

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE
CURSO DE PSICOLOGIA

GISELE SOBRAL CAREZZATO

FENÔMENOS PSICOSSOMÁTICOS NA PERSPECTIVA DA ANÁLISE
DO COMPORTAMENTO:

Uma análise de casos acerca da Anorexia Nervosa tendo como
fundamento o modelo experimental de anorexia baseada em
atividade

São Paulo

2019

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE
CURSO DE PSICOLOGIA

GISELE SOBRAL CAREZZATO

**FENÔMENOS PSICOSSOMÁTICOS NA PERSPECTIVA DA ANÁLISE
DO COMPORTAMENTO:**

**Uma análise de casos acerca da Anorexia Nervosa tendo como
fundamento o modelo experimental de anorexia baseada em
atividade**

Trabalho de conclusão de curso como exigência parcial para a graduação no curso de Psicologia, sob orientação do Prof. Dr. Denigés Maurel Regis Neto.

São Paulo

2019

AGRADECIMENTOS

A minha mãe, Elsa e ao meu irmão, Marcus. Obrigada por todo apoio, dedicação e paciência. Sem vocês eu não teria conseguido...e A Cacau, a cachorrinha mais linda desse mundo. Obrigada por sempre me receber com um brinquedo e me alegrar com as suas brincadeiras...

A todos os professores que, de alguma forma, contribuíram para a minha formação. Em especial, aos professores Denigés Maurel Regis Neto, Maria Luisa Guedes, Paola Esposito de Moraes Almeida, Marcos Alexandre de Medeiros, Thomas Woelz, Emerson Ferreira da Costa Leite e Mônica Helena Tieppo Alves Gianfaldoni que ao darem as suas aulas e transmitirem os seus conhecimentos ao longo desses cinco anos, fizeram com que eu me apaixonasse pela análise do comportamento.

Ao meu psicólogo, Marcos, um profissional que eu admiro tanto. Obrigada pelas horas de escuta e por estar sempre disposto a me ajudar... Espero que um dia eu conduza os meus atendimentos com a mesma maestria com que você conduz os seus.

As amigas e amigos que a Pontifícia me deu. Obrigada por cada momento de risada e parceria...Esses cinco anos não teriam graça sem a amizade de vocês..

A todas as pessoas que, de alguma forma, me ajudaram nessa jornada...
Obrigada!!

*Não considere nenhuma prática como imutável.
Mude e esteja pronto a mudar novamente. Não
aceite verdade eterna. Experimente. (B.F.
SKINNER)*

Área do conhecimento: 7.07.00.00-1 Psicologia

Título: Fenômenos psicossomáticos na perspectiva da análise do comportamento: Uma análise de casos acerca da Anorexia Nervosa tendo como fundamento o modelo experimental de anorexia baseada em atividade

Ano: 2019

Orientador: Denigés Maurel Regis Neto.

Autora: Gisele Sobral Carezzato

RESUMO

A Anorexia Nervosa, um dos fenômenos considerados psicossomáticos, se dá devido a interligação entre diversos fatores. Com o avanço da ciência, os modelos experimentais possibilitaram uma explicação mais detalhada dos fenômenos humanos, já que se tornou possível isolar variáveis a fim de visualizar a interferência de cada uma delas no fenômeno estudado. Assim, tendo como base o modelo experimental de anorexia baseada em atividade procurou-se descobrir se esse modelo auxilia na explicação dos casos clínicos de Anorexia Nervosa e, além disso, também, buscou-se entender quais outras possíveis contingências estariam implicadas na principal sintomatologia apresentada no transtorno alimentar. Para isso, foram analisados treze casos clínicos procurando estabelecer paralelos entre as informações presentes no caso e o modelo experimental de Schamer et al (2016). Posteriormente, foi feita uma análise de contingências relacionadas as principais respostas que levariam a perda de peso, no caso, realizar uma dieta alimentar e praticar exercícios físicos em demasia. Pode-se dizer que o modelo de anorexia baseada em atividade utilizado nesta pesquisa ajuda parcialmente nas explicações dos casos clínicos, já que foi possível criar paralelos importantes, em especial, com os principais sintomas apresentados na anorexia nervosa, porém, tal modelo não abarca sintomas fisiológicos que também fazem parte desse transtorno alimentar. Ao se falar sobre as contingências envolvidas na emissão das respostas citadas, observou-se que na maioria dos casos clínicos elas estão envolvidas com contingências punitivas onde os clientes não possuem outros comportamentos mais adaptativos diante de situações que envolvem punição.

Palavras-Chave: Anorexia Nervosa, Modelos experimentais, Análise do Comportamento.

SUMÁRIO

1) A Psicossomática	7
1.1. Evolução da questão mente e corpo ao longo da história	7
1.2. A construção do conceito de psicossomática	10
1.3. Uma visão não mentalista de homem: o behaviorismo radical e a análise do comportamento.....	16
2) Fenômenos psicossomáticos.....	22
2.1. Anorexia Nervosa	22
2.1.1 Visão analítico-comportamental da Anorexia Nervosa	26
3) Modelos experimentais e sintomas psicossomáticos	29
3.1. O modelo experimental.....	29
3.2. Interpretação como um método de pesquisa	31
3.3. Dados experimentais	32
3.4. Modelo de anorexia baseada em atividade.....	33
4) Perguntas de pesquisa.....	40
5) MÉTODO.....	41
5.1. Ferramenta de coleta.....	41
5.2. Procedimento de coleta	41
5.3. Critérios de inclusão e exclusão	42
6) RESULTADOS.....	44
6.1. Análise dos casos clínicos selecionados	44
6.2. Síntese dos resultados encontrados	85
6.3. Análise geral dos casos selecionados	89
7) DISCUSSÃO	97
8) CONSIDERAÇÕES FINAIS	102
9) REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	104
APÊNDICE A- Referências das publicações em que foram retirados os casos clínicos analisados.....	109

1) A Psicossomática

1.1. Evolução da questão mente e corpo ao longo da história

Ao considerar a psicossomática, se faz necessário entender os conceitos e significados atribuídos às questões relacionadas ao corpo e a mente. Sendo assim, este tópico abordará as diferentes visões de homem existentes em cada época, dando início a concepção presente na antiguidade até chegar à visão de homem predominante no século XX.

De acordo com Castro, Andrade e Muller (2006), as compreensões acerca do corpo e da mente bem como o conceito de saúde e doença foram sendo modificados com o passar do tempo. Para Montanari et al. (2014), o adoecimento, na antiguidade, estava relacionado a causas sobrenaturais onde a cura se dava através de rituais religiosos. Para os autores, ocorria a simbiose entre a figura do curador e a do religioso visto que o conceito de cura para os males estava relacionado à visão teocêntrica presente nessa sociedade.

No período clássico, segundo Castro, Andrade e Muller (2006), Platão e Aristóteles acreditavam que mente e corpo eram indivisíveis. Nesse sentido, Platão (428-347 a.C) considerava que o homem era constituído por corpo e alma, sendo que a alma era imortal enquanto o corpo era constituído apenas de matéria. De acordo com Silva e Gaio (2016), Platão julgava que a alma, no caso a *psyché*, permaneceria viva após a morte podendo ocupar outro corpo. Isso não acontecia com o corpo que, em oposição à alma, desaparecia enquanto matéria.

Segundo Castro e Fernandez (2011), para Aristóteles (384-322 a.C) a alma estava presente no coração enquanto o cérebro era responsável apenas pelo funcionamento dos órgãos. Conforme os autores, a alma era considerada o princípio da vida, sendo dividida em alma vegetativa, sensitiva e intelectual. Essa última seria o diferencial entre o ser humano e os demais seres vivos, já que a alma intelectual dava, ao homem, a capacidade de conhecimento acerca das coisas presentes no mundo.

Ao se falar da medicina do período clássico, Hipócrates (460 a.C.) foi um dos principais médicos da sua época atribuindo certa cientificidade às doenças. Segundo Castro e Fernandez (2011), Hipócrates, ao procurar compreender o funcionamento do organismo humano, acreditava na existência de quatro fluidos internos: bile

amarela, bile negra, fleuma e sangue, os quais seriam responsáveis pela saúde e bem estar do indivíduo. Sendo assim, a doença estaria relacionada ao fluxo desses fluidos e seria causada pelo desequilíbrio no funcionamento deles no corpo ou devido ao acúmulo de um deles em alguma parte dos órgãos.

Cláudio Galeno (130-210 d.C) também foi considerado um dos principais médicos da antiguidade. Conforme afirma Castro, Andrade e Muller (2006), Galeno utilizou a teoria humoral de Hipócrates relacionando-a com quatro temperamentos no estado de saúde: sanguíneo, fleumático, colérico e melancólico. Ainda, para as autoras, Galeno acreditava que a doença era decorrente de hábitos ruins de vida que levavam ao desequilíbrio humoral. Desta maneira, pode-se afirmar que a causa da doença, para Galeno, estava relacionada a fatores internos do indivíduo.

Com a difusão do cristianismo na Idade Média, Fava (2000) citado por Castro, Andrade e Muller (2006), afirma que a doença, nessa época, estava relacionada ao pecado onde o corpo era o lugar para eles se manifestarem sob a forma de castigos. A alma, ao contrário, era soberana ao corpo a qual estava relacionada à espiritualidade e a racionalidade. Assim, conforme afirmam as autoras, a cura das doenças se dava através do arrependimento e do sacrifício, apontando também, a forte influência da Igreja católica.

Já no renascimento, o divino deu lugar ao antropocentrismo, tornando-se a principal característica dessa época. Com os avanços dos estudos que cercavam as ciências naturais, especialmente a medicina, os conceitos de saúde e doença sofreram modificações. No período moderno, conforme diz Castro, Andrade e Muller (2006), René Descartes, no século XVII, propõe o dualismo cartesiano, separando completamente o estudo da mente do estudo do corpo. Para ele, o estudo da mente destinava-se a religião ou a filosofia, enquanto o estudo do corpo era de responsabilidade das ciências naturais, como objeto da medicina.

As ideias de Descartes, de acordo com Cruz e Júnior (2011), enaltecem os estudos acerca do corpo que, no caso, era visto como uma máquina e poderia trabalhar sem a interferência da mente. Devido a isso, conforme afirmam os autores, deu-se início ao enaltecimento da dimensão material, ou seja, do corpo o qual começou a ser visto de forma mais mecânica, passando-se a deixar as questões da dimensão mental em segundo plano. Para Silva e Gaio (2015), esse pensamento proporcionou um grande desenvolvimento na medicina e nos conceitos de saúde e

doença tendo, como consequência, um olhar reducionista acerca do ser humano bem como para a relação entre mente e corpo.

Apesar do grande predomínio dessa visão, segundo Simurro (2010), Descartes acreditava que a glândula pineal, localizada no cérebro, era a matriz da mente sendo a estrutura do corpo pela qual ela exercia suas funções. Sendo assim, as duas instâncias tinham interação especificamente por essa glândula, e a mente seria responsável pela regulação do comportamento racional através do controle de músculos específicos. Nesse sentido, o dualismo cartesiano seria um dualismo interativo em que mente e corpo, apesar de serem de naturezas distintas e estarem separadas, seriam capazes de se relacionarem. (CRUZ e JÚNIOR 2011)

No século XIX, conforme afirma Castro, Andrade e Muller (2006), a visão dualista de homem ainda esteve presente no pensamento médico, o que pode ser ilustrado por Pasteur e Vishow que relacionaram as doenças à fatores externos e biológicos, desacreditando que fatores psíquicos poderiam estar envolvidos nos processos de adoecimento. No entanto, de acordo com os autores, essa visão sofreu modificações no final do século XIX bem como no século XX a partir dos pressupostos da psicanálise em que mente e corpo passaram a ser vistos como dimensões indissociáveis. Isso levou ao aprofundamento dos estudos da mente uma vez que os estudiosos da época passaram a acreditar que a dimensão psíquica poderia ser um fator que explicasse o aparecimento de algumas manifestações no corpo.

Como foi visto as concepções filosóficas de cada época relacionadas à mente e ao corpo tiveram influência nas explicações acerca dos processos de saúde e doença interferindo, assim, na construção do pensamento médico e nas formas de tratamento dos doentes. Assim, o início do interesse pelos estudos da dimensão psíquica, em especial, no final do século XIX, possibilitaram novas leituras da concepção mente e corpo e também ao modo de como um interfere no outro, contribuindo para as explicações dos sintomas somáticos.

1.2. A construção do conceito de psicossomática

Com o advento das teorias psicanalíticas que possibilitaram os estudos acerca da influência da dimensão da mente em algumas doenças do corpo, é importante entender a história da psicossomática e os seus determinantes. Neste tópico será explicado a origem do termo em questão e o modo como ele foi sendo construído, procurando mencionar, também, a interpretação feita nos dias de hoje em relação à psicossomática.

Conforme afirma Cerchiari (2000), o termo “psicossomática”, foi utilizado pela primeira vez em 1808. O psiquiatra alemão Johann Christian Heinroth empregou esse termo ao estudar a origem da insônia e os efeitos das paixões na tuberculose, acreditando na influência das chamadas paixões sexuais ao adoecer. Em 1828, Heinroth utilizou o termo “somato-psíquico” para indicar, conforme diz Ramos (1994), que algum fator corporal, portanto orgânico, afetava e modificava o estado emocional e psíquico em algumas enfermidades. Ainda, pode-se dizer que o termo assinalou uma nova maneira de olhar algumas doenças sendo considerado uma resposta ao dualismo cartesiano proposto por Descartes.

Entretanto, segundo Zorzanelli (2011), o termo não foi amplamente adotado pela comunidade médica da época sendo difundido de forma expressiva após 1930, relacionando-se, em especial, com o campo da psicanálise que se debruça sobre os fenômenos psicossomáticos oferecendo novas interpretações sobre as suas causas. Conforme afirma Valente e Rodrigues (2010) apud Cruz e Júnior (2011):

A compreensão da relação mente-corpo, até então, era baseada numa visão dualista, tanto em relação ao princípio como em relação à função desses dois aspectos. O funcionamento de ambos era considerado quase que independente um do outro e a interação ocorreria numa via dupla de forma psico-somática ou somato-psíquica. A compreensão da interação mente e corpo ganha novas perspectivas a partir da Psicanálise, quando ambas as dimensões são pensadas de forma conjunta e dinâmica, possibilitando a criação de um campo de saber denominado Psicossomática (VALENTE; RODRIGUES, 2010 apud CRUZ; JÚNIOR, 2011, p. 49)

No final do século XIX, o filósofo e médico Pierre Janet propõe novas explicações para algumas enfermidades da área médica. De acordo com Cruz e Júnior (2011), a investigação da causa da histeria era de grande relevância para médicos e intelectuais da época já que não existia uma razão que justificasse o

aparecimento dos sintomas, uma vez que não eram encontrados lesões orgânicas nos corpos das pacientes histéricas.

Segundo Pereira (2008), Janet se baseou em uma hipótese psicodinâmica para explicar a causa dos sintomas histéricos através da observação dos processos mentais em pacientes com essas manifestações. Para Pierre Janet, o aparecimento de tais sintomas era resultado de processos mentais inconscientes originários de vivências traumáticas. Sendo assim, de acordo com o autor, os sintomas histéricos relatavam as tais vivências traumáticas, invadindo a consciência e rompendo a atividade intrapsíquica comum. Como tratamento, Janet propôs a hipnose e a sugestão a fim de proporcionar a catarse nas pacientes histéricas.

Em paralelo aos estudos de Pierre Janet, de acordo com Montanari et al. (2014), Sigmund Freud, fundador da psicanálise, também procurou encontrar a razão do aparecimento dos sintomas histéricos, dando ênfase a aspectos internos do homem. Para Freud, existia um sentido para a formação dos sintomas psíquicos uma vez que as emoções reprimidas permaneciam no inconsciente. Essas emoções manifestavam-se no corpo através do mecanismo de conversão, originando, assim, os sintomas histéricos. Como tratamento, segundo Cruz e Júnior (2011), Freud propôs o método da associação livre, em que as pacientes deveriam falar livremente aquilo que viesse a mente, com a intenção de ressignificar o evento traumático que originou as emoções reprimidas em questão.

Conforme afirma Castro, Andrade e Muller (2006), o psicanalista Groddeck ressalta a medicina psicossomática no ano de 1917, ao publicar a sua obra chamada “Determinação psíquica e tratamento psicanalítico das afecções orgânicas”. Para Cruz e Júnior (2011), ele ampliou o campo da psicanálise ao considerar que o mecanismo de conversão que ocorria nas pacientes histéricas poderia ser ampliado para as demais doenças. Assim, para Groddeck, segundo os autores, as doenças mostravam uma significação e os seus sintomas estavam carregados de valor simbólico, já que, para ele, os sintomas no corpo eram resultado de manifestações do Isso, instância psíquica inconsciente.

Ainda, de acordo com os autores, Groddeck acreditava que as doenças tinham um sentido próprio para cada paciente, não podendo ser, portanto, generalizado e tratado sistematicamente. Desta forma, o analista tinha a função de descobrir o sentido do sintoma manifesto através da análise uma vez que a cura para essas doenças consistiam em tornar consciente a razão referente à doença

pela qual o paciente desenvolveu as manifestações somáticas, já que tais manifestações tinham um fundo inconsciente.

Em 1926, segundo Santos (2010), Felix Deutsh resgata a expressão “psicossomática” empregada primeiramente pelo psiquiatra Heinroth. No ano de 1930, o psiquiatra e psicanalista Franz Alexander cria a escola psicossomática de Chicago com a intenção de expandir os conceitos da psicanálise para a medicina. Para a autora, Alexander e os demais fundadores dessa escola, como F. Deutsch e Flanders Dunbar procuraram relacionar a dimensão psíquica, como conflitos emocionais e estruturas da personalidade, com algumas doenças somáticas tornando-se grandes influenciadores para a época.

De acordo com Cruz e Júnior (2011), Alexander acreditava em um modelo psicossomático com uma base psicofisiológica. Para os autores, o psicanalista acreditava que existia um estado de tensão na emoção em resposta a processos mentais inconscientes sem significado simbólico. Tais estados de tensão, quando aumentados, provocavam uma alteração e cronificação das respostas fisiológicas do corpo as quais acarretariam nas doenças orgânicas. Esse pensamento, estando ligado à psicogênese, levou ao surgimento da teoria da especificidade em que estímulos emocionais específicos levariam a certas respostas fisiológicas, estando, portanto, relacionadas com os estados emocionais iniciais que as desencadeou.

Em resposta a escola americana, de acordo com Cerchiari (2000), ocorreu, em 1950, a investigação dos fenômenos psicossomáticos na França, principalmente por Pierre Marty, M'Uzan e David, surgindo, assim, a escola psicossomática de Paris. Diferentemente da escola de Chicago em que os pressupostos estavam na psicofisiologia, a escola de Paris passou a dar ênfase na escuta analítica, procurando descobrir quais as razões para as manifestações somáticas.

Os psicanalistas franceses, de acordo com Zorzanelli (2011), acreditavam que as doenças psicossomáticas se manifestavam devido a ausência na capacidade de simbolização e também devido a pobreza de fantasias, indicando que os pacientes psicossomáticos tinham pouca ligação com o inconsciente. Tais características, segundo Cerchiari (2000) levavam a uma forma própria de pensamento consciente e em uma maneira particular de lidar com as emoções, nomeadas por Pierre Marty e M'Uzan como “pensamento operatório”.

Nos anos 1970, de acordo com Cerchiari (2000), surge a escola de Boston, tendo como principais nomes John Nehemiah e Sífneos. Para a autora, eles

observaram que pacientes com doenças psicossomáticas clássicas tinham dificuldade em descrever ou expressar suas emoções através da palavra, tornando a comunicação confusa. Sendo assim, essa característica, denominado por Alexitimia, indicava a falta de palavras para a significação dos sentimentos e emoções que eles estavam sentindo.

Conforme afirma a autora, Nehemiah e Sífneos identificaram que esses pacientes eram acometidos por desordens nas funções afetivas e possuíam uma diminuição da capacidade de simbolização e nos pensamentos relacionados às fantasias, o que ocasionava a Alexitimia. Ainda, pode-se dizer que a contribuição desses dois analistas foi significativa, já que eles realçaram ainda mais a importância da comunicação entre paciente e analista com a intenção de observar as implicações e determinantes intra-psíquicos das doenças psicossomáticas.

Em paralelo aos conceitos e contribuições da psicanálise, conforme afirma Ramos (1994), nos anos 30, também estavam sendo desenvolvidos estudos relacionados a psicofisiologia tendo, como principais precursores, Ivan Pavlov, Walter Cannon e Hans Selye. De acordo com a autora, tais estudos contribuíram para a construção do conceito relacionado à psicossomática já que os fisiologistas procuravam correlacionar aspectos psicológicos, como os cognitivos e os emocionais, com aspectos corporais através da metodologia clássica experimental e laboratorial.

