



**UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA**

**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA GERAL E  
ANÁLISE DO COMPORTAMENTO  
PSICOLOGIA CLÍNICA NA ANÁLISE DO COMPORTAMENTO**

### **TRANSTORNOS ALIMENTARES: ANOREXIA E BULIMIA**

*Mariana Camargo Nascimento  
Mariane Cristina Rodrigues  
Mônica Midori Kido*

Os transtornos do comportamento alimentar (TCA) são caracterizados por toda e qualquer circunstância que suponha uma perturbação no comportamento alimentar, causando diversos tipos de prejuízo ao indivíduo. (Domínguez, Rodríguez, 2010).

As primeiras constatações de pacientes acometidos por disfunções do comportamento alimentar foram registradas em 1694, com Richard Morton, 1868 (síndrome anoréxica) e 1870 (comportamentos bulímicos) com William Gull. Em 1874, Gull utilizou pela primeira vez o termo anorexia nervosa. Gerald Russell marcou a história e a descrição dos transtornos alimentares, de modo geral, pois, dentre outros aspectos, sugeriu critérios diagnósticos para a anorexia nervosa, em 1970 (Duchesne, 1997).

Atualmente são identificadas duas categorias principais dentro dos TCAs: a anorexia e a bulimia nervosa. Apesar de haver uma terceira categoria,

que engloba os chamados TCAs não especificados, o texto irá abordar somente as duas maiores categorias.

Segundo Duchesne (1997), os transtornos do comportamento alimentar são multideterminados, ou seja, desenvolvem-se a partir da interação de diversos fatores, como socioculturais, familiares, biológicos, psicológicos (individuais). Os fatores biológicos dizem respeito às evidências de que bulímicos e anoréticos apresentam níveis reduzidos de serotonina e noradrenalina. Além disso, tais transtornos são mais comuns quando se tem um parente de primeiro grau que apresenta algum tipo de transtorno alimentar. Os fatores socioculturais são caracterizados pelo contexto cultural que influencia os modelos ideais individuais, estabelecendo determinados padrões para a população. O ideal de beleza e autovalor associado a um corpo magro é um exemplo disso e tem como uma de suas principais consequências a preocupação obsessiva com a aparência física.

A família dos pacientes que apresentam esse distúrbio dá exagerada importância para aparências. Esses valores são percebidos através da pressão dos pais para que os filhos se vistam na moda, sejam bonitos apresentem boas notas, etc. Pode haver também comparação entre os filhos, na qual o paciente frequentemente é desvalorizado. A família costuma ser rígida, muito resistente à mudança, superprotetora e apresenta dificuldade de comunicação e expressão clara de sentimentos. Não raro os pais mexem nos objetos pessoais dos filhos e escutam conversas escondidos. Por fim, há os fatores psicológicos, que são caracterizados por características de personalidade. Anoréticos e bulímicos tendem a serem bastante autocríticos, perfeccionistas e sensíveis a críticas; vulneráveis a pressões sociais; têm baixa autoestima e ansiedade

interpessoal aumentada. Tais pacientes ainda demonstram pouca capacidade de controle sobre a sua vida e a restrição alimentar parece ser a única forma de sensação de controle e maestria.

Freqüentemente as pessoas que desenvolvem transtornos alimentares apresentam aumento de peso, ficando acima do “ideal”. Esse fator é agravado se houver algum membro da família obeso, já que pequenas flutuações de peso poderiam indicar sinais de obesidade. Para lidar com isso o paciente inicia regimes alimentares rígidos e inadequados. Tais comportamentos podem ser reforçados por seu meio social e em alguns casos podem progredir para auto-inanição e desenvolvimento de anorexia nervosa. A indução de vômitos e o uso de diuréticos e laxantes são estratégias comuns para lidar com a fome.

A anorexia nervosa raramente se inicia antes da puberdade e mais de 90% dos casos são constatados em mulheres. A idade considerada crítica se dá na faixa dos 13 aos 18 anos, sendo que a letalidade oscila de 5% a 20%. Duchesne (1997) relata que cerca de 0,5% a 1% das mulheres adolescentes e no início da vida adulta preenchem totalmente os critérios para a anorexia nervosa.

De acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2000 *apud* Domínguez e Rodríguez, 2010) os critérios diagnósticos para Anorexia Nervosa são:

a) Recusa a manter o peso corporal igual ou acima do valor mínimo normal adequado à idade e à altura.
---

b) Medo intenso de ganhar peso ou engordar, mesmo estando abaixo do peso normal.
--

c) Alteração da percepção do peso ou silhueta corporais, exagero de sua importância na auto-avaliação ou negação do perigo que comporta o baixo
---

peso corporal.

d) Nas mulheres pós-menarca presença de amenorréia, por exemplo, ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos.

Especifica ainda, duas tipologias básicas:

Tipo Restritivo: Durante o episódio atual de Anorexia Nervosa, o indivíduo não se envolveu regularmente a um comportamento de comer compulsivamente ou de purgação (Isso é, auto indução de vômitos ou uso indevido de laxantes, diuréticos e enemas).

