiados pelo êxito, o rendimento e a preocupação pelo aspecto físico, se sintam insegura e em desvantagem, frente à demanda das novas etapas da vida.

Atualmente já se descreve o que poderia ser chamado de comportamento de risco para desenvolver um distúrbio alimentar. Em geral, os pacientes bulímicos ou anoréxicos, muito antes da doença estabelecida, já apresentavam alguma alteração emocional e do comportamento. Emocionalmente esses pacientes de risco apresentavam alguma crítica constante a alguma parte do corpo, insatisfação com o peso, enfim, alguma alteração na percepção corporal (Dismorfia) com diminuição gradativa de suas atividades sociais. A característica essencial da Dismorfia Corporal (Transtorno Dismórfico Corporal pela CID.10 e DSM.IV ou, historicamente, Dismorfofobia) é uma preocupação com algum aspecto na aparência, sendo este aspecto obsessivamente imaginado ou, se realmente houver algo presente, a preocupação sobre isso é acentuadamente excessiva e desproporcional. Essa preocupação exagerada causa sofrimento significativo ou prejuízo no funcionamento sócio-ocupacional. O conceito ideal atual a se perseguir incessantemente é ser belo(a), jovem e magro(a). As pessoas em geral, e os adolescentes em particular, costumam crer que modelos, artistas de cinema e de televisão sejam protótipos a serem copiados. A questão estética deixa, assim de ser harmonia e passa a ser imposição. Por outro lado, a severidade na distorção da percepção da imagem corporal, extremamente grave nos pacientes com Anorexia e Bulimia, pode ser um sério fator de risco no desenvolvimento de Transtornos da Conduta Alimentar. No que diz respeito à imagem corporal e propensões aos Transtornos Alimentares, numerosas investigações têm documentado o importantíssimo papel da auto-avaliação e da insatisfação da pessoa sobre sua imagem corporal. Os estudos indicam também que as alterações da imagem corporal podem ser a causa de problemas emocionais importantes na adolescência e início da juventude, podendo atuar como um fator de risco predisponente, precipitante ou mantenedor dos Transtornos Alimentares (Lettner,1987).

Na cultura ocidental atual, o conceito de beleza está associado à juventude, como se o belo fosse, necessariamente, igual a ser jovem. Talvez por isso nossa era vive batendo recordes na cirurgia de rejuvenescimento e no consumo de medicamentos para emagrecer.

Aquisição de conceitos refere-se ao processo de aquisição de um comportamento sob controle de estímulos, estabelecido a partir de uma história de reforçamento

(Skinner,1944/1985). Conceito é um termo que descreve uma relação de contingência tríplice.

A auto-estima dos indivíduos portadores de Transtorno Alimentar depende em alto grau de sua forma e peso corporais. A perda de peso é vista como uma conquista notável e como um sinal de extraordinária autodisciplina, ao passo que o ganho de peso é percebido como um inaceitável fracasso do autocontrole.

Uma vez que tais transtornos costumam ter início na adolescência, acredita-se que as questões evolutivas desempenhem um importante papel etiológico. Desafios decisivos neste período da vida incluem a necessidade de estabelecer independência, uma identidade pessoal bem definida, relacionamentos satisfatórios e valores e princípios claros pra governar a própria vida. Disputas familiares, conflitos e torno da sexualidade e pressões para o aumento dos contatos heterossexuais também são comuns.

A Teoria da Aprendizagem é importante na etiologia dos Transtornos Alimentares, pois estes são decorrentes de um processo de aprendizagem, para qual contribuem diversos fatores sociais, individuais e somáticos.

Segundo Duchesne (2001), na Anorexia e Bulimia Nervosa existem como variáveis antecedentes os fatores motivacionais do indivíduo, que podem ser: o sobrepeso, a escassez de reforço social, críticas e cobranças sociais, aversividade ao contexto familiar e padrões sociais de valor. Alguns destes fatores servem de operação estabelecadora (motivação) para a diminuição e também aprendizagem da não emissão do comportamento de comer com o fim de obter reforços sociais vinculados á magreza. As variáveis conseqüentes são os reforços buscados como: elogio, aceitação, atenção, remoção de críticas, diminuição de cobranças e adequação aos padrões sociais. A imposição da cultura faz com que a obtenção desses reforços seja alcançada a qualquer custo. Aprende-se assim uma regra de que a magreza está relacionada com o reforço social, formando um ciclo vicioso e perigoso para o portador de Transtorno Alimentar.