De acordo com Moreira e Medeiros (2007), o fisiologista russo Ivan Pavlov observou que certos estímulos que inicialmente não eliciavam certas respostas reflexas passaram a eliciá-las após serem pareados diversas vezes com um estímulo incondicional, ou seja, o estímulo que elicia respostas reflexas devido a uma história de seleção filogenética. A esse processo de aprendizagem, em que os organismos têm as suas respostas reflexas eliciadas na presença de outros estímulos que originalmente não as eliciam, deu-se, a esse fenômeno, o nome de condicionamento clássico ou condicionamento Pavloviano.

Para os autores, Pavlov, ao estudar os reflexos, em especial, o reflexo salivar nos cães o qual consiste na produção de saliva diante da presença de comida, começou a observar que outros estímulos presentes em seu laboratório eliciavam acidentalmente a salivação nos cães, como por exemplo, a visão da comida; os passos do próprio fisiologista e a aproximação da hora de comer.

Após essas observações, conforme afirma Moreira e Medeiros (2007), Pavlov aprofundou os seus estudos, realizando experimentos. Nesse sentido, o experimento clássico de Pavlov consistiu primeiramente no emparelhamento da comida, no caso, o pó de carne que filogeneticamente elicia a salivação com o som de uma sineta, considerada um estímulo neutro já que ela, originalmente, não elicia a resposta de salivação. Após ter feito várias vezes esse emparelhamento, Pavlov apresentou apenas o som e observou que havia eliciado a resposta de salivação no sujeito experimental, podendo dizer que o cão “aprendeu um novo reflexo”: salivar na presença do som da sineta.

Para Cruz e Júnior (2011), Walter Cannon lançou suas ideias acerca da fisiologia da emoção, na década de 1920, realizando pesquisas a fim de descobrir quais respostas corporais poderiam ocorrer no estado de fome e em momentos de emoções intensas. Com os resultados, Cannon considerou a existência de uma resposta fisiológica específica e adaptativa, chamada de “reações de emergência” ou “respostas de fuga ou luta”, em que ocorre a movimentação do fluxo sanguíneo em direção aos músculos e órgãos essenciais que serão usados pelo indivíduo diante de uma situação de perigo.

Sendo assim, conforme os autores, Cannon acreditava que as “reações de emergência” acionavam o sistema nervoso autônomo simpático resultando em sinais corporais de excitação corporal, como por exemplo, aumento dos batimentos cardíacos e suor nas mãos. Desta forma, o fisiologista considerava que todas as emoções, independentemente do seu tipo ou estado, produziram as mesmas manifestações no sistema nervoso autônomo e, por consequência, produziram as mesmas reações corporais.

A partir dos anos 1936, Hans Selye foi o primeiro a usar o termo estresse, também chamado por ele de síndrome geral de adaptação. De acordo com Mello Filho e colaboradores (2010), Selye construiu o conceito através de experimentos feitos com animais, em que foram criadas situações consideradas agressivas para o organismo, causando dor, frio e fome. Para ele, os animais submetidos a essas situações reagiam de forma contínua e específica.

Desta forma, Selye considerou que o organismo está em constante tensão de adaptação e definiu estresse, conforme afirma Mello Filho e Colaboradores (2010) como sendo “o estado de tensão de um organismo que de alguma forma se sente ameaçado em sua integridade” (p.322). Considerando isso, a resposta adaptativa

que o organismo tem frente a uma situação estressante consiste em reações que englobam fatores comportamentais, físicos e psíquicos sendo chamadas de síndrome geral de adaptação.

Ainda para os autores, Selye considerou que tais respostas adaptativas entendidas como excessivas ou inadequadas do ponto de vista fisiológico resultavam nas chamadas doenças de adaptação, como a úlcera péptica, hipertensão arterial, artrites e lesões miocárdicas. De acordo com Ramos (1994), as suas ideias contribuíram para os estudos da psicossomática na medida em que foram investigados o quanto o corpo se modifica sob o estresse e a maneira como isso acontece.

Podemos dizer que as ideias relacionadas aos conceitos que cercam a psicossomática foram sendo construídas tendo influência, principalmente, de psicanalistas e fisiologistas. Conforme afirma Mello Filho e Colaboradores (2010):

A Psicossomática evoluiu em três fases:

- a) inicial, ou psicanalítica, com predomínio dos estudos sobre a gênese inconsciente das enfermidades, sobre as teorias da regressão e sobre os benefícios secundários do adoecer, entre outras;
- b) intermediária, ou behaviorista, caracterizada pelo estímulo à pesquisa em homens e animais, tentando enquadrar os achados à luz das ciências exatas e dando um grande estímulo aos estudos sobre estresse;
- c) atual ou multidisciplinar, em que vem emergindo a importância do social e da visão da Psicossomática como uma atividade essencialmente de interação, de interconexão entre vários profissionais de saúde. (MELLO FILHO e COLABORADORES, 2010, p.29)

Tradicionalmente, de acordo com Castro, Andrade e Muller (2006), o termo psicossomática está relacionado a psicogênese onde fatores psíquicos interferem no corpo e, por isso, são considerados como causa das manifestações orgânicas. Segundo os autores (2006, p.40), o termo “é definido como todo distúrbio somático que comporta em seu determinismo um fator psicológico interveniente, não de modo contingente, como pode ocorrer com qualquer afecção, mas por uma contribuição essencial à gênese da doença” (apud Jeammet, 1989).

Atualmente, conforme diz Rodrigues, Campos e Pardini (2010), o conceito tradicional de psicossomática está sendo substituído por um conceito integral de homem. Para os autores, existem diversas relações que estão envolvidas no processo de adoecimento e, em consequência disso, deve-se falar em mais fatores que também estão presentes na doença, como os bioquímicos e fisiológicos.

Nesse sentido, a visão integral de homem consiste em observar, além dos fatores psicológicos e somáticos, situações relacionadas ao meio em que o indivíduo está inserido uma vez que deve-se levar em conta os aspectos familiares e socioculturais presentes em seu ambiente físico a fim de visualizar a integração entre mente, corpo e ambiente, como reitera Rodrigues, Campos e Pardini (2010).

1.3. Uma visão não mentalista de homem: o behaviorismo radical e a análise do comportamento

Como foi visto, o termo psicossomática tem as suas raízes na ideia de que a dimensão mental pode causar uma manifestação corporal. Atualmente, além da relação causal, acredita-se que as tais doenças psicossomáticas são produtos da integração entre diversos fatores, como os sociais e os familiares, resultando, assim, na visão integralista de homem.

A análise do comportamento defende a ideia da independência de variáveis mentais na explicação dos fenômenos, desconstruindo, assim, o significado tradicional dado para a área da psicossomática, em especial, no que diz respeito à relação causal entre mente e corpo. Nesse sentido, este tópico visa explicar os principais conceitos envolvidos na análise do comportamento, procurando suscitar a visão de homem proposta por essa linha teórica e, a partir daí, realizar uma breve explicação do que seriam as chamadas doenças psicossomáticas.

Segundo De Carvalho Neto et al. (2012), Skinner foi o precursor do behaviorismo radical, base filosófica da ciência chamada análise do comportamento. Segundo os autores, o behaviorismo radical foi considerado uma alternativa as propostas mentalistas, já que Skinner questiona principalmente dois elementos: 1. O conceito de causalidade presente no mentalismo e 2. A natureza especial atribuída aos eventos mentais.

Para Skinner (1974/2006), ao atribuir uma natureza especial para os conteúdos da mente considerados de dimensões não-físicas, como ideias, sentimentos e emoções, eles seriam interpretados como a causa do comportamento humano, esse de dimensão física, configurando-se, assim, duas dimensões para o fenômeno. Desta maneira, ao atribuir uma natureza especial aos eventos mentais e aceitar a noção de causalidade proposta pelo mentalismo, Skinner (1974/2006)

afirma que estaria ocorrendo a destituição dos fatores externos que estão presentes no ambiente e que explicam o comportamento. Para ele:

A posição pode ser assim exposta: o que é sentido ou introspectivamente observado não é nenhum mundo imaterial da consciência, da mente ou da vida mental, mas o próprio corpo do observador. Isto não significa, como mostrarei mais tarde, que a introspecção seja uma espécie de pesquisa fisiológica, nem tampouco (e este é o cerne do argumento) significa que o que é sentido ou introspectivamente observado seja a causa do comportamento. Um organismo comporta-se de determinada maneira, devido a sua estrutura atual, mas a maior parte disso está fora do alcance da introspecção.[...]. (SKINNER, 1974/2006, p.19)

De acordo com Sérgio (2005), o behaviorismo radical proposto pelo Skinner considera que os “conteúdos da mente”, nomeados por eventos privados, não são de uma natureza especial mas sim de uma natureza material e física já que tais eventos podem ser passíveis de auto-observação, sendo considerados também como comportamentos humanos. Assim, tanto os eventos que ocorrem dentro da pele como aqueles comportamentos que são visíveis por mais de um observador são considerados fenômenos da mesma dimensão e, por isso, os eventos privados devem ser também descritos e explicados conforme os preceitos da análise do comportamento.

Então, ao se falar das causas do comportamento, Sérgio (2005) afirma que o behaviorismo radical nega a atribuição dos “conteúdos da mente” como agentes das ações humanas e procura as explicações dos comportamentos no ambiente no qual o sujeito se comporta, conferindo-lhe grande peso. Portanto, o behaviorismo radical mostra-se como uma proposta que nega o dualismo mente e corpo presente nas concepções tradicionais, o que significa dizer que as variáveis atribuídas como causas do comportamento devem ser procuradas fora do organismo.

Sendo assim, é necessário abordar o que significa ambiente. Para Skinner (1953/2003), ambiente é qualquer evento que pode afetar o organismo, envolvendo os estímulos antecedentes chamados de discriminativos e os estímulos consequentes, chamados de reforçadores. Segundo Matos (1999), o ambiente passa a selecionar o comportamento na medida em que o indivíduo passa a ser sensível às consequências de suas ações.

De acordo com Darwich e Tourinho (2005), a sensibilidade às consequências é essencial para explicar o aumento da probabilidade do comportamento se repetir ou não em situações similares no futuro. Com isso, o modelo causal de seleção por

consequências o qual caracteriza a visão skinneriana, preconiza que o ambiente seleciona o comportamento com maior valor adaptativo para a espécie ou para o indivíduo, aumentando, dessa forma, a sua probabilidade de emissão.

Segundo Skinner (1981/2007), a seleção do comportamento ocorre no nível filogenético, o qual está relacionado a genética e a história da espécie; no nível ontogenético relacionado a história do indivíduo e, por fim, no nível cultural relacionado as práticas que a comunidade verbal possui levando o indivíduo a estabelecer relações com as contingências ambientais que ele está inserido. De acordo com Matos (1999), esse modelo de seleção permite dizer que o analista do comportamento realiza uma análise funcional do comportamento que consiste em localizar a função que o comportamento exerce na vida do indivíduo.

Sendo assim, descrever o fenômeno comportamental a partir da análise funcional pressupõe que a causa está na contingência estabelecida entre estímulos antecedentes e subsequentes, os quais estão relacionados a uma determinada ação. Essa análise se diferencia da análise causal, em que a causa do comportamento se atribui a variáveis internas como é visto no mentalismo. Conforme afirma o autor:

No modelo da análise do comportamento uma causa é substituída por uma mudança na variável (ou variáveis) independente(s), e um efeito é substituído por uma mudança na variável (ou variáveis) dependente(s), o que se constitui na nossa **relação funcional**¹. A diferença entre análise funcional e análise causal é que na primeira não mais se fala do comportamento humano em termos de agência, pois não mais é necessário falar em forças internas ou externas que causam uma ação; ação é uma propriedade do organismo vivo. (MATOS,1999, p.12)

Os estímulos antecedentes, conforme afirma Sérgio et al (2014), também são chamados de estímulos discriminativos e estabelecem os lugares e as ocasiões específicas que o comportamento ocorre, distinguindo, assim, a condição de sucesso de uma dada resposta ou ação. Desta forma, os estímulos discriminativos passam a controlar a emissão da resposta em lugares em que ocorreram uma história de reforçamento.

Já os estímulos subsequentes, também chamados de estímulos reforçadores, de acordo com Skinner (1953/2003), são aqueles que aumentam a probabilidade de uma determinada resposta ou ação ocorrer, podendo gerar “sensações”. Segundo o

¹ Grifos feitos pelo próprio autor

autor existem os reforçadores positivos que são apresentados ou produzidos no ambiente e os negativos, que implicam na remoção de algo do ambiente.

O comportamento respondente, segundo Skinner (1953/2003) implicam principalmente no funcionamento interno dos músculos lisos e glândulas estando relacionado a filogenia e a sobrevivência da espécie. De acordo com o autor, tais comportamentos podem ser inatos como por exemplo, a contração da pupila diante de um raio de luz ou podem ser condicionados como foi demonstrado pelo fisiólogo Pavlov que, ao emparelhar o som do sino com a comida, observando a estimulação da secreção salivar em cães.

Já, o comportamento operante, segundo Skinner (1953/2003) possui características particulares, pois origina a maioria das questões práticas do ser humano na medida em que a emissão da resposta produz consequências que retroagem sobre o organismo, podendo alterar a probabilidade e a topografia dessa resposta acontecer novamente.

Segundo Sérgio et al (2014),o comportamento verbal é um operante que possui certa especificidade, já que ele é reforçado pela mediação de outras pessoas, no caso, os ouvintes. Assim, a resposta verbal é conseqüenciada através do outro que, por sua vez, precisa fazer parte da comunidade verbal e estar especialmente preparado como audiência para reforçar esse comportamento.

Além disso, Skinner (1953/2003) nomeou como comportamentos encobertos, uma parte do ambiente que é privada e afeta o organismo. Sendo assim, comportamentos encobertos são aqueles que ocorrem dentro da pele de cada um como os fenômenos geralmente chamados de pensamentos, emoções e sentimentos, diferenciando-se apenas dos comportamentos operantes devido a sua acessibilidade a comunidade, uma vez que o outro não consegue observá-los diretamente.

De acordo com Thomaz (2012) os estímulos ambientais que estão implicados no comportamento da emoção podem exercer diversas funções levando a alteração da relação entre sujeito e o seu ambiente. Para a autora, um episódio emocional Thomaz (2012) “refere-se a relação entre eventos ambientais e todas as alterações em um conjunto amplo de diferentes classes de respostas” (p.43). Assim, a emoção está presente quando ocorre a mudança no repertório total do sujeito, especificamente, na relação entre uma classe de respostas ou ações as quais estão

sob controle de uma classe de estímulos, podendo ser estímulos antecedentes ou consequentes.

Segundo Skinner (1953/ 2003), a emoção é vista como uma predisposição para emitir respostas. Para o autor, a emoção se inicia com um evento nomeado por operação emocional que elicia respostas respondentes no corpo, como aquelas relacionadas à expressão facial. Após essa cadeia, podem surgir respostas operantes e também respostas respondentes condicionadas que variam de acordo com as respostas emitidas no corpo.

Quanto ao sentimento, Skinner (1989/1991) afirma que o sentir é uma ação sensorial que está relacionada a condições do corpo. Sendo assim, o sentimento é uma resposta operante diante de uma condição corporal, uma vez que o indivíduo descreve verbalmente aquilo que está sentido, ou seja, o comportamento de sentir envolve uma emoção mais a mediação de outra pessoa que descreve aquilo que está sentindo. O autor ainda relata três experiências do sentir: o amor, a ansiedade e o medo. Ao falar especificamente da ansiedade e do medo, estas experiências estão relacionadas a contingências aversivas, as quais envolve o reforço negativo.

Pode-se afirmar que as tais contingências aversivas estão presentes na punição do comportamento, um conceito abordado por Skinner (1953/2003) e retomado por Sidman (2011). De acordo com o autor, a punição funciona aos olhos da sociedade como uma prática imediata de controle da ação do outro já que ela proporciona a diminuição imediata do comportamento problema, porém, ela pode trazer efeitos indesejados a longo prazo.

Sendo assim, a punição, de acordo com Skinner (1953/2003) e Sidman (2011), consiste na retirada de um estímulo reforçador positivo ou na apresentação de um estímulo reforçador negativo, nomeado por estímulo aversivo. Quanto aos seus efeitos colaterais, estão: comportamentos de fuga e esquiva, supressão condicionada, punição condicionada, agressão e, por fim, contra-controle.

A fuga, conforme afirma Sidman (2011), consiste na tentativa de se desligar ou escapar durante a apresentação do reforço negativo, ou seja, quando a punição e a contingência aversiva estão acontecendo. Já, a esquiva, de acordo com o autor, é uma resposta de fuga de uma situação com o objetivo de evitar o contato com o agente punitivo, ocorrendo anteriormente à situação considerada punitiva. Com isso, o sujeito passa a se preparar para as situações em que estão presentes os

estímulos aversivos emitindo outros comportamentos com a intenção de não passar por tais situações.

Segundo Sidman (2011), supressão condicionada também nomeada por “ansiedade” ocorre quando surge um estímulo aversivo condicionado na vida do sujeito, ou seja, quando ocorre um sinal de que existe a possibilidade da punição acontecer fazendo com que ocorra a supressão de algumas respostas que estavam ocorrendo que, por sua vez, não tem nenhuma ligação com o evento punitivo.

Falar em punição condicionada, de acordo com Sidman (2011), significa dizer que os elementos e lugares envolvidos se tornam contingentes ao agente punitivo tornando-se um punidor e podendo gerar novas punições. Além disso, o sujeito punido pode emitir comportamentos de agressão, como agredir outra pessoa ou objetos que estão ao seu redor devido a contingência punitiva pela qual passou. Da mesma forma, o contra-controle constitui um tipo de agressão, porém ela é direcionada diretamente ao punidor.

As contingências aversivas presentes na punição, segundo Abbud e Grandi (2014), são as responsáveis por originar os fenômenos psicossomáticos. Em especial, isso se dá quando o sujeito não possui um repertório comportamental bem estabelecido de escapar ou contra-controlar dessas contingências punitivas. Tendo em vista os conceitos abordados, Skinner (1953/2003) também oferece uma explicação para as chamadas “doenças psicossomáticas”.

De acordo com o autor, o sujeito pode deixar de emitir um comportamento de fuga apropriado a situação punitiva. Com isso, ele passa a evocar respondentes relacionados a medo, ansiedade bem como outras reações emocionais podendo gerar raiva e frustração. Quando esse cenário se torna crônico pode acometer o corpo, como afirma o autor:

Os efeitos podem ser severos. Padrões produtivos de comportamento ficam distorcidos por fortes predisposições emocionais, e o comportamento operante, que tenha sua probabilidade de emissão aumentada na emoção, pode ter conseqüências desastrosas. Respostas emocionais freqüentes ou crônicas das glândulas e dos músculos lisos podem prejudicar a saúde do indivíduo. Distúrbios do aparelho digestivo, incluindo úlceras, e reações alérgicas têm sido atribuídas a respostas de medo, ansiedade, raiva ou depressão. Algumas vezes são denominadas doenças “psicossomáticas” [...] (SKINNER, 1953/2003, p.395)

2) Fenômenos psicossomáticos

Após serem abordados os conceitos que perpassam o campo da psicossomática, bem como o modo com que os analistas do comportamento debruçam o seu olhar sobre esse assunto, é essencial abordar quais patologias podem ser consideradas como fenômenos psicossomáticos. Bueno e Silva (2012) e Dahlke (1996) ressaltam alguns fenômenos mais comuns, os quais estão listados a seguir:

- *Dermatológicas*: Dermatite atópica, Dermatite seborréica, Eczema, Alopecia, Desidrose, Psoríase, Acne vulgar, Rosácea, Hiperidrose, Urticária, Herpes simples e o Vitiligo
- *Gastrointestinais*: Doença de Crohn, Gastrite nervosa, Retocolite ulcerativa inespecífica (RCUI), Pólipos, Diarreia, Refluxo gastro-esofágico, Prisão de ventre, Doenças inflamatórias
- *Respiratórias*: Rinite alérgica, Asma, Bronquite, Sinusite
- *Cardiovasculares*: Hipertensão, Taquicardia, Angina do peito, Arritmias, Insuficiência cardíaca, Arteriosclerose
- *Neoplasias*: Câncer
- *Neurologia*: Enxaqueca, Vertigens, Dores de cabeça
- *Sistema urinário*: Infecção urinária, Cistite, Pólipos no canal urinário
- *Outras patologias*: Terçol, Anorexia nervosa, Bulimia, Resfriado, Lupus, Bruxismo, Articulação tempero-mandibular (ATM), Amenorreia, Diabetes, Cistos, Abscessos, Labirintopatia e Lombalgia.

2.1. Anorexia Nervosa

Considerando que o transtorno alimentar nomeado por Anorexia Nervosa está dentro dos fenômenos psicossomáticos, se faz necessário uma descrição mais detalhada a qual será feita neste tópico, visando, assim, discorrer sobre a origem e a sintomatologia desse transtorno, procurando realçar os aspectos mais relevantes do fenômeno em questão.