Tipo Purgativo: Durante o episódio atual de Anorexia Nervosa, o indivíduo envolveu-se regularmente em um comportamento de comer compulsivamente ou de purgação (Isso é, auto indução de vômitos ou uso indevido de laxantes, diuréticos e enemas).

O CID-10 aborda os seguintes critérios para a classificação da anorexia nervosa:

**F 50 Transtornos Alimentares:** Para um diagnóstico definitivo, todos os seguintes critérios são requeridos:

**F 50.0 Anorexia nervosa - diretrizes diagnósticas:**

a) O peso corporal é mantido em pelo menos 15% abaixo do esperado ou o índice de massa corporal de Quetelet em 17,5 ou menos.

b) A perda de peso é auto induzida por abstenção de “alimentos que engordam” e um ou mais dos que se segue: vômitos auto induzidos, purgação auto induzidos, exercício excessivo, uso de anorexígenos e/ou diuréticos.

c) há uma distorção da imagem corporal na forma de uma psicopatologia

específica, por meio da qual um pavor de engordar persiste como uma ideia intrusiva e sobrevalorada, e o paciente impõe um baixo limiar de peso a si próprio.

d) Um transtorno endócrino generalizado envolvendo o eixo hipotalâmico-hipofisário-gonadal é manifestado, em mulheres como amenorreia e, em homens, com a perda de interesse e potência sexual.

e) se o início é prepuberal, a sequência de eventos da puberdade é demorada ou mesmo detida.

**F 50.1 Anorexia nervosa atípica:** Termo usado para caracterizar os indivíduos nos quais um ou mais dos aspectos chave da anorexia nervosa estão ausentes, mas que por outro lado apresentam um quadro clínico razoavelmente típico.

Pessoas com anorexia nervosa apresentam intenso medo de engordar e demonstram preferência pela magreza extrema. Elas apresentam distúrbio de imagem corporal, o que faz com que se percebam mais gordas do que realmente são. Elas intensificam a perda de peso, fixando metas em níveis cada vez mais baixos. Sintomas depressivos, retraimento social, irritabilidade, insônia e menor interesse em sexo frequentemente estão presentes nos casos de anorexia nervosa. Além disso, há constante preocupação com relação ao comer em público.

A bulimia nervosa apresenta a mesma incidência que a anorexia nervosa: ocorre predominantemente no sexo feminino, sendo 90% para as mulheres e tem início, em média, entre 13 e 18 anos, possivelmente porque esta fase está marcada de mudanças físicas, biológicas, psíquicas e sociais.

Sua prevalência na população é de 1% a 3% e apenas 10% recebem tratamento.

Segundo os critérios do DSM-IV-TR (APA, 2000) a bulimia nervosa se caracteriza por episódios de compulsão alimentar, com grande ingestão de alimentos em curto período de tempo, seguida do sentimento de perda de controle e comportamentos compensatórios inadequados, como indução ao vômito, uso de laxantes, diuréticos e enemas, além de jejum e exercícios físicos. As crises devem ocorrer pelo menos duas vezes por semana, durante três meses e, na maioria das vezes, ocorrem após um período de dieta restritiva.

Já os critérios descritos no CID- 10 são:

**F 50.2 Diretrizes diagnósticas para Bulimia nervosa** – Para um diagnóstico definitivo, todos os seguintes critérios são requeridos:

- a) Há uma preocupação persistente com o comer e um desejo irresistível por comida; o paciente sucumbe a episódios de hiperfagia, nos quais grandes quantidades de alimento são consumidas em curtos períodos de tempo.
- b) O paciente tenta neutralizar os efeitos de “engordar” dos alimentos através de um ou mais do que se segue: vômitos auto induzidos, abuso de purgantes, períodos alternados de inanição. Quando a bulimia ocorre em pacientes diabéticos, podem escolher negligenciar seu tratamento insulínico.
- c) A psicopatologia consiste de um pavor mórbido de engordar e o paciente coloca para si mesmo um limiar de peso nitidamente definido, bem abaixo do seu peso pré mórbido que constitui o peso ótimo ou

saudável na opinião do médico.

Os pacientes bulímicos costumam apresentar baixa auto-estima, dificuldade de se relacionar interpessoalmente, valorizar exageradamente a opinião alheia, sentimento de falta de controle, e, além disso, atribuem qualquer tipo de sucesso que possam ter na vida ao peso e forma do corpo. Assim como na anorexia, a família dos pacientes bulímicos costuma, também, colocar a forma física em primeiro grau de importância.

O tratamento dos transtornos do comportamento alimentar necessita de um enfoque multidimensional, pois são muitas as facetas do indivíduo que são afetadas. Assim, no mínimo deve haver na equipe multidisciplinar um endocrinologista, um psiquiatra e um psicólogo. As modalidades de tratamento podem incluir hospitalização, hospital dia, tratamento ambulatorial ou hospitalização em casa e são escolhidas de acordo com a gravidade do caso.