É possível observar que os portadores de Bulimia Nervosa reagem à situações de acentuada tensão emocional mediante a ingestão de grandes quantidades de alimentos, ao invés de aplicarem as outras estratégias (repertórios) para solucionar estes problemas e reduzir a ansiedade. Como meio imediato de redução da ansiedade, o consumo de alimentos produz efeito; à curto prazo que é positivo em termos de eventos encobertos (relaxante e calmante). Posteriormente, porém, a ingestão de alimentos produz sentimentos como culpa, sensações físicas desagradáveis e receio de aumentar o peso. A eliminação dos alimentos pelos métodos compensatórios, quer aprendida por modelação, quer em consequência de esclarecimento por terceiros, traz certo alívio de curta duração. Mais cedo ou mais tarde, porém, surgem outras situações em que um repertório diferenciado é exigido deste indivíduo e para novamente minimizar a ansiedade, este volta a recorrer à ingestão de quantidades exageradas de alimentos, perpetuando assim um ciclo vicioso.

## TRATAMENTO

O tratamento dos Transtornos Alimentares exige um enfoque multidisciplinar e uma equipe interdisciplinar constituída por psicólogos, psiquiatras, endocrinologistas, nutricionistas e clínicos gerais, entre outros (Duchesne, 1998).

Um grande impedimento, comum no tratamento de pacientes com Transtornos Alimentares, é a sua divergência quanto aos objetivos do tratamento. O portador deste transtorno não vê muito dos aspectos de sua doença como um problema a ser tratado. Além disso, essa atitude pode advir de diversas preocupações do cliente, como desconfiança básica em relacionamentos, sentimentos de vulnerabilidade e inferioridade e sensibilidade à coerção percebida. Estas preocupações podem ser expressas por meio de considerável resistência, oposição ou pseudo-obediência às intervenções do terapeuta. O terapeuta deve tentar evitar compactuar com as tentativas do paciente de minimizar os problemas, mas ao mesmo tempo precisa permitir à paciente independência suficiente para manter a aliança, frisando sempre que as mudanças no comportamento irão depender da participação ativa do cliente. Lidar com estes dilemas é desafiador e exige uma abordagem corajosa por parte do terapeuta. Na maioria dos casos, é possível preservar a aliança e ao mesmo tempo aderir aos limites estabelecidos e à necessidade de mudança.

A elaboração de um programa de tratamento Comportamental para o tratamento dos Transtornos Alimentares deve incluir técnicas comportamentais e orientações quanto à educação alimentar e ao restabelecimento de um padrão regular de alimentação. Isso é fundamental para que seja recobrado o equilíbrio entre apetite e saciedade.

Em uma intervenção comportamental, o terapeuta deve estabelecer como meta: compreender como o problema se instalou; quais variáveis o mantém; como pode ser modificado; levantar e testar hipóteses; sugerir planos de controle de variáveis; levar o cliente à auto-observação; levar o cliente ao autoconhecimento; tornar o cliente independente e desenvolver novos repertórios. Para tanto, o arsenal terapêutico constitui-se

de cinco etapas, que são: entrevista inicial, formulação comportamental, tratamento, processo de alta e follow-up.

Durante a entrevista inicial, deve-se buscar a identificação do problema e da situação atual de vida, conhecer a história médica, psiquiátrica e psicológica, conhecer a motivação para a terapia e as metas do cliente para a terapia, bem como fazer o levantamento dos reforços. Na formulação comportamental, o terapeuta busca o conjunto de análises funcionais que estão entrelaçadas e determinam os padrões comportamentais do cliente. Nessa etapa, deve-se delinear a análise funcional do Transtorno Alimentar. Esta deve esclarecer os fatores de desenvolvimento e manutenção deste, assim como a interligação entre os sintomas do Transtorno Alimentar e outras dificuldades. Para fazer a análise funcional deve-se: a) investigar os padrões prévios de perda e ganho de peso; b) os eventos associados às oscilações de peso; c) os comportamentos e regras associados ao peso, formato corporal e alimentação; d) a ocorrência de métodos de purgação e as situações críticas para sua ocorrência; e) a presença de ataques, sua gravidade, frequência e situações desencadeantes; f) os hábitos alimentares; g) os sentimentos associados à imagem corporal e h) o nível de funcionamento social e familiar.