Segundo Silva et al (2006), a etimologia da palavra anorexia tem sua raiz do grego “orexis” que significa apetite juntamente com o prefixo “an” que, por sua vez, significa ausência ou deficiência resultando, portanto, em uma ausência de apetite. A anorexia, de acordo com Araújo et al (2012), teve sua origem na Idade Média entre as santas e beatas, já que o jejum era visto como uma penitência para alcançar a pureza e a santidade. Nessa época, a anorexia era nomeada por “anorexia mística” ou “anorexia santa”.

Conforme os autores, essa visão de que o jejum seria um caminho para elevar-se perante os olhos divinos foi sendo modificada com o discurso médico, já que existem indícios de que as primeiras alusões à anorexia foram feitas por Galeno e Hipócrates no período clássico. Em 1689 Richard Morton descreveu, segundo Cordás e Claudino (2002), o primeiro relato médico da anorexia em seu livro chamado de doenças consumptivas, nomeando-a como “consumpção de origem nervosa”. Para Morton, a manifestação da anorexia devia-se a influência de agentes mentais e físicos, mostrando-se curioso quanto à indiferença que as pacientes tinham em relação aos seus estados de desnutrição.

Na segunda metade do século XIX, de acordo com as autoras, o médico William Gull e o psiquiatra francês Lasègue deram a anorexia um status independente, a partir de uma descrição específica da sintomatologia e da patogenia envolvida. De acordo com Araújo et al (2012), Lasègue também nomeou-a por “anorexia histérica” proporcionando, com esse termo, algo diferencial e específico dentro da área médica. Segundo Cordás e Claudino (2002), Gull e Lasègue começaram a descrever tal fenômeno com mais precisão, procurando também relatar a influência da família na manutenção e melhoria dos sintomas.

Conforme afirmam as autoras, é apenas em 1873, que William Gull passa a nomear esses sintomas como os que estão presentes no quadro de “anorexia nervosa”, a mesma nomeação empregada atualmente. Para Cordás e Claudino (2002), o termo não é usado no seu sentido original uma vez que as pacientes não possuem uma ausência ou falta real de apetite, mas deixam de se alimentar com a intenção de emagrecer ou por terem medo de engordar.

A incidência da anorexia nervosa ocorre com maior frequência na população feminina jovem que se encontra na faixa dos doze anos aos vinte e oito anos de idade, portanto no início da adolescência até o período adulto, como afirmam Vale e Elias (2011). Ainda, segundo os autores, a proporção de casos entre as populações

feminina e masculina são de 20 casos femininos para apenas 1 caso masculino, podendo dizer, segundo Nava e Sarmiento (1997), que menos de 10% de todos os casos de anorexia são vistos na população masculina.

Diferentemente dos casos de anorexia presentes no gênero feminino, os homens com anorexia nervosa apresentam um início mais tardio da doença, em média entre os dezoito e vinte anos de idade, de acordo com Nava e Sarmiento (1997). Além disso, segundo os autores, é mais frequente os homens apresentarem indícios de obesidade antes do início dos sintomas, o que é menos frequente em relação as mulheres que passam a apresentar tais sintomas após o início de uma dieta no período da adolescência.

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de transtornos mentais (DSM-V) a anorexia nervosa tem, como critérios diagnósticos:

A. Restrição da ingesta calórica em relação às necessidades, levando a um peso corporal significativamente baixo no contexto de idade, gênero, trajetória do desenvolvimento e saúde física. Peso significativamente baixo é definido como um peso inferior ao peso mínimo normal ou, no caso de crianças e adolescentes, menor do que o minimamente esperado.

B. Medo intenso de ganhar peso ou de engordar, ou comportamento persistente que interfere no ganho de peso, mesmo estando com peso significativamente baixo.

C. Perturbação no modo como o próprio peso ou a forma corporal são vivenciados, influência indevida do peso ou da forma corporal na autoavaliação ou ausência persistente de reconhecimento da gravidade do baixo peso corporal atual. (DSM-V, 2014, p.338/339)

Segundo Vale e Elias (2011), o Índice de Massa Corporal (IMC) é o principal parâmetro utilizado para mensurar a perda de peso e também visualizar a gravidade dos quadros de anorexia nervosa, o qual se dá através da divisão do peso pela altura elevada ao quadrado. De acordo com os autores, para que um indivíduo esteja dentro desse quadro, o seu IMC deve estar na faixa de 17,5 kg/m² ou até abaixo disso.

A anorexia nervosa pode ser subdividida em dois tipos clínicos: o restritivo e o purgativo, como descrito no DSM-V. No caso do restritivo, a perda de peso se dá através de uma dieta alimentar restritiva, podendo ou não estar presente a realização de exercícios físicos os quais são praticados de forma excessiva. Já, no caso do tipo clínico purgativo, é necessário que ocorra episódios compulsivos alimentares purgativos nos últimos três meses, apresentando vômitos auto induzidos

ou o uso de medicamentos que visam a perda de peso, como o uso inadequado de laxantes, diuréticos e enemas.

Em decorrência da grande perda de peso e do estado de inanição, segundo Nava e Sarmiento (1997), também podem ocorrer alterações de ordem endócrina como a presença de amenorreia, diminuição do crescimento, osteoporose, secreção inadequada da insulina; de ordem gastrointestinal e estomatológica como a erosão do esmalte e a presença de cáries, dilatação gástrica, obstipação, dores abdominais, pancreatite aguda, aumento das glândulas salivares e o atraso do esvaziamento gástrico. Também podem ser vistos alterações de ordem cardiovascular como bradicardia, arritmias, insuficiência cardíaca; de ordem neurológica como convulsões e, por fim, de ordem metabólica como alcalose metabólica, hipoglicemia e desidratação.

Segundo Silva et al (2006), alguns fármacos auxiliam na melhoria dos sintomas apresentados mas nenhum deles ainda se mostrou claramente efetivo. De acordo com as autoras, medicamentos como a Ciproheptadina, um anti-histamínico que age como um suplemento vitamínico e o antidepressivo tricíclico Amitriptilina chegam a ajudar no ganho de peso. Já, medicamentos como o antidepressivo Fluoxetina é comumente usado na prevenção de recidivas.

Quanto ao prognóstico, de acordo com Silva et al (2006), apenas 40% desses indivíduos deixam de apresentar os sintomas enquanto 30% apresentam uma melhora clínica, porém, após o tratamento, muitos deles continuam a apresentar questões psiquiátricas, questões relacionadas a autoimagem e problemas alimentares. Quanto ao restante, 20% deles se tornam pacientes crônicos e 10% chegam a falecer.

Ainda, segundo as autoras, alguns fatores podem indicar um melhor prognóstico do transtorno alimentar como um diagnóstico precoce, um pequeno número de internações e uma idade menor do início dos sintomas. Da mesma forma, o prognóstico se torna pior quando o indivíduo com anorexia nervosa apresenta sintomas relacionados à bulimia, como episódios de vômitos recorrentes e quando apresenta uma duração maior da doença.

De acordo com Silva et al (2006), o diagnóstico da anorexia nervosa deve ser feito de forma diferencial, procurando investigar a ingestão alimentar tendo como foco descobrir se a dieta foi auto induzida e se existe a ocorrência de exercícios físicos intensos, além de avaliar as questões que perpassam o corpo. O tratamento

é feito por uma equipe multidisciplinar que envolve psicólogas, nutricionistas, psiquiatras e clínico geral aliado ao tratamento psicofarmacológico. Com isso, visa-se restabelecer o peso corporal através da normalização da alimentação, trabalhando também as questões relacionadas à percepção da própria imagem corporal.

2.1.1 Visão analítico-comportamental da Anorexia Nervosa

Após a abordagem geral da origem e das principais características presentes na Anorexia Nervosa, também é essencial saber qual a visão desse transtorno alimentar em termos da análise do comportamento. Sendo assim, neste tópico será descrito as análises implicadas na Anorexia Nervosa nos três níveis de seleção do comportamento, no caso, o filogenético, ontogenético e cultural.

No nível filogenético, de acordo com Vale e Elias (2011), o comportamento alimentar está relacionado à sobrevivência da espécie, já que o alimento contribui para o crescimento e fornece energia para as necessidades básicas do corpo. Esse fato, segundo os autores, faz com que o alimento se torne um reforçador incondicionado o que significa dizer que todos os seres humanos são sensíveis ao reforço trazido pela alimentação.

Além disso, segundo os autores, o comportamento alimentar também pode eliciar respondentes “considerados “prazerosos”, incompatíveis com aqueles eliciados por eventos aversivos” (p.57). No caso da anorexia nervosa, Vale e Elias (2011) sugerem que alguns sintomas clínicos apresentados, como por exemplo, as alterações endógenas, se devem a privação alimentar já que o organismo utiliza mecanismos para combater a desnutrição, procurando restabelecer a homeostase.

Ainda, segundo os autores, foi importante para a sobrevivência da espécie que o ser humano procurasse por novas fontes de alimentação diante da ausência de comida, mesmo que isso implicasse em um gasto energético adicional. Esse fato explicaria a incidência da atividade física nos casos de anorexia nervosa, uma vez que também ocorre a diminuição da ingestão dos alimentos similar à situação de ausência de comida.

No nível ontogenético, de acordo com Vale e Elias (2011), as clientes que desenvolvem um quadro de anorexia nervosa possuem um grande repertório de

autocontrole, já que conseguem realizar uma alta restrição alimentar com a intenção de perder peso. Conforme Heller (2002), as clientes com anorexia têm uma diminuição de reforçadores na sua vida, já que o fato de emagrecer se torna reforçador em si mesmo e, por isso, elas investem muito tempo nas ações para a perda de peso deixando outras respostas operantes em segundo plano. Ainda, segundo o autor, como o “emagrecimento” se torna o único reforçador elas querem mantê-lo em suas vidas de qualquer maneira. Concomitantemente, passam a ter pensamentos obsessivos como “não posso engordar” e, também passam a emitir ações como provocar vômitos, fazer dietas e exercícios físicos a fim de afastar esses pensamentos.

A relação com a comida, conforme afirmam Vale e Elias (2011), se dá desde os primeiros momentos de vida. Assim, o reforço que a comida traz pode ser pareado com outros reforçadores, como a atenção social, afeto dos pais bem como das pessoas próximas além de gerar a possibilidade de interação entre a família. Com isso, a comida pode trazer consequências reforçadoras similares as consequências trazidas pelos reforços sociais.

Sendo assim, segundo as autoras, a comida pode ocupar ou substituir os reforços sociais em situações onde ocorre a escassez de um repertório de habilidades sociais ou a supressão de comportamentos sociais devido ao controle coercitivo exercido pela comunidade social ou pelos pais. Como exemplo, pode-se citar uma criança que, ao entrar na adolescência tem o ensinamento das regras de interação social ensinadas pelos pais e estes, devido ao medo de situações pertencentes a essa fase da vida, a impediram de criar um ciclo social. Assim, a adolescente em questão chega a engordar, ao mesmo tempo em que a mídia e a comunidade verbal constituem-se como uma operação estabelecadora para ela emitir comportamentos relacionados à perda de peso, já que enaltecem o corpo magro como sinônimo de aceitação e sucesso.

Outro exemplo citado por Vale e Elias (2011) é quando a cliente aprende que o adoecimento é um estímulo aversivo para os pais, assim, o comportamento de emagrecer tem como função contra controlar o controle coercitivo exercido por eles. Ainda, outra função desse comportamento pode estar relacionada a obter atenção de pessoas próximas ou também chamar atenção social do grupo do qual ela faz parte. Como exemplo, uma adolescente que não possui um repertório de habilidades sociais e possui poucos amigos pode chamar a atenção dos seus colegas com a sua

aparência ou chamar a atenção deles com as práticas que ela está realizando para o controle do seu peso, como por exemplo, planejar dietas e realizar atividade física excessivamente.

Conforme demonstrado, os comportamentos que levam à perda de peso podem ter muitas funções. De acordo com Vale e Elias (2011), respostas de induzir vômitos, realizar dietas restritivas e atividades físicas podem ser uma estratégia de evitar ou fugir de situações consideradas aversivas como mudanças, perdas, abuso sexual e pensamentos aversivos se tornando, portanto, um mecanismo eficaz diante do déficit de um repertório comportamental mais adaptativo para lidar com essas questões.

Segundo Heller (2002), a família da cliente que possui anorexia nervosa tem um padrão comportamental de grande rigidez e regras que devem ser seguidas, dão muita importância ao corpo e são super protetores impedindo, assim, que ela desenvolva a autonomia. Nessa linha, a família também tende a se esquivar do transtorno, já que para essas famílias a magreza é equivalente ao sucesso o que acaba reforçando os comportamentos emitidos pelas filhas.

Quanto ao nível cultural, segundo Vale e Elias (2011), a magreza se destaca na cultura, servindo como um modelo de beleza a ser seguido. Assim, ocorre a disseminação pela mídia de dietas, métodos e propagandas focadas para o emagrecimento. Esses veículos de informação passam a servirem como mandos e regras, que, por sua vez, são estímulos discriminativos para que o sujeito emita respostas que trazem reforçadores generalizados, como aprovação, status social e atratividade sexual.

Desta forma, conforme os autores, o corpo pode estar relacionado a contingências aversivas no sentido de que a mudança do peso corporal visando aquele aceito para os padrões de beleza da sociedade pode alterar essas contingências, já que o sujeito passa a se sentir aceito dentro da comunidade que vive. Ainda, a magreza exigida pela mídia pode ser responsável pela distorção da imagem corporal, outro sintoma apresentado nos quadros de anorexia nervosa.

A distorção da imagem corporal, de acordo com Vale e Elias (2011) envolvem contingências sociais de reforçamento. Tendo em vista que a construção do autoconceito é social, ou seja, a comunidade verbal auxilia o indivíduo a tatear a própria elaboração desses conceitos que cercam as questões relacionadas ao corpo. Assim, quando a resposta de qualificar verbalmente o corpo fica sob controle

do ser magro exigido pela mídia, ocorre uma diferenciação entre o real e aquilo que deseja ser alcançado. Sendo assim, as pessoas que consideram não estar dentro do padrão de beleza considerado atraente para a comunidade, passam a encontrar alternativas para fugir e se esquivar das situações sociais, diminuindo, também, o reforçamento social e afetivo presente nas relações interpessoais.

Como apontado por Vale e Elias (2011), o comportamento alimentar pode ter valor de reforçador incondicionado bem como outras funções de ordem ontogenética e cultural. Da mesma forma, deve-se considerar a relação com o corpo e com o alimento, como uma maneira de enfrentar as contingências aversivas presentes, considerando que o sujeito está inserido em uma cultura onde a comunidade verbal destaca padrões de beleza que, por vezes, são inalcançáveis, desenhando um cenário propício para a emissão de respostas alternativas e de enfrentamento a essas contingências.

3) Modelos experimentais e sintomas psicossomáticos

3.1. O modelo experimental

Este tópico visa discutir as características que estão presentes no modelo experimental e sua relação com a ciência. Sendo assim, procurou-se entender a importância da existência de um modelo de experimento para a explicação dos fenômenos que ocorrem na natureza e que são considerados comportamentos relevantes para a sociedade.

De acordo com Skinner (1953/2003) a ciência pode contribuir para o entendimento dos fenômenos da natureza, auxiliando na busca de explicações a respeito de como e porque as coisas acontecem. Para o autor, a ciência proporcionar um novo olhar e uma nova maneira de pensar em relação ao objeto de estudo posto à sua frente, já que ela procura descobrir e visualizar a ordem com que as coisas ocorrem e a relação que elas podem possuir com outros fenômenos naturais. Ainda, para ele, é o momento em que as afirmações feitas pelos seres humanos são postas a prova, sendo, portanto, submetidas a verificação.

Para esse fim, segundo Ferreira, Hochman e Barbosa (2005), os modelos experimentais em pesquisa tem a função de concretizar a realidade por meio da representação de um acontecimento, conferindo-lhe um caráter material. Sendo

assim, conforme afirmam os autores, os modelos de experimento devem ajudar na compreensão dos fenômenos naturais e, por isso, eles devem se aproximar ao máximo daquilo que se deseja estudar, mostrando uma precisão e também as limitações existentes em relação à realidade.

Ainda, de acordo com Hunziker (1997), ao realizar um experimento que possibilita entender os determinantes que estão envolvidos no objeto de estudo em questão, “o cientista controla as variáveis que supostamente determinam o fenômeno em estudo, manipula algumas delas, eliminando as que não se confirmam como relevantes, até que sejam identificadas as que são críticas para a sua compreensão.” (p.315)

Nesse sentido, Skinner (1953/2003) diz que, ao controlar as variáveis responsáveis pelo fenômeno estudado no laboratório, pode-se revelar a importância de fatores que antes de serem controlados poderiam ser considerados como irrelevantes na explicação dos motivos daquele fenômeno acontecer. Segundo o autor, é a partir do descobrimento das variáveis implicadas no fenômeno que é possível encontrar as leis que governam o seu funcionamento e, ao organizá-las, o ser humano é capaz de lidar efetivamente com uma parte do mundo.

Na psicologia, em que o objeto de estudo é a mente, acreditava-se, segundo Hunziker (1997) que a mente era própria do ser humano e, por isso, a investigação dos acontecimentos deveria ser feita de forma direta, ou seja, deveriam estudar a mente propriamente dita não sendo permitida a utilização de outras espécies na explicação do comportamento humano. Enquanto esse pensamento dominou a psicologia, não ocorreu o desenvolvimento experimental e o uso do laboratório na investigação dos aspectos psicológicos, devido a questões éticas.

De acordo com a autora, esse cenário na área científica foi sendo alterado a partir da teoria evolucionista de Darwin. Para Darwin, as características de cada espécie foram selecionadas pelo ambiente durante o processo evolutivo. Assim, apesar de cada espécie ter características peculiares, elas também possuem características comuns tendo relação umas com as outras, já que todas as espécies passaram pelo mesmo processo de evolução.

Conforme afirma Hunziker (1997), a teoria proposta por Darwin tendo como base a seleção natural, aproximou qualitativamente o ser humano à outras espécies. Isso possibilitou a evolução da ciência experimental que passou a utilizar animais para a investigação dos fenômenos do homem visto que o conhecimento sobre o

comportamento de outras espécies passou a servir como ferramenta para a explicação e compreensão do comportamento humano.

Atualmente, é frequente a utilização de animais como sujeitos experimentais, já que eles permitem, segundo Ferreira, Hochman e Barbosa (2005), a compreensão e avaliação de processos fisiológicos, patológicos e comportamentais que ocorrem nos seres humanos, uma vez que os mecanismos biológicos de alguns animais são similares aos mecanismos existentes no homem. Assim, segundo os autores, a importância de usar animais nos experimentos deve-se a oportunidade de aperfeiçoamento, comprovação, desenvolvimento de técnicas e procedimentos realizados em humanos.

3.2. Interpretação como um método de pesquisa

Após descrever o que consiste ser um modelo experimental e explicar os motivos da sua importância, é preciso abordar as maneiras possíveis de entender os dados obtidos pelo experimento. Neste tópico será citada a interpretação como um método para explicar os dados experimentais obtidos no modelo experimental, uma vez que tal método está presente no pensamento de Skinner.

Segundo Skinner (1974/2006), o laboratório permite encontrar variáveis que estejam intimamente relacionadas com o controle do comportamento. Sendo assim, tomando como base os estudos laboratoriais, os indivíduos terão um olhar mais preciso sobre o fenômeno, já que saberão o que questionar e o que deve ser interpretado para compreender ainda melhor o fenômeno posto à sua frente.

Em condições nas quais precisamos de explicações, mas faltam dados, é possível utilizar os resultados obtidos no laboratório para interpretar o comportamento na vida cotidiana. De acordo com o autor, a especulação e portanto, a interpretação servem como um método tendo como base os resultados obtidos no laboratório. Segundo Skinner (1974/2006) “Como ocorre em outras ciências, frequentemente carecemos das informações necessárias para previsão e controle e devemos satisfazer-nos com a interpretação, mas nossa interpretação terá o apoio da previsão e do controle que foram possíveis em outras condições.” (p.152).

3.3. Dados experimentais

Após a descrição do que é considerado um modelo experimental e o método de pesquisa presente nas obras de Skinner é preciso abordar o modo com que foi coletado o modelo experimental que será utilizado nessa pesquisa. Sendo assim, este tópico visa relatar os dados experimentais e a maneira com que eles foram obtidos.

A pesquisa realizada por Cordeiro (2018) sob o título “*Psicossomática: Uma análise dos dados experimentais publicados em revistas indexadas no Pubmed entre 1974 e 2018 sob a perspectiva da análise do comportamento*” teve, como objetivo, juntar informações sobre experimentos que manipulassem variáveis ambientais estando relacionados a área de psicossomática. Para isso, ela realizou uma revisão de artigos publicados entre os anos de 1974 e 2018 utilizando a plataforma Pubmed, um indexador em formato eletrônico que contém pesquisas científicas em escala mundial da área da saúde.