A hospitalização tem como objetivo principal atingir um nível ótimo de nutrição visando evitar a morte do paciente. Ela é indicada em casos em que há desnutrição grave ou complicações médicas que ameacem sua vida. O hospital dia é indicado quando não há risco de morte eminente, e é realizado em unidades especialmente criadas para esse fim (lá as pessoas fazem suas principais refeições diárias e participam de atividades terapêuticas). O tratamento ambulatorial por sua vez, se destina aos pacientes que não têm desnutrição grave e possuem apoio familiar. Os encontros acontecem de forma compatível com as atividades cotidianas do paciente e a intervenção é feita de forma menos invasiva e traumática possível. Finalmente, na hospitalização em casa encontram-se frequentemente, os pacientes que tiveram uma recaída

após hospitalização, mas a perda de peso não foi considerada excessiva (porém há necessidade de ganho de peso imediato). A intervenção se dá através de um programa em que o indivíduo é reforçado conforme exibe os comportamentos estabelecidos (como fazer as refeições acompanhado de outra pessoa, por exemplo). Apesar de ser a família a responsável pela implementação do programa, ela é acompanhada constantemente por profissionais. (Domínguez e Rodríguez, 2010).

A terapia comportamental também é bastante comum nessa área e procura identificar os eventos antecedentes e consequentes dos comportamentos de paciente com bulimia e anorexia, pela análise funcional. O paciente deve desenvolver autoconhecimento para compreender e aceitar as mudanças comportamentais necessárias. É preciso também que os pacientes desenvolvam autocontrole e algumas estratégias para resolução de problemas. É indicado um diário alimentar, para que o paciente registre diariamente os horários de alimentação, tipo e quantidade de comida ingerida e como se sentiu no momento da refeição. (Matos, Costelini e Pitelli, 2009).

A aceitação dos reais motivos da ocorrência do distúrbio também deve ser trabalhada pelo terapeuta. Os pacientes tendem a pensar que seus sentimentos são a causa de seus problemas, o terapeuta deve mostrar como discriminar sentimentos “ruins” e ajudar a discriminar que os sentimentos mostram que certas contingências estão atuando em sua vida. Assim, a percepção do sentimento como problema, seria em si, o problema. Outro ponto muito importante a ser trabalhado são os relacionamentos do paciente. As famílias dos bulímicos tendem a apresentar dificuldade de comunicação e de expressão de sentimentos, o que resulta em falta de habilidades sociais. Dessa



forma, o paciente não tem modelos positivos e acaba por apresentar os mesmos comportamentos inadequados que os pais ou responsáveis.

É importante, portanto, promover a autoconfiança, o autoconhecimento e a autoestima dos pacientes, e ajudá-los a diminuir os comportamentos autocríticos e perfeccionistas, assim como diminuir sua exigência e ensinar a valorizar características pessoais que não tenham relação com a aparência física. A ajuda da família para o tratamento dos pacientes é indispensável e, muitas vezes, é necessária uma mudança de comportamento de todos os familiares próximos para que se obtenham bons resultados no tratamento.

### **Referências:**

Azevedo, A.M.C.; Abuchain, A.L.G. Bulimia Nervosa: Classificação Diagnóstica e Quadro Clínico. Em: *Transtornos Alimentares e Obesidade: Conceitos, Definições e Psicobiologia*.

Coelho-Matos, M. E. C; Costelini, C.P; Pitelli, B. T. (2009). Intervenção comportamental em casos de bulimia nervosa. Em: Wielenska, R.C. *Sobre comportamento e cognição*. Editora Esetec, p. 199-206.

Coelho-Matos, M.E.C.; Costelini, C.P.;Pitelli, B.T. Intervenção Comportamental em casos de bulimia nervosa. Em: *Sobre Comportamento e Cognição*.

Domínguez, S. M; Rodríguez, A. V. (2010). Características clínicas e tratamento dos transtornos do comportamento alimentar. Em: Caballo, W. E; Simón, M. A. *Manual de psicologia clínica infantil e do adolescente: transtornos específicos*. Tradução de: Dolinsky, S. M.; Marinho, M.L. São Paulo: Santos, p. 261-289.

Duchesne, M.; Appolinário, J.C. (2001) Tratamento dos Transtornos Alimentares. Em: B. Rangé (Org.). *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais – Um diálogo com a psiquiatria*. (v.01). São Paulo: Artmed, p. 317-331.

Duschene, M. (2003). O transtorno da compulsão alimentar – técnicas cognitivas e comportamentais. Em: Brandão, M. Z. S; Conte, F. C. D; Brandão, F.S; et al.(Orgs.). *Sobre comportamento e cognição: clínica, pesquisa e aplicação*. Santo André: Esetec, p. 277-283.

Nunes, M.A.A.; Ramos, D.C. Anorexia Nervosa: Classificação Diagnóstica e Quadro Clínico. Em: *Transtornos Alimentares e Obesidade: Conceitos, Definições e Psicobiologia*.