O tratamento dispensado em casos de transtornos alimentares está centrado basicamente na redução e eliminação de comportamentos inadequados, tais como: a restrição alimentar auto-imposta; uso de métodos compensatórios e o uso de laxantes e diuréticos. Tal conceituação deve ser continuamente checada e reformulada à luz de novas observações. Muitas pacientes encontram extrema dificuldade em fornecer dados precisos, em especial no início do tratamento. A avaliação inicial pode ser facilitada por informações de familiares e por escalas de auto-avaliação, como Teste de Atitudes Alimentares – EAT.

A automonitoria também pode fornecer dados ao terapeuta e facilitar que o próprio cliente comece a perceber as variáveis envolvidas em seus comportamentos. Ele deve fornecer dados relativos à qualidade e à quantidade de alimentos ingeridos, a situações, pensamentos e sentimentos, ao nível de fome e ao grau de controle percebido, a se esta



classifica a quantidade de alimento ingerido como um episódio de compulsão alimentar, ao local onde o alimento foi ingerido e se houve vômito ou outro comportamento purgativo.

A história de privação alimentar de um indivíduo pode ser significativa para o desenvolvimento de alterações persistentes no padrão alimentar. Na anorexia nervosa, a restauração do peso é um dos objetivos iniciais. Na bulimia nervosa é importante também diminuir a restrição alimentar para diminuir a ocorrência de ataques já que a dieta restritiva é uma dos desencadeadores destes (Duchesne, 2002).

O aumento de a ingestão alimentar pode ser implementado gradualmente. Primeiro deve ser estabelecido um padrão regular de alimentação. A meta é conseguir que o cliente siga uma alimentação que inclua três refeições e dois ou três lanches planejados. O cliente tende a selecionar apenas alimentos de baixa caloria o que nesse estágio não oferece problema, desde que a alimentação se torne regular.

Uma vez que o padrão regular de alimentação tenha sido estabelecido, o cliente deve ser incentivado a relaxar os controles sobre a dieta, incorporando alimentos de maior valor calórico, enquanto mantém o padrão regular de alimentação. A diminuição da restrição dietética aumenta o medo de engordar do cliente. Para controlar essa variável deve ser feita a monitoração do peso, associando-a a uma reformulação de regras (Duchesne, 1997).

Deve ser explicada ao cliente que o ataque, mesmo seguido por vômito, permite grande absorção de calorias e que a regularização da alimentação e a eliminação do vômito diminuem a probabilidade de os ataques ocorrerem, reduzindo assim, a quantidade total de calorias ingeridas. A indução do vômito é um dos fatores de manutenção do ataque. Assim, a eliminação do vômito reduz a probabilidade do cliente atacar.

O episódio de compulsão alimentar é favorecido pela restrição alimentar e pelos demais mecanismos compensatórios usados para controlar o peso. Uma técnica eventualmente utilizada para reduzir a urgência para atacar e provocar vômito é a

*Exposição mais Prevenção de Respostas.* Esta técnica pode ser útil no aumento da ingestão de alimentos “proibidos” e na redução da frequência de ataques e dos métodos de purgação. Funciona como um experimento que permite ao cliente testar, por meio de suas próprias experiências, a veracidade de suas crenças a respeito de sua possível perda de controle sobre o alimento e a possibilidade de ganhar peso sem parar.

A eliminação do uso de laxantes e diuréticos é realizada de forma gradual, uma vez que a alimentação tenha se tornado mais regular. É importante evidenciar ao cliente que o aumento de peso, que eventualmente ocorre nesta fase, deve-se à retenção hídrica e não ao aumento de gordura corporal.

Para aumentar a probabilidade de manutenção dos resultados devem ser utilizadas técnicas para prevenção da recaída, que consistem em o cliente e ao terapeuta identificarem possíveis dificuldades futuras e planejarem estratégias adequadas para lidar com elas, melhorando assim, o autocontrole. Nesse sentido, o *Treino em Solução de Problemas* pode ser muito útil. As habilidades necessárias à solução dos problemas podem ser praticadas com o cliente por meio do ensaio comportamental. Pode ser necessário fazer um *Treino de Habilidades Sociais*, entre outras medidas (Duchesne, 1998).

Na medida em que o peso aumenta, o processo terapêutico pode começar a abordar outras questões além da angústia gerada pelo ganho de peso. Por exemplo, é sempre importante o cliente reconhecerem que passaram a basear grande parte de sua auto-estima na dieta e no controle do peso, e que provavelmente se julgam por padrões severos e inflexíveis. Do mesmo modo, deve-se ajudar os clientes a ver como o Transtorno Alimentar interferiu na realização de metas pessoais, tais como educação, esportes ou fazer amigos.