Após definir as palavras que iriam ser colocadas no campo de pesquisa avançada, no caso “Experiment” e “Psychosomatic” as quais deveriam estar presente no título do artigo e/ou no resumo dos artigos, a autora estabeleceu critérios de inclusão e exclusão. Como um dos principais critérios de inclusão, pode-se citar que os artigos deveriam ser apenas experimentais, ou seja, aqueles estudos que utilizaram a introdução e manipulação de variáveis a fim de observar o efeito delas sobre o sujeito experimental e deveriam ter, como ponto principal, a investigação da psicossomática.

Além disso, Cordeiro (2018) incluiu apenas aqueles experimentos que tinham manipulação de variáveis ambientais no seu método. Ao se falar do significado de variáveis ambientais, a autora se baseou no conceito de ambiente existente na área da análise do comportamento e que está presente nas obras de Skinner. Assim, ambiente para essa área de conhecimento envolve eventos do universo, privados ou públicos, que são capazes de afetar o organismo através de contingências de reforçamento.

Seguindo essa linha, Cordeiro (2018) considerou na sua pesquisa apenas experimentos que ocorriam modificações de variáveis ambientais, ou seja, externas ao organismo. Dessa forma, ela excluiu da sua análise experimentos que manipulavam variáveis que produziam mudanças diretas e de ordem fisiológica nos

sujeitos, como por exemplo, a utilização de substâncias químicas para produzir o fenômeno psicossomático.

Vale ressaltar que os experimentos selecionados pela autora continham, em sua metodologia, a manipulação de variáveis ambientais para que fosse possível obter os dados que interessariam em uma análise comportamental. Com isso, os experimentos analisados não eram restritos a linha teórica citada mas envolviam, de alguma forma, a manipulação de tais variáveis.

A autora encontrou 16 experimentos que manipularam variáveis ambientais. Apenas um desses experimentos estava relacionado com a Anorexia Nervosa, dos autores Scharner et al (2016), tendo como título *“Activity-based anorexia reduces body weight without inducing a separate food intake microstructure or activity phenotype in female rats—Mediation via an activation of distinct brain nuclei.”*

3.4. Modelo de anorexia baseada em atividade

Os principais arranjos do modelo experimental de anorexia baseada em atividade citado anteriormente e utilizado nesta pesquisa, foram abordados neste tópico. Assim, será descrito a forma com que os pesquisadores conduziram o experimento juntamente com uma descrição pormenorizada dos resultados obtidos.

Segundo Scharner et al (2016), o modelo de anorexia baseada em atividade consiste em um horário de alimentação restrito aliado ao acesso à atividade física por meio de uma roda de corrida. De acordo com os autores, as condições experimentais envolvidas na anorexia baseada em atividade são similares as características encontradas em pessoas com anorexia nervosa e, por isso, esse modelo experimental visa simular as condições reais vivenciadas por indivíduos que apresentam esse transtorno.

Posto isto, o experimento realizado por Scharner et al (2016) teve, como objetivo estabelecer o modelo de anorexia baseada em atividade. Após isso, os autores procuraram observar, primeiramente, a influência das seguintes variáveis nos sujeitos experimentais: Peso corporal, atividade física e ingestão de alimentos. Posteriormente, também procurou-se observar a influência de mais duas variáveis experimentais: a microestrutura do alimento fornecido e possíveis alterações ocorridas na atividade cerebral dos sujeitos experimentais.

A amostra do experimento realizado por Scharner et al (2016) foi composta por quarenta e quatro ratas fêmeas da raça Sprague-Dawley, com peso em torno de 150-180 gramas. Os autores ressaltam que foram utilizados apenas ratas fêmeas devido à anorexia nervosa humana se apresentar, predominantemente, no sexo feminino, em especial, em adolescentes e mulheres jovens. Segundo os autores, a alimentação utilizada foi uma ração padrão para ratos e a água foi disponibilizada a vontade para os sujeitos experimentais.

Primeiramente, os sujeitos foram separados em gaiolas individuais e tiveram oferta de alimento durante todo o dia, por sete dias, configurando-se o período de habituação. No oitavo dia, as ratas foram divididas, de forma aleatória, em quatro grupos com condições experimentais diferentes que foram nomeados por grupo *ad libitum*, grupo alimentação restrita, grupo atividade e grupo de anorexia baseada em atividade.

O grupo *ad libitum* tinha disponibilidade de comida a vontade durante todo o dia e não tinha possibilidade de realizar atividade física voluntária, já que não continha a roda de corrida em suas gaiolas. O segundo grupo, nomeado por grupo alimentação restrita, tinha um horário de alimentação restrita sendo oferecidos alimentos aos sujeitos por um período de noventa minutos (das 09:00 às 10:30 da manhã) e também não praticava nenhuma atividade voluntária, como o grupo *ad libitum*. Assim, tanto o grupo *ad libitum* como o grupo de alimentação restrita estiveram em gaiolas sem a roda de corrida, portanto, com condições físicas idênticas, só sendo alterada a oferta dos alimentos aos sujeitos experimentais.

Já, o grupo atividade e o grupo anorexia baseada em atividade tiveram, em suas gaiolas, a presença de uma roda de corrida 24 horas por dia. O grupo atividade tinha a possibilidade de realizar a atividade voluntária e, poderiam se alimentar a vontade, tendo disponibilidade de alimento durante todo o tempo. Já, o grupo anorexia baseada em atividade, poderia, também, realizar a atividade voluntária na roda de corrida, mas tinha um horário de alimentação restrito, sendo oferecidos alimentos por um período de noventa minutos (das 09:00 às 10:30 da manhã), como ocorreu com o grupo de alimentação restrita.

Segundo Scharner et al. (2016), o experimento durou vinte e um dias. Na primeira semana, os sujeitos de todos os grupos tiveram disponibilidade de alimento a todo o momento e a restrição alimentar dos grupos alimentação restrita e do grupo anorexia baseada em atividade tiveram duração de duas semanas. Ainda, os

pesquisadores afirmam que os animais poderiam ser eutanasiados em qualquer momento do período em que durou o experimento quando a perda corporal ultrapassasse em 25%.

Quanto as medições das variáveis, os sujeitos foram removidos das suas gaiolas para o monitoramento do peso corporal, que ocorreu diariamente durante todo o experimento, no período das 08:00 até as 09:00 da manhã. Para medir a atividade física realizada na roda de corrida, foi utilizado um software em que foi medida a quantidade de rotações da roda por dia. De acordo com Scharner et al. (2016), o monitoramento da atividade física proporcionou a medição do consumo de energia e da taxa de carboidratos sendo associado ao método de medição da ingestão de alimentos.

Com relação à medição do consumo e a microestrutura alimentar, os pesquisadores utilizaram o sistema de monitoramento automático de ingestão alimentar episódica BioDAQ em que os parâmetros de ingestão de alimentos foram medidos também por um software. De acordo com os autores, o sistema de monitoramento utilizado continha um funil de alimento o qual foi conectado a uma microbalança eletrônica que foi instalado em cada gaiola dos sujeitos. Ainda, cada interação do sujeito com o funil de alimento foi registrado, sendo nominado como um “ataque”. Desta forma, o sistema escolhido realizou o monitoramento constante do consumo de alimentos sólidos por cada grupo experimental e permitiu avaliar sete parâmetros relacionados à microestrutura do alimento, como o tamanho e frequência do ataque, tamanho e frequência da refeição, duração da refeição, tempo gasto em cada refeição e a taxa de alimentação.

Segundo Scharner et al (2016) também foram definidos o parâmetro utilizado para uma refeição. Nesse experimento, uma refeição foi estabelecida pela ingestão de pelo menos 0,01g de ração e, caso essa quantidade mínima fosse ingerida novamente, após um intervalo de 15 minutos, considerou-se como sendo uma nova refeição. Quanto à microestrutura do alimento, as análises de todos os grupos foram feitas após quatro dias do início do período da restrição alimentar.

Para visualizar as possíveis alterações da atividade cerebral foi utilizado o marcador de expressão neuronal Imuno-histoquina c-Fos apenas em três sujeitos do grupo da anorexia baseada em atividade e do grupo *ad libitum*. Os sujeitos foram anestesiados e o cérebro de cada um deles foi analisado através de secções coronais do prosencéfalo pré-frontal até a medula caudal. Com a intenção de

analisar as secções, de acordo com Scharner et al (2016), ocorreu o processo de imunocoloração e imunorreatividade das partes cerebrais, utilizando um microscópio de luz.

Quanto aos resultados relacionados ao peso corporal, de acordo com Scharner et al (2016), não foram encontrados diferenças de peso entre os quatro grupos na primeira semana do experimento. Já, ao iniciar a restrição alimentar no sétimo dia do experimento nos grupos de anorexia baseada em atividade e no grupo de alimentação restrita foi observado uma diminuição do peso corporal dos sujeitos experimentais.

No final do período de restrição alimentar de quatorze dias, foi observado que os sujeitos do grupo de alimentação restrita tiveram uma perda de peso de -13%, porém, os sujeitos do grupo de anorexia baseada em atividade tiveram uma maior perda de peso, tendo em média, uma perda de -22% do seu peso corporal. Vale ressaltar que três sujeitos da amostra do grupo anorexia baseada em atividade não perderam ou até mesmo ganharam peso durante o período do experimento. Esses sujeitos foram excluídos da amostra e esses dados não foram analisados pelos pesquisadores. Quanto aos grupos *ad libitum* e o grupo atividade não foram observados uma perda do peso corporal, já que os sujeitos de ambos os grupos continuaram a ganhar peso até o final do experimento.

Ao se falar da ingestão alimentar, o grupo *ad libitum* e o grupo atividade, ambos com oferta de alimento durante todo o dia, mantiveram-se com taxas de ingestão de alimento constantes, não demonstrando nenhuma diferenciação significativa entre si ao longo de todo o experimento. Já, o grupo anorexia baseada em atividade e o grupo alimentação restrita tiveram uma diminuição da ingestão dos alimentos em -88% no primeiro dia após o início da restrição alimentar quando comparado aos grupos *ad libitum* e o grupo de atividade, em que não ocorreu o horário de restrição alimentar.

Após essa grande diminuição na ingestão de alimentos, os dois grupos em questão voltaram a se alimentar de forma gradual e crescente, atingindo, ao final do experimento, níveis semelhantes da ingestão alimentar dos outros dois grupos, *ad libitum* e atividade. Mesmo diante do crescente aumento da ingestão dos alimentos, pode-se afirmar que o grupo de anorexia baseada em atividade e o grupo de alimentação restrita ingeriram menos alimentos ao longo do período de restrição alimentar de quatorze dias em comparação aos outros dois grupos experimentais.

Ainda, de acordo com Scharner et al. (2016), a quantidade de ingestão alimentar não foi diferente entre os grupos com horário de restrição alimentar, no caso, o grupo de anorexia baseada em atividade e o grupo de alimentação restrita. Isso também se aplica aos grupos com oferta de alimento durante todo o tempo, no caso, aos grupos *ad libitum* e grupo atividade, onde não foram encontrados qualquer diferenciação na quantidade de alimentos ingeridos.

Ao se falar da microestrutura alimentar medida durante os noventa minutos de oferta de alimento, os pesquisadores afirmam que não foram encontrados diferenças significativas entre o grupo alimentação restrita e o grupo anorexia baseada em atividade, ambos com a condição de restrição alimentar. Também não foram observadas diferenças entre os grupos *ad libitum* e atividade, em que tinham oferta de alimento durante todo o tempo. No entanto, foi visualizada apenas uma exceção entre esses dois grupos experimentais, no caso, o tamanho da refeição, que foi menor nos sujeitos do grupo atividade quando comparado aos sujeitos do grupo *ad libitum*.

Ainda, segundo Scharner et al. (2016), os dois grupos que tiveram sob a condição de restrição do alimento apresentaram níveis elevados de parâmetros relacionados ao tamanho e duração da alimentação, frequência e tamanho do ataque, tempo gasto nas refeições e taxa de alimentação em comparação aos outros dois grupos experimentais. Quanto a frequência das refeições, apenas o grupo atividade apresentou uma menor taxa para esse parâmetro enquanto os demais grupos, no caso, grupo *ad libitum*, alimentação restrita e anorexia baseada em atividade, apresentaram taxas similares entre si.

Ao examinar a microestrutura alimentar de vinte e quatro horas, também não foram observados diferenças entre os grupos que tiveram oferta de alimento, no caso, *ad libitum* e atividade, e entre os outros dois grupos com restrição alimentar. Similarmente aos resultados apresentados na microestrutura da oferta de alimento mensurada durante os noventa minutos, os dois grupos com restrição alimentar apresentaram altos índices para o tamanho do ataque, taxa de alimentação, duração e tamanho da refeição enquanto apresentaram valores mais baixos para frequência do ataque, tempo gasto nas refeições, frequência das refeições, o que já era esperado devido ao horário restrito de oferta do alimento, conforme reitera os pesquisadores.

De acordo com Scharner et al (2016), ao analisar a atividade diária voluntária praticada através da roda de corrida no grupo anorexia baseada em atividade e no grupo atividade, ambos tiveram um expressivo aumento da atividade física na primeira semana do período experimental, configurando aproximadamente 1500 a 2000 rotações/dia. Já, ao iniciar o período de restrição alimentar no grupo anorexia baseada em atividade, também ocorreu um aumento da atividade realizada, configurando aproximadamente 3500 rotações/dia o que equivale a uma distância de 1300 m/dia. Esse aumento também foi identificado no grupo atividade, onde os sujeitos tinham oferta de alimento durante todo o tempo.

Já, quanto ao gasto de energia diário que envolve o gasto energético em repouso e o gasto de energia durante a atividade física, pode-se afirmar, segundo os autores, que ambos os grupos tiveram um gasto energético de 35 kcal/200g nos momentos iniciais do experimento. Ao ser inserido a condição de restrição alimentar, os sujeitos do grupo anorexia baseada em atividade, tiveram um pequeno aumento do gasto energético, configurando 38 kcal/ 200g de peso corporal.

Quanto as alterações da atividade cerebral, conforme afirma Scharner et al (2016), visualizou-se uma alta ativação de vários núcleos cerebrais em diferentes áreas do cérebro nos três sujeitos do grupo anorexia baseada em atividade. Tais áreas do cérebro estavam relacionadas a diversas funções, como atividade motora, ingestão de alimentos, termogênese, resposta ao estresse e, por fim, áreas relacionadas a depressão e ansiedade. Já, quanto aos três sujeitos do grupo *ad libitum*, não foram encontrados altos índices de ativação do marcador de expressão neuronal Imuno-histoquina c-Fos o que indica pouca ativação de alguns dos núcleos cerebrais.

Assim, ao olhar para os resultados encontrados, de acordo com os pesquisadores, pode-se afirmar que o modelo experimental de anorexia baseada em atividade ocasionou uma redução significativa do peso corporal dos sujeitos experimentais que estavam nesse grupo. Ainda, ao analisar os dados relacionados a perda de peso dos quatro grupos experimentais, observou-se a importância da restrição alimentar já que ambos os grupos que estavam nessa condição tiveram perda de peso quando comparado aos grupos que tiveram acesso livre a comida.

Ao se falar da ingestão alimentar, o posterior aumento gradual da ingestão dos alimentos nos grupos com restrição alimentar após o início dessa condição deveu-se, segundo Scharner et al (2016), aos parâmetros relacionados a

microestrutura alimentar, no caso, a taxa de alimentação e ao tamanho da refeição em que foram observados índices mais elevados diferentemente do que ocorre na anorexia nervosa humana onde é visualizado uma diminuição gradual na ingestão dos alimentos.

Conforme afirmam os pesquisadores, não foi encontrada nenhuma diferenciação significativa da microestrutura alimentar entre o grupo de alimentação restrita e o de anorexia baseada em atividade. Segundo os resultados, ambos os grupos apresentaram níveis similares para os parâmetros medidos, diferenciando-se apenas dos dois grupos que tiveram oferta de alimento durante todo o tempo. Essa falta de diferença entre os dois grupos que estavam sob restrição alimentar indica a ausência de uma especificidade dos alimentos nos quadros de anorexia nervosa humana.

Quanto a atividade física diária, segundo Scharner et al. (2016), ela foi semelhante entre o grupo atividade e o grupo anorexia baseada em atividade já que foi observado um aumento gradual do exercício físico. Já, ao comparar o gasto energético relacionado à atividade física, os pesquisadores observaram que o grupo anorexia baseada em atividade expressou um maior gasto, o que não foi observado no outro grupo. Também, o fato dos sujeitos desse grupo terem tido uma maior perda de peso corporal quando comparado ao grupo de alimentação restrita, ressalta o papel da atividade física nos quadros da anorexia nervosa humana.

De acordo com os pesquisadores, três sujeitos do grupo anorexia baseada em atividade não perderam peso sendo excluídos da pesquisa impossibilitando, assim, a análise aprofundada desse dado. Esses achados corroboram com os estudos de Mondon et al (1985) apud Scharner et al (2016), pois mostra que cerca de 20% a 30% não estão interessados em correr, não desenvolvendo a anorexia baseada em atividade. Ao se falar do quadro de anorexia nervosa humana, esses dados também estão presentes, como mostra os estudos de Davis et al (1997) apud Scharner et al (2016), no qual relata a presença da hiperatividade em 80% dos casos de anorexia humana, enquanto em 20% o excesso de atividade física não está presente.

Quanto as alterações presentes na atividade cerebral observadas no grupo anorexia baseada em atividade pode-se inferir que áreas relacionadas à resposta ao estresse podem influenciar, de alguma forma, na diminuição da ingestão de alimentos e também na hiperatividade. Já, áreas cerebrais relacionadas à ingestão

alimentar podem ser responsáveis por alguns sinais nauseantes que, por sua vez, influenciam ou chegam a limitar o consumo de alimentos durante o período de alimentação.

Por fim, pode-se dizer que o experimento abarcou, em especial, duas características observadas no quadro de anorexia nervosa, no caso, a restrição alimentar e a atividade física. No entanto, como afirma Scharner et al (2016), o experimento não mensurou fatores psicossociais, interpessoais e de suscetibilidade genética o que demonstra a necessidade de mais pesquisas sobre o assunto.

4) Perguntas de pesquisa

- 1) O modelo experimental de anorexia baseada em atividade descrito por Scharner et al (2016) ajuda a explicar os casos de anorexia nervosa humana?

- 2) Quais outras possíveis contingências estão envolvidas nos principais sintomas do quadro da anorexia nervosa que levam a perda de peso, no caso, a restrição alimentar e a realização de exercícios físicos intensos?

- Objetivos

Identificar informações nos casos clínicos que podem ou não corresponder aos resultados experimentais encontrados por Scharner et al (2016). Além disso, realizar uma análise de contingências que estejam envolvidas nas respostas de fazer uma dieta alimentar e praticar exercícios físicos em demasia, procurando interpretar a funcionalidade dessas duas respostas na vida de cada cliente.

5) MÉTODO

Nessa pesquisa, procurou-se realizar um levantamento de casos clínicos relacionados a pessoas com anorexia nervosa. Para isso, foi necessário procurar e colher relatos de casos referentes ao fenômeno psicossomático para posteriormente serem comparados e analisados.

5.1. Ferramenta de coleta

As publicações científicas que continham os casos clínicos foram coletadas através da plataforma eletrônica chamada Google Acadêmico², o qual reúne um vasto número de publicações podendo estar presentes em textos, livros, artigos, jornais de universidades, monografias, dissertações entre outros documentos. A plataforma é uma ferramenta de pesquisa do Google e foi escolhida para esse estudo devido a possibilidade de englobar e obter o maior número de casos clínicos possíveis.

5.2. Procedimento de coleta

Para a coleta dos dados, foram utilizados três expressões na barra de pesquisa, as quais foram definidas tendo como base o objetivo a ser alcançado, no caso, a obtenção dos casos clínicos. Primeiramente, as palavras de cada expressão foram colocadas entre aspas e conectadas por “and”. As aspas foram utilizadas com a intenção de encontrar as palavras exatas escritas nas publicações. As três expressões utilizadas foram: “Relato Clínico” and “ Anorexia” ; “Casos Clínicos” and “ Anorexia Nervosa”; “Relatos” and “ Anorexia Nervosa” and “Psicologia”.

Após isso, realizou-se uma segunda busca mas as palavras de cada expressão foram inseridas no campo de pesquisa sem as aspas e também sem o conectivo “and”, ficando da seguinte forma: Relato Clínico Anorexia; Casos Clínicos Anorexia Nervosa; Relatos Anorexia Nervosa Psicologia. A Figura 1 exemplifica a forma com que uma das expressões, no caso, “Relato Clínico” and “ Anorexia” foi apresentada no campo de pesquisa nas duas buscas realizadas.

² <https://scholar.google.com.br/>

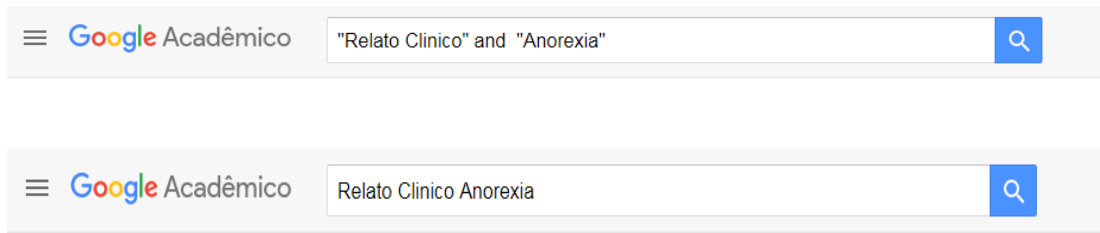


Figura 1- Preenchimento no campo de pesquisa de uma das expressões utilizadas na plataforma Google Acadêmico.

O procedimento de coleta descrito foi realizado no mês de novembro de 2018, o que resultou na inclusão dos trabalhos científicos publicados até essa data, sendo visualizadas apenas as publicações que estavam até a página cinco do Google acadêmico. Também, ao utilizar essas expressões, foram apenas selecionados os trabalhos que as continham em seu título e/ou resumo, como também ao longo do texto da publicação. Após a busca com as seis expressões descritas, foram visualizadas 300 publicações científicas.

5.3. Critérios de inclusão e exclusão

Ao visualizar cada publicação das trezentas publicações coletadas, foram utilizados alguns critérios de inclusão e exclusão para a primeira seleção dos casos clínicos. O único critério de inclusão foi a presença da descrição do caso clínico nas publicações, tendo, como critério de exclusão, aquelas publicações que não eram relativas a anorexia humana, textos conceituais sobre o assunto e os trabalhos que não estavam em língua Portuguesa. Após a utilização dos critérios descritos acima, foram selecionados 176 trabalhos científicos. Para que pudesse ser feita uma nova seleção dos artigos, foi estabelecido um único critério de inclusão, no caso, possuir informações da história de vida do cliente para além do quadro médico apresentado.

Ao utilizar esse critério, foram selecionados 24 publicações as quais foram lidas de forma integral tendo, como critérios de exclusão: Descrição de casos clínicos autobiográficos presentes em livros, isto é, análise pormenorizada de alguns trechos presentes no livro em questão (1 trabalho); Ausência da descrição completa do caso clínico devido a falta de páginas presente nos livros selecionados (3); Descrições do modo como a família lida com o caso de anorexia presente no ciclo

familiar não tendo, portanto, uma narração do caso clínico em questão (1); Trechos de falas de um grupo de adolescentes com anorexia não tendo, novamente, a descrição completa do caso clínico de cada uma delas (2); Publicações em que não foram possíveis ter o acesso de forma eletrônica (3); Trabalhos da mesma autora que foram publicados em lugares diferentes (1) e, por fim, publicações científicas que tinham uma análise baseada em uma teoria a qual estava mesclada com a descrição do caso clínico, impedindo que o caso clínico pudesse ser lido de forma clara, sem interferência da teoria (3).

Assim, ao final dos critérios de exclusão narrados acima foram selecionados 10 publicações dentre monografias, artigos e livros.

- *Procedimento e leitura integral dos textos*

Foi realizado uma releitura das dez publicações selecionadas. Primeiramente, foi feito um resumo do caso clínico presente em cada publicação, priorizando as informações mais relevantes relacionadas a história de vida do sujeito e a sintomatologia referente ao quadro da anorexia nervosa, o qual consta no tópico “Perfil do Cliente”.

Após a realização da síntese de cada caso clínico, foi feita uma seleção das informações que poderiam estar presentes no modelo experimental de Scharner et al (2016) procurando apontar paralelos e fazer comparações entre cada caso clínico e os principais resultados do modelo experimental utilizado, constando no tópico “Características que estão presentes no modelo experimental”. Também foi feito um paralelo com as informações que estavam presentes nos casos clínicos mas que não era possível realizar paralelos com o modelo experimental, procurando mencionar aquelas informações que não poderiam ser explicadas com os resultados obtidos no experimento, compondo o tópico “Características que não estão presentes no modelo experimental”.

Por fim, foi feita uma análise de contingências a partir das informações presentes no tópico “Perfil do Cliente” procurando identificar quais contingências poderiam estar envolvidas nas duas respostas mais frequentes nos casos de anorexia nervosa que, segundo os resultados do modelo experimental de Scharner et al (2016) levam a perda de peso, no caso: a resposta de realizar exercícios físicos em demasia e a resposta de comer cada vez menos alimentos. Assim, procurou-se interpretar qual a função das duas respostas no repertório comportamental de cada

cliente, apresentando tais informações no tópico “Outras contingências identificadas no caso”.

6) RESULTADOS

Os dez artigos selecionados estão listados no Apêndice A. Apenas um desses estudos continha mais de um caso clínico, resultando, assim, em treze casos clínicos analisados. Os casos clínicos foram numerados de um a treze de forma aleatória não tendo nenhuma razão ou ordem pré-estabelecida. Essa numeração será utilizada ao longo dos tópicos seguintes que estão presentes nos resultados bem como ao longo da discussão, a fim de identificá-los.

6.1. Análise dos casos clínicos selecionados

Neste momento, será apresentada a análise detalhada de cada caso Clínico procurando identificar as informações relacionadas aos tópicos já explicados: Perfil do cliente, Características que estão presentes no modelo experimental, Características que não estão presentes no modelo experimental e Outras contingências identificadas no caso.

Caso se tenha interesse por visualizar a análise pormenorizada de cada caso clínico, é necessário continuar a leitura deste título. No entanto, caso se tenha interesse apenas na análise global de todos os casos analisados, pode-se ir diretamente à página 85 na qual consta a síntese geral dos casos clínicos, tendo como base os tópicos analisados aqui.

Na síntese geral dos casos clínicos também estão indicados cada caso conforme as numerações dadas neste título, possibilitando, assim, retornar aqui, caso se tenha interesse em saber detalhadamente algum caso clínico em questão. Vale ressaltar que a ausência da leitura deste título não afetará o entendimento integral da pesquisa.

Caso Clínico 1

O relato clínico foi retirado do artigo *“Anorexia mental, novo sintoma- Uma patologia da separação”* da autora Denise da Silva Barbosa que tem, como principal objetivo, discutir a anorexia nervosa em termos psicanalíticos e lacanianos utilizando o caso clínico em questão.

- *Perfil do Cliente*

De acordo com Barbosa (2012), a cliente³ tem vinte e quatro anos e possui um quadro grave de anorexia nervosa desde os seus dezoito anos de idade. Ela possui uma irmã que tem obesidade mórbida, não fazendo questão de seguir nenhum tratamento para converter esse quadro. Também, ela afirma que a sua avó sempre dizia para as suas primas que elas nunca iriam se casar devido ao fato de serem gordas.

Ainda, seu pai faleceu aos quarenta e dois anos de idade devido a um infarto fulminante. Segundo a autora, ele não gostava de realizar dietas e não tinha cuidado com a sua saúde sendo considerado um homem obeso, diabético e hipertenso. Após a sua morte, os membros da família passaram a enfrentar dificuldades financeiras, já que ele era um homem que tinha muitas dívidas e não se preocupava em pagá-las, o que levou a mãe da cliente a ficar dependente da sua família de origem.

De acordo com Barbosa (2012), ela começou a perder muito peso comendo cada vez menos comida, tendo como justificativa o fato de se sentir cada vez mais gorda. Diante dessa situação, sua mãe a levou ao médico com a intenção de fazê-la engordar mas, ao ver que não estava tendo sucesso no tratamento, já que ela emagrecia cada vez mais chegando a pesar 38 kg, foi encaminhada ao psiquiatra.

Após a consulta com esse profissional, a cliente começou a tomar antidepressivo, além de dar início ao acompanhamento psicológico. Conforme afirma Barbosa (2012), ao ser assistida por esses profissionais, ela conseguiu engordar e a recuperar o seu peso mas, concomitantemente, surgiu uma preocupação intensa com a sua imagem corporal, tendo medo de engordar. Essa preocupação acarretou na realização de atividades físicas e um controle severo em relação a comida.

³ Optou-se por utilizar a palavra “Cliente” no lugar da palavra “Paciente”, utilizada originalmente em todos os artigos.

Tendo em vista as preocupações financeiras, que, segundo a autora, são constantes na vida da cliente, ela inicia um estágio remunerado ao entrar na faculdade assumindo, assim, as despesas da casa. No entanto, quando a mãe endivida-se, ela deixa de frequentar a faculdade e como consequência, também deixa de estagiar afastando-se do convívio social e permanecendo apenas na sua casa, sendo responsável pelos afazeres domésticos. Nesse momento, em que uma das suas responsabilidades é cozinhar para a sua irmã e para a sua mãe, a cliente apresenta sinais depressivos e engorda seis quilos, o que a faz procurar o psiquiatra novamente pelo fato dela não se reconhecer.

- *Características que estão presentes no modelo experimental*

De acordo com Scharner et al (2016), o experimento baseado no modelo de anorexia baseada em atividade utilizou apenas ratas fêmeas como sujeitos devido ao fato da anorexia nervosa humana ser mais frequente em mulheres. Isso pode ser confirmado no relato descrito, já que a cliente possui um quadro grave de anorexia nervosa desde os seus dezoito anos de idade.

Ao se falar da ingestão alimentar, foi observado que os sujeitos dos grupos que estavam sob a condição de restrição, no caso, o grupo alimentação restrita e o grupo anorexia baseada em atividade tiveram uma grande diminuição na ingestão dos alimentos no primeiro dia da condição experimental. Além disso, ocorreu uma perda significativa de peso nos sujeitos que estavam sob essa mesma condição, porém, a perda do peso corporal foi mais expressiva nos sujeitos que estavam no grupo de anorexia baseada em atividade.

Ambos os fatos podem ser vistos no caso descrito. Segundo Barbosa (2012), a cliente começou a perder peso e a comer cada vez menos chegando a pesar 38 kg, podendo inferir que ocorreu uma restrição alimentar juntamente com a diminuição na quantidade de alimentos ingeridos. Outro episódio relatado que também mostra uma situação de restrição alimentar, já que ela passa a selecionar o que deve ou não comer, é quando a cliente faz um controle rígido em relação a comida após recuperar o peso.

Segundo Scharner et al (2016), outro resultado experimental que deve ser ressaltado é o efeito da atividade física, em especial, nos sujeitos do grupo de anorexia baseada em atividade. Foi observado um aumento da atividade física em ambos os grupos que tinham, como condição experimental a atividade física

voluntária em uma roda de corrida, no caso, o grupo atividade e o grupo anorexia baseada em atividade. No entanto, foi observado um maior gasto energético nos sujeitos que estavam no grupo anorexia baseada em atividade em comparação ao outro grupo, que não tinha a restrição alimentar como condição experimental.

Com isso, a atividade física também pode ser vista no caso em questão. Segundo Barbosa (2012), a cliente começou a praticar atividades físicas após recuperar o peso, tendo medo diante da possibilidade de engordar. No entanto essa informação não pode ser analisada com mais precisão já que não foi informado a frequência da atividade física que ela pratica e nem o que a cliente passou a fazer para ser considerado como uma atividade física.

Por fim, de acordo com Scharner et al (2016), ocorreu uma alta ativação cerebral de áreas relacionadas a sintomas depressivos nos três sujeitos que foram analisados do grupo anorexia baseada em atividade. Pode-se inferir que a cliente tem sinais depressivos no período em que ela fica responsável pelos afazeres domésticos logo depois da mãe endividar-se, já que permaneceu apenas em casa. Já, quanto ao fato dela ter usado medicamentos antidepressivos antes de apresentar os sinais de depressão, não é possível afirmar se a cliente possuía nesse momento, de fato, sintomas depressivos, já que é apenas citado que ela fez uso do antidepressivo não estando descrito os motivos que a levaram a isso.

- *Características que não estão presentes no modelo experimental*

Segundo Barbosa (2012), após um tempo em que a cliente estava se consultando com o psiquiatra ela conseguiu recuperar o seu peso, porém, isso gerou uma crescente preocupação com a imagem do seu corpo e com a possibilidade de engordar. Tal fato se concretizou após sua mãe adquirir dívidas, fazendo com que ela deixasse a faculdade e passasse a ficar responsável pelas atividades domésticas, engordando, nesse momento, seis quilos.

A recuperação do peso corporal bem como o fato dela conseguir engordar não foram visualizados nos sujeitos que participaram do experimento realizado por Scharner et al (2016). Os resultados encontrados em relação ao peso corporal demonstram uma perda de peso nos sujeitos dos dois grupos que passaram pela restrição alimentar, no caso, o grupo alimentação restrita e o grupo anorexia baseada em atividade, porém, eles não chegaram a recuperar o peso ou ainda ganhar mais massa corporal até o final do experimento.

Além disso, Scharner et al (2016) observou uma alta ativação dos núcleos cerebrais responsáveis pelas respostas ao estresse, os quais podem influenciar na diminuição da ingestão alimentar e no aumento da atividade física. Conforme a descrição feita por Barbosa (2012) pode-se sugerir um paralelo com situações consideradas estressantes, tendo em vista a situação financeira da família da cliente, o que levou sua mãe se tornar dependente da sua família de origem. Outro fator considerado desagradável são os dizeres da sua avó, falando que suas primas são gordas e, por isso, não vão conseguir arrumar marido.

- *Outras contingências identificadas no caso*

Pode-se dizer que a cliente em questão passou por uma história de consequências punitivas em relação ao excesso de gordura. Seu pai era obeso e não gostava de seguir dietas e cuidar da sua saúde, chegando a falecer devido a um infarto fulminante. Apesar da autora não informar o tipo de interação entre pai e filha, pode-se inferir que o falecimento do pai devido a obesidade ocasionou na remoção de reforçadores positivos para a cliente, como por exemplo, o apoio financeiro, já que com o seu falecimento, a família passou por dificuldades financeiras fazendo com que sua mãe ficasse dependente da sua família de origem.

A irmã da cliente, conforme descrito por Barbosa (2012), é uma pessoa com obesidade mórbida e não faz questão de sair desse quadro. Não se sabe, ao certo, qual a interação entre as irmãs e também qual a resposta emitida pela cliente ao ver a situação da sua irmã mas, possivelmente, essa contingência é semelhante a contingência ocorrida com o seu pai.

Também, ao observar o comportamento da avó que sempre chamou suas primas de gordas falando que elas não iriam conseguir casar e arrumar um marido, também remete a uma contingência punitiva. Apesar de, novamente, não saber qual a resposta emitida pela cliente ao ouvir as falas da avó, pode-se inferir que a obesidade levaria a retirada de um reforço positivo como a forma de castigo, já que devido ao fato delas serem gordas, elas não iriam conseguir casar e constituir uma família.

Tendo em vista a história de reforçamento pela qual a cliente passou ao ver pessoas próximas com questões relacionadas ao excesso de gordura e também o fato dela relatar uma experiência de medo e preocupação em engordar, indica, assim, a presença de uma contingência aversiva. Desta forma, as respostas de

realizar exercícios físicos, consumir cada vez menos alimentos e fazer um controle severo da comida as quais trazem, como consequência, a perda de peso corporal, tem como função, ela se esquivar e fugir das situações vivenciadas pelos seus familiares, ou seja, da obesidade, para que ela não tenha nenhum contato com esse assunto e não precise passar pelas mesmas questões que presenciou.

Quanto ao fato dela ter ganhado seis quilos no período em que deixou a faculdade e passou a cuidar das atividades domésticas da sua casa, pode-se dizer que o ganho de peso se deve a outras variáveis, como por exemplo, contingências sociais e uma possível perda de reforçadores já que ela se isolou em casa, passando a emitir respostas que se enquadram em um quadro depressivo. No entanto, o fato dela não se reconhecer com esse peso e procurar ajuda profissional reafirmam o quanto a questão do aumento de peso, portanto, estar diante de um possível quadro de obesidade, é aversivo em sua vida.

Caso Clínico 2

O caso clínico foi retirado do artigo *“Multideterminação do comportamento alimentar em Humanos: um estudo de caso”* dos autores Paulo Roberto Abreu e Luciana Roberta Donola Cardoso que tem, como principal objetivo, observar a funcionalidade dos comportamentos-problemas em um cliente com anorexia nervosa contrapondo-se, assim, aos critérios tradicionalmente usados para o diagnóstico desse transtorno alimentar.

- *Perfil do Cliente*

De acordo com Abreu e Cardoso (2008), o cliente chamado A. é do gênero masculino e possui doze anos de idade sendo habitante de uma cidade do interior do Rio de Janeiro. Ele esteve internado no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo do dia 20/04/2005 ao dia 13/05/2005, sendo diagnosticado com um quadro de anorexia nervosa. Ao se falar do contexto familiar, os autores afirmam que os pais de A. haviam se separado recentemente. Tal fato levou seu pai a mudar de cidade, passando a morar em São Paulo enquanto sua mãe, continuou morando na cidade do interior do Rio de Janeiro ficando responsável pelo cliente e pela sua irmã.

Segundo os autores, A. foi levado ao hospital pelos seus pais quando ele começou a apresentar fraqueza, tonturas, desmaios, palidez e recusa para se

alimentar, não querendo ingerir alimentos sólidos e líquidos. Quando a equipe médica questionava-o sobre a sua fraqueza e desmaios, ele demonstrava estar preocupado com o seu estado físico o que fazia apenas nesse momento. Por fim, A. relatou ter medo de ganhar peso tendo, assim, uma crescente apreensão com a sua imagem corporal mesmo ele estando com o Índice de Massa Corporal (IMC) de acordo com a sua idade.

- *Características que estão presentes no modelo experimental*

A. não ingeriu nenhum tipo de alimento, tanto sólido como líquido o que corresponde a uma restrição na alimentação e também a alteração da ingestão dos alimentos, uma vez que foi observado no modelo experimental de Scharner et al (2016) uma diminuição de 88% na ingestão dos alimentos nos grupos alimentação restrita e anorexia baseada em atividade, após o primeiro dia da condição de restrição alimentar.

- *Características que não estão presentes no modelo experimental*

Segundo Scharner et al (2016), a anorexia nervosa é mais frequente em adolescentes e mulheres jovens o que justifica apenas o uso de ratas fêmeas como sujeitos do experimento. Isso não foi visto no caso clínico relatado por Abreu e Cardoso (2008), já que o cliente é do sexo masculino tendo doze anos de idade.

Também foi relatado pelos autores que o cliente estava com o Índice de Massa Corporal (IMC) condizente com a sua idade apesar dele não estar ingerindo qualquer tipo de alimento. Tal fato não foi encontrado nos resultados do experimento realizado por Scharner et al (2016), já que ambos os grupos que tiveram a restrição alimentar como condição experimental tiveram uma perda considerável de peso corporal, o que não ocorreu com A.

Segundo Scharner et al (2016), ao analisar a atividade cerebral de três sujeitos do grupo experimental da anorexia baseada em atividade, foi encontrado uma ativação significativa de áreas cerebrais relacionadas as respostas ao estresse. De acordo com os autores, em decorrência da ativação dessas áreas sugere-se que ocorre uma influência na ingestão alimentar diminuindo, assim, a ingestão dos alimentos. Conforme afirma Abreu e Cardoso (2008), os pais de A. se separaram recentemente, o que fez seu pai mudar de cidade, passando a viver em São Paulo. Apesar de não saber ao certo como era a relação entre o pai e o cliente bem como a

relação entre A. e sua mãe, pode-se inferir que a separação dos pais foi um acontecimento estressante, acarretando no distanciamento entre pai e filho.

De acordo com Scharner et al (2016), ocorreu um expressivo aumento da atividade física, em especial, nos sujeitos do grupo anorexia baseada em atividade já que esse grupo experimental demonstrou um maior gasto energético ao realizar a atividade em uma roda de corrida quando comparado ao grupo atividade, que tinha como condição o exercício físico e acesso a comida durante todo o tempo. Sendo assim, Abreu e Cardoso (2008) não relatam se o cliente em questão passou a praticar alguma atividade física como também não citam a frequência dessa atividade, caso ela foi realizada.

- Outras contingências identificadas no caso

Conforme afirmam Abreu e Cardoso (2008), A. tem medo de ganhar peso e também tem apreensão com a sua imagem corporal. Assim, pode-se inferir que a descrição de sentir medo e apreensão indicam que o cliente passou por uma história de punição relacionada ao seu peso e ao seu corpo porém, não se pode inferir de que maneira essa história ocorreu, já que essas informações não estão presentes no relato.

Da mesma forma, também não se sabe ao certo qual a função da resposta de não querer ingerir qualquer tipo de alimento uma vez que os autores não discorrem os momentos e lugares, ou seja, os estímulos discriminativos que possibilitaram A. emitir essa resposta, como também, não foi possível identificar os estímulos reforçadores, ou seja, a consequência que aumentou a frequência dessa resposta. Seguindo esse raciocínio, também não se sabe os momentos em que o cliente se alimentava e a consequência da resposta de se alimentar.