Nas situações de alto risco, quando a capacidade de controle parece estar pobre, o cliente deve se engajar em atividades incompatíveis com o ataque. É importante fazer o cliente orientar-se para o processo e não para o resultado. Os ataques não desaparecerão abruptamente, sendo mais provável a ocorrência de uma gradual redução a partir da prática das habilidades aprendidas. Uma única estratégia provavelmente não eliminará os ataques e

os vômitos e no processo de tratamento; falhas ocorrerão, devendo ser encaradas como oportunidades de aprendizagem.

O processo de alta é gradual e acontece quando terapeuta e cliente julgarem oportuno. Nesta etapa, é proposta uma mudança na periodicidade das sessões e revisto os objetivos alcançados. Por fim, na última etapa, o follow-up, há um acompanhamento, em que se avalia a manutenção dos resultados alcançados e a eficácia da intervenção.

Na terapia familiar baseada na terapia comportamental, os pais e familiares funcionam como auxiliares do terapeuta (modelo dos mediadores, segundo Tharp e Wetzel, 1975). A terapia familiar pode ser usada em combinação com os métodos do condicionamento operante, visando, sobretudo à modificação dos padrões de comportamento dentro da família. O envolvimento da família no tratamento pode ajudar a criar uma estrutura de colaboração, em que os pais tornem o meio facilitador de mudanças. Discutir a função que o transtorno desempenha no sistema familiar facilita a ocorrência de mudanças no padrão de interação dos membros. Tanto na anorexia como na bulimia nervosa o tratamento objetiva aumentar a capacidade de comunicação entre os membros da família, corrigir suas percepções distorcidas, melhorar as estratégias para a solução de conflitos e fazê-los conjuntamente estabelecer novos limites entre os membros com a aceitação de diferenças individuais na família, facilitando o processo de independência do cliente.

Outra técnica utilizada na terapia comportamental consiste na *Dessensibilização Sistemática* do medo em relação ao excesso de peso ou ao peso normal, e /ou ao receio de consumir alimentos ricos em calorias. Entretanto, este tipo de procedimento só parece dar resultados em casos “recentes”, nos quais prevalece a assim chamada fobia do peso, não se tendo ainda instalado o reforço operante do comportamento anormal.

A relação terapeuta envolve instruções técnicas e guia o cliente no processo terapêutico. Além disso, a terapia ajuda a pessoa a identificar condições nas quais as mudanças fisiológicas acontecem e, com essa aprendizagem, identificar mais facilmente

quais as regras que estabeleceu e que estão interferindo na qualidade de suas relações com seu corpo e com o mundo (Kerbauy, 1997).

## CONCLUSÃO

Na sociedade atual, pessoas bem-sucedidas são sempre retratadas por atores e modelos jovens e magros. A verdade é que, historicamente, foi-se estabelecendo um modelo de beleza, que pode ser identificado na sociedade. Esse modelo, com a evolução da comunicação, torna-se um modelo de beleza sem fronteiras.

Os transtornos alimentares se manifestam em todas as idades e embora existam fatores genéticos e ambientais ligados a esses distúrbios, as pessoas portadoras compartilham certos padrões comportamentais como: baixa auto-estima, sentimentos de impotência e medo de se tornarem gordas, de modo que os comportamentos alimentares parecem se desenvolver como uma forma de controlar o estresse e a ansiedade.

Na literatura psicológica sobre os transtornos alimentares, aponta-se uma variedade de influências, como determinantes destes; desde pressão da mídia até contingências bastante sutis, de diversas naturezas. É verdade que a modernização tem promovido uma preocupação coletiva com a gordura. Por outro lado, a mídia sempre teve um papel de destaque nos estudos dos transtornos alimentares, em geral, e da anorexia, em particular, na medida em que é responsável pela propagação de ideais de corpo e beleza inacessíveis.

Segundo estudos atuais existem pressões sociais definidos como os mandamentos da vida pós-moderna que levados a extremos a obediência dessas regras provocam distúrbios comportamentais graves, que resultam na somatização de doenças, ou são eles próprios classificados como novas doenças (Davidoff, 2001).