Em contrapartida, A. apenas demonstrava preocupação com o seu estado quando a equipe médica questionava-o sobre a sua fraqueza e desmaios. Sabendo desse fato pode-se deduzir que o cliente não queria falar abertamente e de forma voluntária da sua situação, possivelmente pelo fato de ser um evento aversivo. Assim, uma das formas que ele consegue se desligar dos acontecimentos que estão ocorrendo com ele é por meio da fuga, ou seja, ele passou a não ligar e se importar para as respostas respondentes que está emitindo como palidez, tonturas, desmaios, fraquezas, já que ele não mostra ter preocupação com o seu estado diante de outras pessoas, apenas demonstrando-a diante da equipe de profissionais

quando eles começam a falar sobre esse assunto, servindo como estímulo discriminativo para a resposta dele falar sobre o seu estado.

Caso Clínico 3

O caso clínico foi retirado do artigo “*Anorexia nervosa e síndrome de realimentação em um adolescente: relato de caso*” dos autores Ana Paula Oliveira Carvalho, Angélica Tomás de Pinho Coelho, Carla Dornelas Rezende, Janaína Zambiasi Diniz Rocha que tem, como objetivo, identificar clientes que estão mais propensos a desenvolver a síndrome de realimentação e, a partir de um estudo de caso discorrer sobre a gravidade dessa síndrome com a intenção de evitar a sua ocorrência.

- *Perfil do Cliente*

De acordo com Carvalho et al (2009), a cliente é do gênero feminino e está com treze anos. Segundo os autores, ela foi internada na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Júlia Kubitschek com um quadro de desnutrição protéico-calórica grave. No caso, ela apresentava amenorreia e baixa ingestão alimentar tendo perdido 20 kg nos últimos quatro meses, estando com um Índice de Massa Corpórea (IMC) de 9,9 kg/m². Além disso, também tinha distorção da sua imagem corporal e dizia que a causa do seu emagrecimento se deu devido a problemas sócio familiares.

Durante a internação, ela recebeu, inicialmente, uma dieta enteral normocalórica e normoproteica que evoluiu, de forma progressiva, para uma dieta oral. Também, ocorreu a suplementação de fósforo, magnésio, cálcio e de vitaminas bem como a administração de um antidepressivo chamado Mirtazapina. A cliente recebeu alta após cinquenta dias e apresentou melhora no seu quadro clínico, com ganho de peso progressivo chegando em um índice de 16,4 kg/m² de Massa Corpórea (IMC).

- *Características que estão presentes no modelo experimental*

Segundo Scharner et al (2016), a justificativa dada para a presença de apenas ratas fêmeas como sujeitos do seu experimento foi devido ao fato da anorexia nervosa ser mais frequente em adolescentes e mulheres jovens. Esse dado

pode ser visto no relato clínico narrado por Carvalho et al (2009), uma vez que a cliente em questão é do sexo feminino e possui treze anos de idade.

Um dos resultados presentes no experimento realizado por Scharner et al (2016), foi a perda significativa de peso após o início da restrição alimentar, nos grupos de alimentação restrita e anorexia baseada em atividade. Essa perda corporal não foi vista nos sujeitos que estavam nos grupos que tinham alimentação a todo tempo, no caso, o grupo *ad libitum* e o grupo atividade. Segundo Carvalho et al (2009), a cliente apresentou uma perda de 20 kg nos últimos quatro meses, o que pode ser considerado uma perda de peso significativa, concordando com os achados do experimento.

Ainda, quanto a ingestão alimentar, Scharner et al (2016) relataram que no primeiro dia da condição de restrição alimentar, os sujeitos dos grupos que estavam nessa condição, no caso, alimentação restrita e anorexia baseada em atividade tiveram uma grande diminuição na ingestão dos alimentos. De acordo com Carvalho et al (2009), a cliente também apresentou uma diminuição na ingestão dos alimentos, o que vai de encontro com os resultados do experimento.

- *Características que não estão presentes no modelo experimental*

De acordo com Carvalho et al (2009), a cliente conseguiu ganhar peso de forma progressiva e aumentar o seu Índice de Massa Corpórea (IMC) após ter passado por uma dieta enteral e uma dieta por via oral. A recuperação progressiva do peso não foi visualizada nos sujeitos do experimento realizado por Scharner et al (2016), em especial, aqueles sujeitos dos grupos que passaram por restrição alimentar, ocorrendo apenas uma perda corporal significativa nos sujeitos desses grupos.

Um dos resultados presentes no experimento realizado por Scharner et al (2016) foi a influência da atividade física na perda de peso. Assim, foi observado um aumento da atividade física em sujeitos dos dois grupos que tinham a possibilidade de realizar exercícios em uma roda de corrida, no caso, o grupo anorexia baseada em atividade e o grupo atividade. Em especial, os sujeitos do grupo anorexia baseada em atividade, que tinha como condição experimental a restrição alimentar e a atividade física, apresentaram um maior gasto energético em comparação ao grupo atividade. Essa questão não está presente no caso clínico em questão, já que os autores não citam se a cliente chegou a praticar alguma atividade física.

Ainda, Carvalho et al (2009) relatam que a cliente passou a tomar um antidepressivo, chamado Mirtazapina. Segundo Scharner et al (2016), os três sujeitos do grupo anorexia baseada em atividade que foram analisados tiveram um aumento na ativação de áreas cerebrais relacionadas a sintomas depressivos. No entanto, não é possível afirmar que a cliente estava tomando o antidepressivo devido a sinais depressivos ou devido a outros sintomas, já que essa informação também não está descrita no relato clínico em questão.

- Outras contingências identificadas no caso

Segundo Carvalho et al (2009), a cliente justifica o seu emagrecimento devido a problemas sociofamiliares. No relato em questão, os autores não especificaram quais problemas sócio familiares a cliente julga ser a causa do seu emagrecimento e, da mesma forma, não foi dito como era a interação entre ela e os seus familiares, o que dificulta deduzir qual a história de reforçamento que ela teve em relação a esse assunto.

Além disso, os autores também não ofereceram informações sobre o ambiente e o contexto que a cliente deixou de ingerir os alimentos e também, quais foram as predisposições emocionais que acompanharam a resposta operante de diminuir a quantidade de comida. Assim, não se sabe qual a consequência reforçadora que ela teve ao deixar de comer, bem como, os reforços que ela tinha ao ingerir os alimentos.

Diante dessas informações, seria possível saber qual a história de reforçamento que ela teve com o comer, ou seja, se foi uma história reforçada positivamente, negativamente, ou se ela foi punida e por isso, deixou de comer. Sendo assim, devido a falta dessas informações, não é possível realizar uma análise funcional da resposta de deixar de comer emitida pela cliente que, por sua vez, acarretou na perda de peso de 20 kg em quatro meses, configurando um quadro de anorexia nervosa.

Caso Clínico 4

O caso clínico foi retirado do artigo “*Abordagem clínica e nutricional na anorexia nervosa: relato de caso*” das autoras Tatiana dos Santos Yarzón e Denise Tavares Giannin que tem, como principal objetivo, observar a evolução do quadro de anorexia nervosa de um adolescente, a partir do seu relato.

- Perfil do Cliente

De acordo com Yarzón e Giannini (2010), J.S.D.A.F é adolescente, do gênero feminino e está com dezesseis anos de idade, sendo diagnosticada com um quadro de anorexia nervosa. J.S.D.A.F apresentou amenorreia por um período de três meses, distúrbios relacionados à autoimagem e medo intenso de ganhar peso, chegando a ter um Índice de Massa Corporal de 14,2 kg/m². Segundo as autoras, a internação da cliente deveu-se ao fato dela ter apresentado uma perda de peso progressiva e sintomas graves de depressão. No momento da internação, J.S.D.A.F estava com um peso de 34 kg e um Índice de Massa Corporal de 13,1 kg/m², ingerindo poucos alimentos e não tendo regularidade nas refeições. Durante a internação, foi ministrado, de forma gradual, uma dieta hipercalórica e hiperproteica associada a uma dieta enteral. Nesse período, a cliente fez uso de antidepressivos ocorrendo também acompanhamento psicológico.

- Características que estão presentes no modelo experimental

Segundo Scharner et al (2016), a utilização de apenas ratas fêmeas como sujeitos do experimento, justifica-se pelo fato da anorexia nervosa ser mais frequente em adolescentes e mulheres jovens. Isso pode ser encontrado no caso clínico relatado por Yarzón e Giannini (2010) em que a cliente é uma adolescente com dezesseis anos de idade.

Ao se falar dos achados relacionados à ingestão alimentar, Scharner et al (2016) indicam que os dois grupos experimentais com condição de restrição alimentar, no caso, anorexia baseada em atividade e alimentação restrita tiveram uma grande queda na ingestão alimentar no primeiro dia da restrição. No decorrer do experimento, ambos os grupos se alimentaram de forma gradativa mas, apesar disso, ingeriram menos alimentos em comparação aos outros grupos experimentais que tiveram oferta de alimento a todo o tempo. Esse resultado corrobora com a informação descrita por Yarzón e Giannini (2010) de que a cliente passou a ingerir poucos alimentos.

Outra questão que pode ser citada, é a perda progressiva de peso. No experimento realizado por Scharner et al (2016), foi observado, principalmente, uma perda significativa de peso em dois grupos que estavam sob condição de restrição alimentar, no caso, o grupo alimentação restrita e o grupo anorexia baseada em

atividade. Esse dado corresponde a informação presente no caso apresentado, já que a cliente passou de um Índice de Massa Corporal (IMC) de 14,2 kg/m² para um Índice de 13,1kg/m² sendo internada quando estava pesando 34 kg.

De acordo com Scharner et al (2016), os três sujeitos que foram analisados do grupo anorexia baseada em atividade apresentaram uma alta ativação em núcleos cerebrais relacionado a áreas que têm influência nos sintomas depressivos. Isso pode ser encontrado no caso da J.S.D.A.F, já que um dos motivos da sua internação foi o fato dela apresentar sintomas graves de depressão, chegando a tomar medicamentos antidepressivos durante o período em que esteve internada.

- *Características que não estão presentes no modelo experimental*

Segundo Yarzón e Giannini (2010), a cliente não possui uma certa regularidade nas refeições. Essa informação não corresponde com o experimento realizado por Scharner et al (2016), já que, ao falar especificamente sobre o parâmetro da frequência das refeições presente na microestrutura alimentar durante os noventa minutos de oferta de alimento, foi observado níveis similares na frequência das refeições nos grupos alimentação restrita, atividade e anorexia baseada em atividade, em especial, nos dois grupos que estavam sob restrição alimentar, situação pela qual a cliente se encontrava, já que ela também apresentou uma baixa ingestão dos alimentos.

Os autores não citam se J.S.D.A.F chegou a realizar exercícios físicos. De acordo com Scharner et al (2016), ao analisar conjuntamente os resultados da atividade física e o gasto energético, foi observado um grande aumento na atividade física após o período de restrição alimentar no grupo anorexia baseada em atividade. Esse aumento também foi observado no grupo atividade, porém ele não foi muito significativo quanto foi no outro grupo citado, indicando, assim, a influência da atividade física nos quadros de anorexia nervosa.

- *Outras contingências identificadas no caso*

Segundo Yarzón e Giannini (2010), a cliente possui questões relacionadas a auto imagem e medo intenso de ganhar peso. Devido ao fato da cliente descrever o sentir medo estando relacionada a uma contingência que está ligada ao peso, no caso, o fato de ganhá-lo, indica que ela passou por uma contingência punitiva. Em contrapartida, as autoras não informaram as ocasiões e os ambientes que

possibilitaram J.S.D.A.F a emitir tal resposta, bem como as consequências reforçadoras envolvidas nessa contingência.

Da mesma forma, não foram informados os estímulos antecedentes, como os momentos e contextos da vida da cliente que possibilitaram a emissão da resposta de ingerir poucos alimentos, levando a uma perda progressiva de peso e também a internação. Além disso, não se sabe ao certo, os estímulos reforçadores que selecionaram essa resposta, fazendo com que ela aumentasse de frequência levando a perda de peso, já que a cliente chegou a pesar 34 kg.

Assim, tendo em vista a falta dessas informações, não é possível realizar uma análise funcional da resposta de ingerir poucos alimentos emitida pela cliente. No entanto, pode-se afirmar que ela passou por consequências coercitivas em relação a resposta de se alimentar que tem, como consequência o ganho de peso, já que ela relata ter, justamente, medo intenso disso acontecer.

Caso Clínico 5

O caso clínico foi retirado do artigo "*Processo de enfermagem para clientes com anorexia nervosa*" das autoras Vanessa Panessa Pellegrino Toledo, Natália Amorim Ramos, Flávia Wopereis que tem, como principal objetivo, relatar a experiência da execução do processo de enfermagem no tratamento de uma cliente que está com anorexia nervosa, proporcionando uma melhor qualidade de vida a ela.

- *Perfil do Cliente*

Segundo Toledo, Ramos e Wopereis (2010) Violeta possui vinte e nove anos de idade sendo natural da cidade de Ipiúna/ MG. Ela mora no sítio de sua família, com os seus pais e sete irmãos com os quais não possui um bom relacionamento. Violeta não está trabalhando no momento e não possui o desejo de procurar uma ocupação profissional, realizando apenas as atividades domésticas da casa.

De acordo com os autores, ela pesa 37,5 kg o que configura um Índice de Massa Corpórea de 16,89 kg/m² e apresenta um quadro de amenorréia há dez meses. Violeta se sente uma pessoa gorda e após as refeições pensa que vai engordar porque comeu. Quanto as comidas, ela afirma que tem preferência por churrasco, maionese e batata frita realizando as suas refeições de forma rápida e

exagerada. Também, afirma que permaneceu durante dias em estado de inapetência, ingerindo apenas água.

Ainda, conforme afirma Toledo, Ramos e Wopereis (2010), ela tem o hábito de provocar vômitos constantemente e afirma que bebe muita água após a ingestão dos alimentos, já que isso a auxilia no ato de vomitar. Quanto a origem dos vômitos, Violeta disse que esses episódios começaram a ocorrer após ela assistir um filme em que a personagem comia de forma exagerada e depois vomitava. Segundo os autores, ela diz que não tem desejo de realizar atividade física mas gosta de caminhar todo o tempo para “queimar calorias”. Durante a internação ela chegou a pesar 27,8 kg, demonstrando apenas interesses nas atividades de cuidados com a aparência pessoal, como atividades relacionadas a maquiagem chegando a realizar caminhadas pelo pátio da enfermaria.

Conforme os autores, ela apresenta traços depressivos, afirmando que não se importaria de morrer porque as pessoas não sentiriam sua falta, e, além disso, ela se sente ansiosa na maioria das vezes. Por fim, Violeta considera que ela não está doente já que os sintomas e as suas atitudes são normais e aceitas pela sociedade.

- *Características que estão presentes no modelo experimental*

De acordo com Scharner et al (2016), a anorexia nervosa é mais frequente em mulheres jovens, justificando a utilização de apenas ratas fêmeas como sujeitos do experimento. Esse dado está presente no caso clínico em questão, já que Violeta é do sexo feminino e tem vinte e nove anos de idade, sendo considerada uma mulher jovem.

Conforme afirmam os experimentadores, foi observado uma diminuição significativa do peso corporal nos sujeitos dos dois grupos experimentais que tinham, como condição, a restrição alimentar, no caso, o grupo alimentação restrita e o grupo anorexia baseada em atividade, sendo que a perda foi mais expressiva neste grupo. Pode-se dizer que Violeta estava com um peso de 37,5 kg e foi internada pesando 27,8 kg, indicando, assim, a perda de peso, o que corrobora com os achados de Scharner et al (2016).

Os resultados relacionados à ingestão alimentar apontados por Scharner et al (2016), indicam que ocorreu uma grande diminuição da alimentação nos dois grupos experimentais que tinham, como condição a restrição do alimento, no caso, o grupo

anorexia baseada em atividade e o grupo de alimentação restrita. Isso pode ser visto no caso de Violeta, já que ela fica em estado de inapetência durante dias, ingerindo apenas água.

Outro resultado encontrado está relacionado a atividade cerebral. Segundo Scharner et al (2016), os três sujeitos analisados do grupo anorexia baseada em atividade mostraram uma alta ativação em vários núcleos cerebrais, em especial, aqueles relacionados a áreas responsáveis por sinais depressivos e ansiosos. Segundo os autores, Violeta afirma não se importar de morrer já que considera que ninguém irá sentir a sua falta, além de estar ansiosa na maioria das vezes. Essas informações estão relacionadas a traços depressivos e ansiosos, correspondendo aos achados do experimento realizado por Scharner et al (2016).

Ainda, ao se falar da atividade física, os sujeitos dos dois grupos que tinham como condição experimental a presença de uma roda de corrida apresentaram um expressivo aumento na atividade, principalmente após o início da restrição alimentar. Quanto ao gasto energético, foi observado que os sujeitos do grupo anorexia baseada em atividade apresentaram um gasto maior quando comparado ao grupo atividade, que também tinha a possibilidade de realizar a atividade física. Esse dado também está presente no caso narrado, já que Violeta afirma que gosta de caminhar para queimar possíveis calorias, caminhando, também, pelo pátio da enfermaria quando esteve internada.

- *Características que não estão presentes no modelo experimental*

De acordo com Scharner et al (2016), não se pode afirmar que clientes com anorexia nervosa tem preferência por comidas específicas, já que não foi encontrado diferenças entre os sujeitos do grupo alimentação restrita e os sujeitos do grupo anorexia baseada em atividade em relação a microestrutura alimentar. No relato, Violeta afirmou que tinha preferências por churrasco, maionese e batata frita, o que não corresponde ao modelo experimental utilizado.

Ainda, um dos achados refere-se a alta ativação de vários núcleos cerebrais nos três sujeitos analisados do grupo anorexia baseada em atividade, em especial, aquelas relacionadas à ingestão de alimentos e as áreas relacionadas as respostas ao estresse. Segundo Scharner et al (2016), foram encontrados indícios de sinais nauseantes que influenciam e modulam a ingestão alimentar. No caso descrito, Violeta disse que chegou a beber muita água após as refeições com a intenção de

ajudar no hábito de provocar os vômitos, o que também não corresponde ao experimento já que não foi dito que ela sentia náuseas diante do alimento ou quando os ingeria.

Quanto as áreas relacionadas as respostas ao estresse, sugere-se, segundo os pesquisadores, que elas podem influenciar na diminuição da ingestão dos alimentos e no aumento da atividade física. Pode-se fazer um paralelo com o caso de Violeta, já que ela afirma não ter um bom relacionamento com os irmãos, podendo inferir que ela vive em uma ambiente desagradável e estressante.

- *Outras contingências identificadas no caso*

Segundo Toledo, Ramos e Wopereis (2010), Violeta ingere alimentos de forma rápida e exagerada e, após ingeri-los pensa que vai engordar porque comeu. Diante desse pensamento, que se trata de um comportamento verbal encoberto, ela é controlada por essa resposta, já que, ao pensar, Violeta passa a ser a sua própria audiência, reforçando a si mesma aumentando, assim, o valor reforçador dessa resposta.

Sendo assim, a história de reforçamento que ela possui com a comida faz com que ela emita respostas a fim de concorrer com essa resposta verbal encoberta, no caso, o pensamento que ela possui em relação ao comer e ao engordar. Nesse sentido, não se sabe ao certo se, devido a esse pensamento, ela provocava vômitos e, ao emitir essa resposta, tem, como consequência, evitar um possível ganho de peso.

Da mesma forma, os autores também não dizem quando Violeta começou a emitir as respostas de realizar atividade física, no caso, as suas caminhadas e também não dizem quando ela começou a deixar de comer, entrando em estado de inapetência. Em contrapartida, ela afirma que realizava as caminhadas para perder calorias e, da mesma forma, pode-se inferir que ela deixou de comer com a intenção de perder peso, tendo em vista o seu pensamento em relação a comida. Diante disso, pode-se afirmar que essas duas respostas emitidas por ela tem a função de evitar um possível estímulo aversivo, no caso, ela engordar e se sentir ainda mais gorda.

Caso Clínico 6

O caso clínico foi retirado do artigo “*A experiência corporal de um adolescente com transtorno alimentar*” dos autores Thais Fonseca de Andrade Manoel Antonio dos Santos que tem, como objetivo, analisar a maneira que um adolescente com anorexia nervosa atípica lida com o seu corpo e com a sua auto-imagem.

- Perfil do Cliente

De acordo com Andrade e Santos (2009), Fernando tem dezoito anos de idade e reside com seu pai, sua mãe e uma das suas quatro irmãs tendo um bom relacionamento com os seus familiares. Ele foi atendido pelo GRATA (Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares), quando tinha dezessete anos devido a uma perda acentuada de peso, chegando a perder 46 kg em um período de dez meses após ter ficado internado em razão de um quadro de mielite viral.

Segundo os autores, na internação, ele pesava 117 kg sendo considerado uma pessoa obesa. Devido ao fato dele ter apresentado um quadro de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e intolerância a glicose, foi orientado pelos médicos e nutricionistas a perder peso e realizar um controle da sua alimentação. Prontamente, conforme descrito por Andrade e Santos (2009), Fernando se recusou a seguir as orientações médicas e a dieta recomendada mas isso se alterou após uma consulta com a médica endocrinologista. Diante das falas dessa profissional, o cliente diz que ela lhe disse algo que começou a fazer sentido, mudando o seu pensamento, já que começou a seguir a dieta dada pela médica.

No entanto, Fernando começou a realizar a dieta mas quis realizá-la de uma maneira diferente, seguindo as suas próprias regras já que desejava perder peso de forma mais rápida. Desta forma, ele fazia, em média, seis refeições diárias em pequenas quantidades sem fazer uma restrição específica de alimento. Para ajudar na perda de peso, ele afirma que pensava estar comendo em grande quantidade enquanto comia pouco, realizando, concomitantemente, exercícios físicos de forma excessiva, como andar o dia inteiro e fazer bicicleta ergométrica.

Como consequência da dieta e dos exercícios físicos intensos, Fernando sentia-se fraco e debilitado chegando a desmaiar uma única vez. Segundo Andrade e Santos (2009), ao mesmo tempo que sentia fraqueza, ele sentia-se feliz por estar perdendo peso e seu corpo estar da forma que ele gostaria. Ainda, sentia o desejo de emagrecer cada vez mais já que considerava que algumas regiões do corpo

ainda tinham gorduras, especialmente no abdômen e também achava que os músculos que estava ganhando em decorrência da atividade física eram gorduras, considerando que estava ganhando cada vez mais peso.

Após um ano de tratamento, Fernando se encontra com 71 kg, configurando um Índice de Massa Corporal (IMC) de 22,41kg/m² estão dentro do padrão considerado normal. No entanto, ele ainda demonstra preocupação com o seu peso e também com o corpo dizendo se sentir inquieto com a possibilidade de ganhar peso e voltar a ser obeso. Ele ainda mantém um controle rígido em relação a sua alimentação e afirma que o Fernando com o peso saudável tem receio do menino obeso de antigamente. Como melhora, o cliente relata estar praticando menos exercícios físicos e apresentando menos distorção relacionada a sua imagem corporal, já que a obsessão pela magreza tem diminuído.

- *Características que estão presentes no modelo experimental*

Segundo o caso descrito por Andrade e Santos (2009), Fernando perdeu uma grande quantidade de peso em um curto período de tempo, no caso, 46 kg em um período de dez meses. Além disso, ele passou a realizar uma dieta por conta própria, realizando seis refeições por dia e ingerindo pequenas quantidades de alimento configurando uma restrição. Também, foi mencionado que ele não faz nenhuma restrição específica de qualquer alimento. Essas informações correspondem aos resultados do experimento realizado por Scharner et al (2016) referente ao peso corporal e a ingestão alimentar e sua microestrutura, os quais já foram explicados nos casos clínicos anteriores.

Ainda, de acordo com Andrade e Santos (2009), o cliente realiza exercícios físicos em excesso, como fazer bicicleta ergométrica e andar o dia inteiro. Esse dado também corresponde aos achados de Scharner et al (2016) em que a atividade física é uma variável importante que contribui para a perda considerável de peso, conforme já explicado.

- *Características que não estão presentes no modelo experimental*

O cliente do caso clínico mostrado por Andrade e Santos (2009) é do sexo masculino, o que não corresponde com a justificativa dada por Scharner et al (2016) em relação a utilização de apenas ratas fêmeas em seu experimento. Outra questão é o fato de Fernando ter um quadro de obesidade antes da perda

considerável de peso e também o fato dele estar com um peso considerado normal para a sua idade. Isso não corresponde aos resultados de Scharner et al (2016), já que os experimentadores não utilizaram sujeitos que se encontravam acima do peso sendo utilizado apenas sujeitos que estavam com o peso considerado normal.

- *Outras contingências identificadas no caso*

Segundo Andrade e Santos (2009), Fernando pesava 117 kg sendo considerado um adolescente obeso. Após apresentar um quadro neuromuscular viral foi orientado para que ele realizasse uma dieta devido a questões de saúde, como intolerância a glicose e um quadro de pressão alta (HAS). Primeiramente, ele não demonstrou estar adepto a dieta, mostrando-se resistente. No caso clínico, os autores não falam os motivos de Fernando não aceitar a dieta prontamente já que com a dieta ele iria ter, como reforçadores, uma melhor qualidade de vida tendo em vista a eliminação dos problemas de saúde que ele estava apresentando.

Essa situação é alterada, quando uma médica endocrinologista diz algo que começa a fazer sentido para Fernando, ou seja, que tem um valor reforçador para ele, já que, diante da sua fala, ele manifestou o desejo de perder peso rapidamente, seguindo a dieta prescrita. Os autores não deixam claro o conteúdo desse diálogo entre a médica e o cliente mas pode-se inferir que ele ficou sob controle das falas dessa profissional servindo, também, como estímulo discriminativo para ele emitir respostas que o fizessem perder peso, como realizar exercícios físicos em excesso e fazer sua própria restrição alimentar.

Percebe-se pelas suas falas que ele tem um certo incômodo com a possibilidade de voltar a ser gordo, dizendo que o menino de hoje, mais magro, tem medo do menino de antigamente, o obeso, podendo inferir que a existência de contingências aversivas em relação a obesidade, apesar de não saber, ao certo, as contingências que ele passou em relação a essa questão. Além disso, possivelmente, o fato dele perder peso é algo reforçador, já que ele afirma estar com o corpo que gostaria de ter, sentindo-se feliz por estar emagrecendo.

Desta forma, as respostas de realizar exercícios físicos e fazer uma dieta restritiva que levam a perda de peso tem, como função, ele se esquivar e fugir de eventos aversivos, já que ele também relatou sentir apreensão em relação a voltar ao peso que tinha antes, indicando o quanto a obesidade é aversiva para ele.

Contudo, não se pode fazer uma análise funcional mais detalhada devido a falta de informações, em especial, de outros ambientes que Fernando se comporta e também o diálogo com a médica endocrinologista que, ao que tudo indica, foi um fator decisivo para ele começar a emitir as respostas que o levaram a perda de peso.

Caso Clínico 7

O caso clínico foi retirado do capítulo 1 do livro *Doença e Família* nomeado por “*Família como sistema*” o qual foi escrito pelo autor Luis Carlos Osorio. O capítulo em questão aborda a origem do pensamento sistêmico juntamente com os seus conceitos e características, exemplificando-o a partir de um caso clínico.

- *Perfil do Cliente*

De acordo com Osorio (2004), Anaïs é uma adolescente com quatorze anos de idade residente de uma cidade do interior. Ela mora com a sua mãe, sua avó e uma irmã mais nova sendo que seu pai faleceu quando ela tinha sete anos de idade. Devido ao fato de sua família ser religiosa e o seu pai ter falecido, a mãe da cliente destinou ao padre da cidade a educação moral das suas duas filhas.

Segundo o autor, Anaïs manifestou o desejo de se relacionar com os meninos da escola assim que menstruou pela primeira vez, mas tal desejo desapareceu rapidamente, sem nenhuma repressão familiar. Logo depois que começou a dispensar a companhia dos meninos, começou a apresentar uma pequena perda de peso juntamente com episódios de vômitos após a ingestão dos alimentos, sendo observado, também um quadro de amenorréia a alguns meses. Além disso, ela deixou de frequentar a escola e passou a ajudar sua mãe nas tarefas domésticas, evitando sair de casa.

- *Características que estão presentes no modelo experimental*

Conforme descrito por Osorio (2004), a cliente que é adolescente e do gênero feminino apresentou uma pequena perda de peso. O autor não deixa explícito se Anaïs chegou a ingerir menos quantidade de alimentos, mas, devido a sua perda de peso, pode-se inferir que ela passou por um período de restrição alimentar. Essas informações correspondem com a justificativa dada por Scharner et

al (2016) ao utilizar apenas ratas fêmeas e também os achados referentes ao peso corporal e a ingestão alimentar, como já foi explicado.

- *Características que não estão presentes no modelo experimental*

No caso descrito por Osorio (2004), a cliente apresenta episódios de vômitos após a ingestão dos alimentos, não correspondendo aos resultados encontrados no experimento de Scharner et al (2016) em relação a atividade cerebral e a influência de sinais nauseantes na ingestão de alimentos os quais já foram explicados em alguns casos clínicos anteriores. Além disso, os resultados de Scharner et al (2016) ressaltam a influência da atividade física para a perda de peso mas não é possível saber se a cliente a realizar mais exercícios físicos, já que o autor não cita essas informações.

- *Outras contingências identificadas no caso*

De acordo com Osorio (2004), Anaïs começou a manifestar os sintomas da anorexia nervosa, no caso, uma pequena perda de peso, após dispensar a companhia dos garotos da sua escola em que tinha se aproximado e manifestado desejo de se relacionar com eles. Apesar do autor não dizer o modo como ela foi consequenciada ao se aproximar dos meninos, pode-se inferir que Anaïs possa ter sido punida tendo em vista que ela começou a dispensá-los.

Como suposição, algum garoto pode não ter manifestado o desejo de se relacionar com ela, outro menino da escola pode não ter dado atenção ao fato dela querer algo com ele e, até mesmo, algum desses meninos podem ter dito ou feito algo que não lhe agradou, indo contra a sua vontade de se relacionar. Ainda, a cliente deixou de frequentar a escola e passou a ajudar sua mãe nas tarefas domésticas, confirmando o quanto a escola passou a ser um estímulo aversivo para ela.

Tendo em vista essa contingência punitiva, Anaïs passou a emitir respostas de vomitar após as refeições como também, possivelmente, chegou a emitir outras respostas que ocasionaram na perda de peso e que não foram informadas por Osorio (2004). Sendo assim, a resposta de vomitar tem, para ela, a função de fugir e se esquivar da convivência com os garotos da escola, bem como, também esquivar-se e fugir da própria escola, já que, segundo o autor, a adolescente deixou de frequentar a instituição que ela estudava.

Caso Clínico 8

O caso clínico foi retirado da monografia *“Padrões disfuncionais de interação em famílias de adolescentes com anorexia nervosa”* da autora Letícia Langlois Oliveira, que tem, como objetivo, analisar a forma de interação entre os membros da quatro famílias de adolescentes que possuem anorexia nervosa.

- Perfil do Cliente

De acordo com Oliveira (2004), Mary tem dezesseis anos, está cursando o segundo grau e mora com os seus pais e um irmão, sendo que duas irmãs estudam fora do Brasil. A família é natural de uma cidade da França e reside em um bairro nobre de Porto Alegre há onze anos devido aos negócios de seu pai. Segundo a autora, Mary, aos quatorze anos de idade, comia demais sentindo-se gorda, horrível e feia.

Nessa época, a anorexia apareceu de forma repentina, já que ela resolveu parar de comer e passou a realizar exercícios físicos em demasia, começando a emagrecer. Para Mary, o aparecimento desse quadro deveu-se ao fato da sua única amiga ter saído da escola em que estudava uma vez que ela era considerada estranha pelos outros colegas sendo excluída desse ambiente.

Polly ficou muito assustada quando descobriu a possibilidade de Mary estar com anorexia nervosa, já que passou por momentos difíceis com as suas outras filhas que também tiveram transtornos alimentares quando a família morava na Europa. Nessa ocasião, de acordo com a autora, Mary estava com nove anos de idade e diante dos quadros apresentados pelas irmãs, ela manifestou o desejo de também desenvolver os transtornos alimentares dizendo que gostaria de ter a mesma atenção e amor que os seus familiares davam para as suas irmãs.

Conforme descrito por Oliveira (2004), Mary, além de passar por acompanhamento psicoterápico e nutricional afirma que só foi ao psiquiatra após a insistência de sua irmã a qual é muito ligada. No entanto, ela só deu continuidade as consultas devido a insistência dos seus pais, uma vez que considerava estar bem de saúde, acreditando não estar doente. Nesse período, a cliente diz que perdeu a liberdade e passou a odiar seus pais, já que sentia-se bem e animada apenas reconhecendo que estava com um comportamento anormal já que pensava em dieta e exercícios físicos durante todo o dia.

Segundo a autora, Mary esteve internada por quatro meses. Durante a internação, a adolescente teve brigas constantes com o seu pai, pois considerava que Tony não a entendia, chegando a solicitar para a equipe médica a suspensão das visitas dos seus pais. Atualmente, Mary está se sentindo melhor mas ainda não consegue se alimentar de forma correta. Como exemplo, diz que não realiza uma refeição, se por acaso comer algum alimento doce. Quanto a anorexia em si, ela reconhece que a cura não se dá de forma rápida, necessitando estar sempre atenta a questões relacionadas à alimentação.

- *Características que estão presentes no modelo experimental*

Pode-se observar que a cliente do caso clínico descrito por Oliveira (2004) é do gênero feminino estando no período da adolescência. Esse dado corresponde a justificativa dada por Scharner et al (2016) na questão de usar apenas ratas fêmeas como sujeitos do seu experimento, o qual já foi explicado nos casos clínicos anteriores.

Outra questão que pode ser ressaltada foi o fato da cliente parar de ingerir alimentos e iniciar exercícios físicos de forma excessiva, acarretando na perda de peso. Tais fatos também corroboram com os resultados do experimento realizado por Scharner et al (2016), em especial, os achados relacionados à ingestão alimentar, a atividade física, como já explicado anteriormente.

- *Características que não estão presentes no modelo experimental*

Possivelmente Mary passou por momentos estressantes em sua vida, como o fato dela ser considerada estranha pelos seus colegas e a insistência dos pais para que ela fosse as consultas ao psiquiatra. Isso sugere um paralelo com os resultados referentes a ativação de núcleos cerebrais relacionados a respostas estressantes, como já explicado anteriormente.

- *Outras contingências identificadas no caso*

De acordo com as informações do caso clínico descrito por Oliveira (2004), pode-se destacar dois ambientes de Mary: a família e a escola. Quanto a família, Mary aos nove anos de idade diz que gostaria de desenvolver os mesmos transtornos alimentares que as suas irmãs tiveram, com a finalidade de receber amor e carinho dos seus familiares.

Quanto a essa questão, pode-se inferir que Mary não se sentiu muito acolhida pelos pais já que esses estavam dando mais atenção para as suas irmãs devido ao momento em que elas se encontravam. Sendo assim, Mary perdeu reforçadores generalizados importantes em um momento da sua infância, no caso, o amor e o afeto dos seus pais tendo, como modelo de contingência a situação e os sintomas apresentados pelas suas irmãs para receber o carinho dos seus pais e dos familiares.

Quanto a escola, Mary afirmou que era considerada estranha sendo excluída pelos colegas citando, também, a saída da sua única amiga da escola, apresentando, nessa época os primeiros sintomas da anorexia nervosa. Oliveira (2004), não cita os motivos dela ser considerada estranha mas, o fato dela ser excluída pelos colegas indica que Mary era frequentemente punida, já que seus colegas retiravam um reforçador positivo, no caso, o convívio com ela e as amizades que ela poderia ter. Aliado a isso, está o fato da sua única amiga ter saído da escola acarretando na perda de reforçadores sociais e generalizados, como a atenção, o convívio com essa amiga e a sua amizade.

Sendo assim, as respostas de parar de comer e de realizar exercícios físicos em excesso, tendo em vista a perda de peso teriam como função o ganho de atenção e do afeto, uma vez que, ela passou por uma história de reforçamento relacionada a falta de atenção ao mesmo tempo que via essa atenção dirigida as suas irmãs no momento em que estavam apresentando os transtornos alimentares. Tal contingência se repetiu na escola, uma vez que sua única amiga saiu desse ambiente enquanto a resposta de se aproximar dos colegas e formar novos amigos foi punida, não tendo acesso a reforçadores nesse ambiente.

Caso Clínico 9

O caso clínico foi retirado da mesma monografia em que foi retirado o caso clínico 8.

- Perfil do Cliente

De acordo com Oliveira (2004), Joana tem dezesseis anos de idade. Seus pais se separaram há cerca de onze anos. Ela vive com a sua irmã, sua mãe chamada Juraci e seu padrasto chamado Paulo, que mora com a família a cerca de

um ano e meio. Joana acredita que o quadro de anorexia nervosa se deveu aos apelidos, como “de baleia”, que os seus colegas a chamavam na escola.

Conforme narrado pela autora, Joana passou por vários tratamentos com endocrinologistas devido ao fato dela ter sido obesa durante toda a infância. Sua mãe relata que ela não seguia os tratamentos dados pelos médicos mas em um dado momento solicitou ao profissional uma dieta intensa em que ela não pudesse ingerir qualquer tipo de doce. No entanto, ela realizou uma dieta ainda mais restritiva, pois pensava que se comesse algo a mais não iria conseguir emagrecer levando-a a ingerir cada vez menos alimentos.

Segundo a autora, em decorrência dessa dieta alimentar restritiva, Joana emagreceu 20 kg em um período de dois meses, apresentando, também, um quadro de amenorreia. Nesse período ela se sentia fraca chegando a desmaiar, porém continuava achando-se a mais gorda das meninas. Com o objetivo de investigar as causas da amenorreia, Joana foi levada a ginecologista e, nessa ocasião, descobriu que estava com um quadro de anorexia nervosa sendo encaminhada ao psiquiatra. Segundo Oliveira (2004), ela não chegou a ter um peso considerado abaixo do normal para a sua idade mas preenchia os outros critérios do transtorno alimentar.

Atualmente, Joana está tendo acompanhamento psicológico e nutricional seguindo as orientações dos especialistas. Ela afirma que aceitou a psicoterapia porque tem muito medo de doenças e as pessoas falavam que ela estava horrível. Joana já não se sente tão gorda como antes mas se descobrir que ganhou alguns quilos já tem o desejo de emagrecer, sendo muito exigente consigo mesma.

- *Características que estão presentes no modelo experimental*

Segundo Oliveira (2004), Joana é adolescente e do gênero feminino o que corresponde com a justificativa dada por Scharner et al (2016) na escolha dos sujeitos do seu experimento. Outra questão também citada pela autora, foi o fato de Joana realizar uma dieta altamente restritiva, ingerindo cada vez menos alimentos acarretando na perda de 20 kg. Essas características também podem ser encontradas nos resultados do experimento realizado por Scharner et al (2016) relacionados à ingestão alimentar e o peso corporal, como já explicado anteriormente.

- *Características que não estão presentes no modelo experimental*

De acordo com a autora, Joana era obesa e, ao apresentar um quadro de anorexia nervosa, não teve um peso corporal abaixo da média para a sua idade. Além disso, ela passou por situações estressantes, já que os seus amigos criavam apelidos devido a sua aparência física. Essas informações não condizem com os achados relacionados a ativação de núcleos cerebrais relacionados a respostas estressantes e o peso corporal de Scharner et al (2016). Outra questão que não foi citada é se Joana chegou a praticar alguma atividade física, já que a prática de exercícios foi considerada, por Scharner et al (2016), um fator de grande influência na perda de peso, como pode ser observado nos resultados relacionados ao peso corporal e a atividade física.

- *Outras contingências identificadas no caso*

Segundo Oliveira (2004), Joana sempre foi obesa durante a sua infância e não seguia os tratamentos propostos pelos endocrinologistas até que em um dado momento solicitou ao médico uma dieta intensa sem a possibilidade de ingerir qualquer tipo de doce. Nessa questão, a autora não deixa claro os estímulos antecedentes que levaram Joana a tomar essa decisão mas sabe-se que ela tinha, como reforçador atrasado, o desejo de perder peso, realizando uma dieta ainda mais restritiva. Também, ao pensar que, se comesse algo a mais não iria emagrecer, estava emitindo uma resposta verbal encoberta, sendo ainda mais reforçada a questão da restrição alimentar e do emagrecimento.

Pode-se supor que, uma das possibilidades que contribuíram para que Joana decidisse perder peso foram os apelidos relacionados a sua aparência física os quais foram dados pelos seus colegas de escola. Seguindo esse pensamento, pode-se dizer que Joana foi punida no ambiente escolar já que, nesse ambiente, foram apresentados reforçadores negativos em relação a sua aparência física, ao considerar que ela não gostava de ser chamada, por exemplo, de “baleia” conforme citado por Oliveira (2004).

Sendo assim, a função da resposta de realizar uma dieta alimentar altamente restritiva está relacionada a fugir e esquivar-se do estímulo aversivo presente na escola, no caso, o apelido dos colegas. Desta forma, ao perder peso, ela teria, como estímulo reforçador, a aceitação social dos seus colegas e estaria evitando os apelidos dados a ela considerados estímulos aversivos.

Caso Clínico 10

O caso clínico foi retirado da mesma monografia em que foi retirado o caso clínico 8.

- Perfil do Cliente

De acordo com Oliveira (2004), Caroline tem vinte anos de idade e mora em uma cidade do litoral de Santa Catarina. Segundo a autora, Caroline começou a apresentar os sintomas da anorexia nervosa quando tinha dezesseis anos de idade. No entanto, sua mãe, chamada Ana, diz que ela sempre teve questões relacionadas à aparência física desde a infância, sentindo-se gorda. Além disso, Jorge, seu pai, também controlava a sua alimentação já que ela ingeria muita besteira e ao ingerir, ele recriminava-a dizendo que ela iria ficar gorda. Essa atitude fez com que Caroline sentisse muito medo da repressão que sofria do seu pai em relação à comida.