As abordagens psicoterápicas mais utilizadas e testadas nos tratamentos dos transtornos alimentares são: Terapia Cognitivo-Comportamental; Psicoterapia Analítico-Comportamental; Psicoterapia focal; Psicoterapia interpessoal; Tratamento de Auto-Ajuda e investigações Psicoeducacionais.

A terapia Cognitivo-Comportamental baseia-se nas disfunções emocionais que surgem de um processamento cognitivo falho, que filtra seletivamente as informações que recebe. O tratamento busca uma forma de ajudar o paciente a tornar consciente o seu funcionamento de pensamento automático e das suposições decorrentes. Decorrente as sessões ou com “tema de casa” sendo o paciente encorajado a buscar evidências para apoiar ou refutar as suposições e modificá-las com base em uma visão mais equilibrada de todas as informações disponíveis. Nesta teoria, trabalha-se a distorção do pensamento automático, o que neste caso permite o paciente se sentir mais esperançoso em relação ao futuro.

A psicoterapia Analítica Comportamental, por sua vez, acredita que os transtornos alimentares representem a etapa final da interação aversiva de um indivíduo vulnerável com seu ambiente. Desse modo, o tratamento efetivo, objetiva tanto fatores físicos quanto fatores psicológicos, ou seja, conhecer a história de vida do indivíduo, de forma a identificar as contingências de aquisição e analisar as variáveis mantenedoras. Entretanto, cada vez mais, pode-se identificar um componente cultural nessa temática.

As metas destas terapias são melhorar o funcionamento cotidiano, reduzir o sofrimento emocional, melhorar relacionamentos e maximizar o potencial humano. Busca mudanças comportamentais para o entendimento das dificuldades do indivíduo. Hoje em dia, ampliou-se o foco agregando fatores comportamentais ao pensamento e sentimentos, com a idéia que todos estes elementos são influenciados pelos princípios fundamentais de aprendizagem.

A terapia Cognitivo-Comportamental é a mais amplamente aceita e procurada pelo meio médico, por ser a mais conhecida por suas inúmeras publicações sobre o assunto. Sendo assim, a partir dessa revisão bibliográfica é possível levantar a necessidade de maiores e melhores publicações sobre o assunto Transtornos Alimentares na teoria da Análise do Comportamento, pois sua escassez dificulta os estudos e pesquisas nesta abordagem.

Um aspecto importante a ser considerado é que a maioria destes estudos foi realizados em países desenvolvidos e seria fundamental estudar estas intervenções no Brasil. A alimentação é um problema a ser sanado, mas é possível a ocorrência deste transtorno mesmo em um paciente de baixo poder aquisitivo. Há casos em que pacientes de baixo poder aquisitivo são internadas em unidades psiquiátricas, as quais durante a noite comem tudo o que encontravam na geladeira de suas casas e depois provocam vômitos. As famílias ficam revoltadas com este comportamento, por ser difícil entender e aceitar que estes pacientes estão doentes.

É preciso também enfatizar que os aspectos sócio-culturais em si mesmos não determinam isoladamente o desenvolvimento dos transtornos alimentares embora sejam de grande importância. Deduz-se que a etiologia destes transtornos é multifacetada e engloba predisposição biológica, psicológica e familiar, assim como eventos desencadeantes e precipitantes.

O tratamento dos Transtornos Alimentares é marcado pelo seu enfoque multidimensional e pela participação de uma equipe interdisciplinar. A atuação conjunta de psicólogos, psiquiatras, endocrinologistas e nutricionistas é de grande importância para o acompanhamento e intervenção deste transtorno. Nesta Capital Federal, Brasília, é possível contar com algumas instituições que visam proporcionar este tipo de atendimento àquele que o procura, entre eles podemos citar: HUB – Hospital Universitário de Brasília e o Hospital de Base de Brasília. Nos demais grandes centros do Brasil também existem hospitais e clínicas que proporcionem este tipo de atendimento.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Ballone, G.J. - *Transtornos Alimentares em Adolescentes* - in. PsiqWeb, Internet, disponível em <[www.psiqweb.med.br](http://www.psiqweb.med.br)>, revisto em 2005
- Ballone, G.J., Neto, E.P., Ortolani, I.V. (2002). Da Emoção à Lesão – Um guia da Medicina Psicossomática. Editora Manole. Barueri - SP – 1ª Edição Brasileira
- Barlow, D. H.(1999). Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos. Editora Artmed. Porto Alegre – RS - 2ª Edição
- Bellini, I. (2001). Mandamentos Pós-modernos. Revista VIVER, nº 101, Ano IX. p. 24.
- Brandão, M.L. (2002). Psicofisiologia. As Bases Fisiológicas do Comportamento. Cap. 04. Editora Atheneu. São Paulo – SP.
- Davidoff, L.L. (2001). Introdução à Psicologia., Editora Makron Books. São Paulo – SP. 3ª Edição
- Duchesne, M. (1997). Terapia Cognitivo-comportamental dos Transtornos Alimentares. Em Zamignani, D.(Org.). Sobre Comportamento e Cognição - Vol.3. São Paulo – SP. Editora Arbytes.
- Duchesne, M. (1998). Terapia Comportamental e Cognitiva – Transtornos Psiquiátricos. Cap.13 – Transtornos Alimentares. Em Bernard Range (Org.). Editorial Psy – Campinas - SP - 1ª Edição
- Duchesne, M. e Appolinário, J.C. (2001). Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais – Um diálogo com a Psiquiatria. Cap. 18 – Tratamento dos Transtornos Alimentares. Em Hélio Bernard Rangé (Org). Porto Alegre – RS. Editora Artmed



- Duchesne, M. e Carvalho, A M. (2001). O modelo Cognitivo-Comportamental na Bulimia Nervosa. . Em Hélio José Guilhardi (Org). Sobre Comportamento e Cognição- Vol. 8. Santo André - SP , Editora Esetec
- Duchesne, M. e Almeida, P.E.M. (2002). Terapia Cognitivo-Comportamental dos Transtornos Alimentares. Revista Brasileira de Psiquiatria, Vol. 24 (Supl. III), p.49-53.
- DSM-IV (1995). Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais. 4ª Edição, Trad.: Dayse Batista. Porto Alegre – RS . Editora Artes Médicas.
- Hanna, E.S., Ribeiro, M.R.(2005). Autocontrole: Um caso especial de comportamento de escolha. Em Josele Abreu Rodrigues e Michela Rodrigues Ribeiro (Orgs.) Análise do Comportamento – Pesquisa, Teoria e Aplicação. Porto Alegre – RS. Editora Artes Médicas
- Holmes, D.S. (2001). Psicologia dos Transtornos Mentais. Transtornos Alimentares. Editora Artmed. Porto Alegre – 2ª Edição
- Ito, L. M. & Cols. (1998). Terapia Cognitvo-Comportamental para Transtornos Psiquiátricos. Editora Artes Médicas. Porto Alegre - RS
- Kay,J., Tasman, A ., Lieberman, J.A .(2002). Psiquiatria – Ciência Comportamental e Fundamentos Clínicos. Editora Manole. Barueri - SP – 1ª Edição Brasileira
- Kerbauy, R.R. (1997). Limites Biológicos em Terapia Comportamental. Em Zamignani, D. (Org.). Sobre Comportamento e Cognição. Vol. 03. São Paulo - Editora Arbytes.
- Laloni, D.T. (2004). Transtorno Alimentar: Obesidade, Análise das contingências do comportamento de comer. Em Maria Zilah da Silva Brandão (Org). Sobre Comportamento e Cognição- Vol. 13. Santo André - SP , Editora Esetec

Lettner, H.W., Rangé, B. P. (1987). Manual de Psicoterapia Comportamental. Editora Manole Ltda. São Paulo – SP

Nico, Y.C. (2001). O que é auto controle, tomada de decisão e solução de problemas na perspectiva de B.F.Skinner. Em Hélio José Guilhardi (Org). Sobre Comportamento e Cognição- Vol. 7. Santo André - SP. Editora Esetec

Souza, R.F.C.B., Heller, D.C.L., Anjos, M.C.R., Aguirre, A.N.C. (2003) Comportamento alimentar: Influência materna na obesidade infantil. Em Maria Zilah da Silva Brandão (Org.). Sobre Comportamento e Cognição – Vol.12. Santo André, SP. Editora Esetec

Tortora,G.J. (2000). Corpo Humano – Fundamentos de Anatomia e Fisiologia . Editora Artmed. Porto Alegre – RS

Velasco, S.M., Cirino, S.D. (2002). A Relação Terapêutica como foco da Análise na prática Clínica Comportamental. Em Adélia Maria Santos Teixeira (Orgs.). Ciência do Comportamento – Conhecer e Avançar. Santo André – SP. Editora Esetec