Aos quinze anos, ela começou a apresentar um quadro de anorexia-bulimia no momento em que sua família passou por uma grande dificuldade financeira, fazendo com que ela sentisse medo de faltar os alimentos básicos em sua casa. De acordo com a autora, Caroline presenciou muitos atritos na sua família, em especial, entre os seus pais, que discutiam por qualquer motivo.

Nessa época, ela não se sentia confortável com o seu corpo e conseguiu perder peso quando começou a tomar laxantes e fazer musculação. Outro acontecimento que interferiu na vontade de perder peso foi o seu namorado que, segundo Caroline, era um homem admirado por todas as meninas. Ela afirma que sonhava com comida e passava o dia sem comer, ao mesmo tempo em que realizava exercícios físicos exaustivos todas as manhãs e noites. Após um tempo, decidiu apenas mastigar os alimentos e depois cuspi-los já que acreditava que ingeria uma grande quantidade de comida passando a ter episódios frequentes de vômitos. No entanto, nas épocas que estava infeliz com o seu relacionamento amoroso, ela ingeria muitos alimentos, apesar de querer perder peso.

De acordo com Oliveira (2004), Caroline conseguiu perder doze quilos e diz que, ao se ver magra, se sente mais bonita, confiante, tendo mais controle sobre a sua vida. A princípio, ela não concordou com sua mãe em procurar ajuda profissional já que considerava não estar doente. Após alguns meses, resolveu ir ao psiquiatra da cidade que receitou fluoxetina e acompanhamento psicológico, mas

sua mãe não via melhoras no quadro da filha já que ela começou a ficar cada vez mais fraca e debilitada, ainda vomitando frequentemente depois que comia.

Caroline aceitou ser internada por estar cansada da sua situação e por sentir-se fraca. Essa experiência, segundo a autora, foi muito traumática para toda a família já que Caroline sofreu abuso sexual de um enfermeiro, não era assistida por profissionais da psiquiatria e da psicologia, estava sempre sob efeito dos medicamentos e foi internada no mesmo ambiente em que estavam clientes com dependência química, ideação suicida e depressão fazendo com que ela se preocupasse com a situação deles e deixasse de olhar para si. Devido a essas situações que passou, Ana acredita que sua filha não é mais a mesma pessoa, pois passou a ter outros valores morais os quais não condizem com a sua família.

Após a internação, de acordo com a autora, Ana procurou controlar a alimentação de sua filha e a ficar do lado dela após as refeições para que ela não vomitasse. Como saída desse controle, Caroline começou a vomitar em outros lugares e também comprou medicamentos para a perda de peso, chegando a ingerir uma grande quantidade de comprimidos de uma só vez.

Segundo Oliveira (2004), um de seus namorados também quis controlá-la. Quando os dois foram morar juntos ele passou a controlar a sua alimentação deixando-a irritada. Isso fez com que ela terminasse o relacionamento tendo, como uma das justificativas, a liberdade de realizar suas dietas sem o controle de outra pessoa. Tendo em vista o controle desse namorado e dos seus familiares, Caroline teve vontade de morar sozinha para que ninguém pudesse controlar a sua alimentação.

Nesse período, ela estava perdendo muito peso, chegando a pesar 45 kg, foi quando ela se relacionou com outro homem, pai da sua filha. Devido ao fato de estar grávida, Caroline decidiu que iria levar a sério o tratamento da anorexia nervosa. Quanto ao quadro apresentado por Caroline, ela e todos os membros da família estão convencidos de que ela está curada, atribuindo sua cura a ação divina. Mesmo assim, ela tem desconfiança em relação a isso já que tem vontade de utilizar laxantes e se sente feliz quando deixa de realizar uma refeição.

De acordo com Oliveira (2004), Ana diz que procurou um psiquiatra especializado em transtornos alimentares para a sua filha. Atualmente, ela tem medo de consumir os laxantes e engordou dois quilos tendo aceitado melhor o seu ganho de peso. Além disso, ela continuará em tratamento com a nutricionista já que

é necessário fazer uma reeducação alimentar e também irá ter acompanhamento médico devido a disfunções intestinais pelo uso contínuo de laxantes.

- *Características que estão presentes no modelo experimental*

De acordo com Oliveira (2004), Caroline está com vinte anos e começou a apresentar os sintomas da anorexia quando ela tinha dezesseis anos. Essa idade e o fato dela ser do gênero feminino corroboram com o motivo de Scharner et al (2016) ter utilizado apenas ratas fêmeas. Outra questão ressaltada no caso clínico é o fato de Caroline ter perdido peso, chegando a pesar 45 kg e a praticar musculação, realizando exercícios físicos em demasia, no caso, toda a manhã e noite. Isso, aliado a questão dela passar o dia inteiro sem comer e apenas mastigar e cuspir os alimentos, configurando uma restrição alimentar correspondem aos achados de Scharner et al (2016) relacionados ingestão alimentar, atividade física e peso corporal, como já explicado anteriormente.

- *Características que não estão presentes no modelo experimental*

Segundo Oliveira (2004), Caroline provocava vômitos após ingerir os alimentos. De acordo com Scharner et al (2016), foram apenas observados sinais nauseantes ao se debruçar nos resultados relacionados a ativação cerebral em relação a ingestão de alimentos, conforme explicado nos casos anteriores. Outro fato citado pela autora, é que Caroline ganhou dois quilos após procurar um psiquiatra especializado em transtornos alimentares. Isso não corresponde com os resultados referentes ao peso corporal do experimento realizado por Scharner et al (2016), como já foi explicado anteriormente.

Além disso, Caroline também passou por momentos estressantes, como a repressão do seu pai, briga e atritos entre os seus pais, o controle da sua mãe e do seu namorado em relação a comida e os acontecimentos que ela passou durante a internação. Esses episódios sugerem um paralelo com o achado do experimento de Scharner et al (2016) em relação a atividade cerebral e as respostas ao estresse bem como as possíveis influências do estresse, já explicado nos casos clínicos anteriores.

- Outras contingências identificadas no caso

De acordo com as informações mostradas por Oliveira (2004), observa-se que Caroline já possui, em sua infância, uma história de punição diante do comer. Ao ver Caroline ingerir certos alimentos que fariam com que ela engordasse, seu pai reprimia essa atitude, dizendo que ela iria ficar gorda. Isso fez com ela passasse a ter medo da repressão do seu pai toda vez que comia alimentos com altas calorias. Pode-se dizer que a atitude de comer esses alimentos foi conseqüenciada pela apresentação de um estímulo negativo, já que o pai dizia que ela iria ficar gorda caso comesse esses alimentos. Ainda, o fato dela descrever a experiência de sentir medo diante das repressões, indica que essa contingência pode ser considerada aversiva.

Aos quinze anos de idade, ela ficou com medo que faltasse alimentos básicos em sua casa e ainda, presenciou atritos entre os seus pais devido a situação financeira pela qual estavam passando. Nessa questão, Oliveira (2004), não diz se realmente chegou a faltar alimentos devido a dificuldade financeira enfrentada pela família de Caroline mas o fato dela descrever que sentia medo diante de uma possível falta desses alimentos demonstra o quanto os alimentos são reforçadores para ela, indicando, assim, mais uma história de reforçamento com a questão do comer.

Também nessa época, ela teve vontade de perder peso quando começou a namorar um homem que era admirado por todas as mulheres. Pode-se inferir que a possibilidade do namorado deixa-la para iniciar um relacionamento com outra mulher seja também um indicativo de punição, já que isso traria uma perda de reforçadores positivos na sua vida, como a atenção e o companheirismo de um homem.

Quanto as respostas que levariam a perder peso, no caso, realizar exercícios físicos e não comer durante o dia, afastariam um estímulo aversivo, no caso, a possibilidade de aproximação de outras mulheres e como conseqüência o fim do seu relacionamento. Além disso, a perda de peso seria conseqüenciada por reforçadores intrínsecos, como o fato dela se sentir mais bonita e confiante, o que reforçaria, ainda mais, as respostas que a fariam chegar ao seu objetivo.

Após a internação, a mãe e o namorado passaram a controlar a alimentação de Caroline para que ela pudesse comer adequadamente. Como reação a esse controle da mãe, ela passou a vomitar em outros lugares e, em relação ao seu namorado, ela ficou irritada e terminou o relacionamento para que ela mesma

pudesse ter controle sobre as suas dietas, expressando, também, o desejo de morar sozinha. Pode-se dizer que essas respostas emitidas por Caroline diante de algo aversivo para ela, ou seja, o controle excessivo sobre o comer de maneira adequada se configura como uma forma dela se esquivar e fugir desse controle.

Assim, possivelmente, a função das respostas de fazer exercícios físicos em demasia, passar a não comer e provocar vômitos seriam ações que levariam-na a se esquivar ou fugir de possíveis estímulos aversivos, como a repressão do seu pai durante a infância em relação ao comer, a possibilidade do seu namorado se interessar por outras mulheres e, por fim, evitar o controle sobre o comer de forma adequada, já que o fato dela comer de forma correta remeteria novamente as contingências aversivas pela qual passou.

Caso Clínico 11

O caso clínico foi retirado da mesma monografia em que foi retirado o caso clínico 8.

- *Perfil do Cliente*

De acordo com Oliveira (2004), Juliana tem treze anos de idade e mora com a sua mãe, Odete, em uma cidade do litoral Gaúcho. Seus pais se separaram quando ela tinha cinco anos. Segundo sua mãe, ela sempre se manteve com um peso considerado normal mas há nove meses atrás sentiu-se gorda e, por isso, começou a emagrecer. Odete afirma que Juliana apresentou algumas mudanças no comportamento passando a recusar alguns alimentos, em especial, aqueles que continham altas calorias e a noite comia apenas uma maçã. Devido a essa atitude, ela também deixou de comer chocolate, o seu doce preferido.

Conforme a autora, Juliana nunca apresentou nenhum problema em relação a saúde até chegar na adolescência quando precisou colocar um aparelho ortodôntico. Nesse período a mãe percebeu que ela não estava se alimentando bem e, então, pensou que isso poderia estar relacionado ao aparelho, hipótese descartada pelo dentista. Nos quatro meses seguintes, esse quadro se agravou e Juliana começou a recusar qualquer tipo de alimento e, como decorrência, passou varias vezes mal na escola chegando a desmaiar.

Além disso, Juliana também apresentou um quadro de depressão em decorrência do seu emagrecimento e alucinações devido ao seu estado de inanição.

Quanto aos sintomas depressivos, a mãe relata que ela tem pensamentos relacionados a sua morte. Como exemplo, Odete diz que sua filha queria ser atropelada por um carro e que já encontrou uma faca atrás da porta do quarto dela e quando interrogada em relação a esse utensílio, Juliana disse que queria utilizar a faca para se matar. Já, quanto ao quadro de possíveis alucinações, Odete afirma que na fase mais aguda da doença, ela conversava com a sua avó que já faleceu e após a conversa chorava muito.

Segundo Oliveira (2004), Odete afirma que os professores não entendem a dimensão do quadro de Juliana e considera que ela está fazendo “manha”. Sua filha também usa os sintomas que apresenta para obter vantagens, já que um dia Juliana ligou para sua mãe quando estava na escola dizendo que queria voltar para casa porque estava se sentindo tonta.

Diante dessas situações, Odete não se assusta como antes e procura ser mais assertiva com Juliana conforme as orientações dadas pela psiquiatra. Outra questão citada pela mãe foram os gastos financeiros com o tratamento da sua filha, o qual já dura cinco anos, chegando a impossibilitá-la de gastar dinheiro com outras coisas, como realizar uma reforma na sua casa.

Odete acredita, de acordo com a autora, que o início do quadro de Juliana deveu-se a mudança de escola e também alguns conflitos relacionados a seu pai, Marcos. Juliana não gosta da segunda esposa do pai e ainda tem ciúmes da filha de Marlene, esposa do pai, a qual tem a sua idade e mora junto com o casal. Um dia ela presenciou uma briga do casal, após seu pai sair de casa e colidir o carro com outro automóvel. Também, ela começou a se afastar do pai após Marlene obrigá-la a comer dizendo para ela parar de ter essas atitudes já que seu pai tinha que gastar dinheiro com coisas mais importantes ao invés do seu tratamento.

Conforme descrito por Oliveira (2004), Juliana foi muito mimada na infância, querendo o seu pai só para ela. Já, quanto a relação de mãe e filha, Odete afirma que as duas são muito companheiras, chegando a dormir juntas no mesmo quarto sendo que a casa possui dois aposentos. Odete também afirma que sua filha não aceitou o divórcio dos pais já que Juliana faz comparações entre ela e a atual esposa do pai, chegando a tentar unir seu pai e sua mãe de novo. Antigamente, ela julgava ser a culpada da separação dos seus pais devido ao fato dela ter se comportado mal. A mãe afirma que não existe possibilidade de reconciliação e que procura conversar muito com ela sobre a separação.

De acordo com Oliveira (2004), a mãe relata que o pai de Juliana considera que os seus comportamentos são coisas de adolescente. Ao tentar conversar com Marcos, Odete diz que ele não tem interesse em saber sobre o transtorno alimentar tendo em vista que ela já tentou conversar sobre anorexia nervosa mostrando outros casos. Atualmente, Juliana realiza psicoterapia uma vez por semana e também tem acompanhamento nutricional. Odete afirma que ela fica muito preocupada quando percebe que ganhou peso tentando eliminá-los no dia seguinte.

- *Características que estão presentes no modelo experimental*

Segundo Oliveira (2004), Juliana tem treze anos e é do gênero feminino. Ela apresenta recusa de alimentos com altas calorias e também deixou de ingerir seu alimento preferido, no caso, o chocolate, constituindo, assim, uma restrição alimentar levando a perda de peso. Além disso, ela apresenta pensamentos e ações de um quadro depressivo que, segundo a autora, é devido ao seu emagrecimento.

Essas informações condizem, respectivamente, com a justificativa dada a utilização de ratas fêmeas no experimento de Scharner et al (2016) e também aos resultados encontrados em relação ao peso corporal e a ativação de alguns núcleos cerebrais que regulam funções relacionadas, em especial, com a depressão, como já explicado em alguns casos anteriores.

- *Características que não estão presentes no modelo experimental*

De acordo com Scharner et al (2016), a atividade física influencia na perda de peso, como já mencionado. Assim, no caso descrito, não foi citado por Oliveira (2009), se Juliana realizou algum tipo de exercício físico o que não corresponde com o modelo experimental utilizado. Além disso, a cliente também passou por situações estressantes, como a separação dos pais sugerindo um paralelo entre os resultados apresentados em relação a ativação de áreas cerebrais relacionadas as respostas estressantes.

- *Outras contingências identificadas no caso*

Segundo Oliveira (2004), Juliana começou a ingerir menos alimentos após colocar o aparelho ortodôntico sendo que a situação se agravou depois de quatro meses, já que ela passou a recusar qualquer tipo de alimento. Apesar da dentista ter descartado a hipótese de que o aparelho não era motivo para Juliana parar de

comer, não é informado detalhadamente a reação dela diante do aparelho e, também, não foi informado se Juliana deixou de usar o aparelho e qual foi a sua reação diante dessa possibilidade.

Além disso, a autora também não informa como estava a vida de Juliana em outros ambientes quando ela colocou o aparelho, como o ambiente escolar e o familiar. O caso clínico apenas diz que Juliana mudou de escola mas não se sabe detalhadamente o motivo dessa mudança bem como a interação que ela tinha e está tendo com os seus colegas de turma. Quanto a escola atual, apenas sabe-se que ela procura usar os seus sintomas, como o fato de estar tonta, para retornar a sua casa. Essa atitude pode ser um indicativo de que ela não gosta da sua escola e, como um efeito disso, ela passa a fugir e se esquivar desse ambiente utilizando os sintomas que apresenta.

Outra questão também descartada por Oliveira (2004) é a interação entre Juliana e seu pai, Marcos. Segundo a autora, na infância, ela queria seu pai só para ela demonstrando que ela era reforçada positivamente. Atualmente, sua mãe diz que ela não tem uma boa relação com o pai, já que não gosta da sua atual esposa, presenciou brigas entre o casal e sente ciúmes da filha da atual mulher do pai demonstrando que a relação com o seu pai passou a estar cercada de estímulos aversivos.

Um dos acontecimentos de grande aversividade foi quando a esposa de seu pai, Marlene, obrigou Juliana a comer e disse para ela parar de fazer as coisas que estava fazendo. A reação de Juliana foi se afastar de seu pai e da esposa dele. Esse fato confirma o quanto a resposta de comer é conseqüenciada por um estímulo aversivo apesar de não saber no que ele consiste, já que, diante dessa resposta, ela passa a fugir e se esquivar, afastando-se do seu pai.

Apesar desses apontamentos, não se sabe ao certo qual a função, para Juliana, da resposta de recusar alimentos e passar a não ingeri-los de forma frequente. Apenas sabe-se que a questão relacionada a comida deve-se a uma contingência de punição e que ela usa alguns sintomas como um mecanismo para se retirar de um possível ambiente aversivo.

Caso Clínico 12

O caso clínico foi retirado do artigo *“Transtornos alimentares: funcionamento mental e sofrimento psíquico em clientes com anorexia nervosa”* das autoras *Jussára Cristina Van De Velde Vieira da Silva e Isabel Cristina Malischesqui Paegle* que tem, como objetivo, discutir o psicodiagnóstico e o possível manejo de um caso clínico a partir das técnicas psicanalíticas.

- Perfil do Cliente

De acordo com Silva e Paegle (2006), Isaura está com quarenta anos de idade, é filha única e mora ao lado da casa dos seus pais com uma amiga, chamada Irani. Isaura começou a apresentar o quadro de anorexia nervosa durante o período da adolescência. Na época chegou a pesar 39 kg e foi internada duas vezes, aos quatorze e aos dezessete anos, com ideias suicidas e de automutilação, sendo sempre acompanhada por uma equipe multidisciplinar especializada em transtornos alimentares.

Na infância, segundo as autoras, Isaura afirma que ela tinha medo de tudo, era tímida, não tinha amigos e nunca chegou a pedir coisas pontuais aos seus pais. Aos dezessete anos, começou a calcular calorias e a planejar dietas iniciando, também, a prática de exercícios físicos. Ela diz que preparava as refeições para a família, mas não comia nada e tinha medo de se alimentar. Além disso, também passou a utilizar diuréticos, remédios naturais para emagrecer e laxantes já que tinha dificuldade em vomitar. Isaura associou os seus sintomas a um quadro depressivo já que sentia, constantemente, tristeza, impaciência e dificuldade em fazer novas amizades.

De acordo com Silva e Paegle (2006), nessa época ela se sentia cansada mas considerava que o cansaço era algo normal, devido a rotina que tinha, o que levou a postergar a procura por ajuda médica. Em um momento do tratamento, chegou a engordar 21 kg e desistiu das consultas já que não suportava se ver gorda. Aos vinte anos de idade, Isaura afirma que sofreu assédio sexual mas ao dizer o que sofreu não foi levada a sério. Quanto a relação entre ela e os seus pais, a cliente afirma que admira seu pai apesar dele não ser muito afetivo e acolhedor, considerando-o um homem rígido e autoritário, tendo mais intimidade com a sua mãe. Atualmente, ela afirma que diminuiu a quantidade de atividade física que

praticava e que apesar de se ver gorda e ainda ter medo de se alimentar não faz as mesmas coisas que fazia para perder peso, procurando, assim, aceitar o seu corpo.

- *Características que estão presentes no modelo experimental*

Segundo Silva e Paegle (2006), Isaura é do gênero feminino e tem quarenta anos de idade mas apresentou um quadro de anorexia nervosa no período da adolescência, em que começou a realizar exercícios físicos e planejar o que iria comer, não ingerindo qualquer tipo de alimento. Além disso, de acordo com as autoras, ela chegou a pesar 39 kg e também apresentou sintomas depressivos quando tinha dezessete anos. Essas informações correspondem com os achados de Scharner et al (2016) em relação a ingestão alimentar, atividade física, peso corporal e atividade cerebral, em especial, a questão da ativação de áreas relacionadas a depressão, como já explicado nos casos clínicos anteriores.

- *Características que não estão no modelo experimental*

No caso clínico descrito por Silva e Paegle (2006), Isaura em um momento do tratamento chegou a engordar vinte e um quilos e no experimento realizado por Scharner et al (2016), nenhum sujeito dos grupos que estavam sob condição de restrição alimentar, em especial, os sujeitos do grupo anorexia baseada em atividade, chegaram a engordar após apresentar uma significativa perda de peso corporal. Além disso, ela teve um episódio de assédio sexual, aos vinte anos de idade podendo inferir que ela passou por uma situação estressante, o que sugere um paralelo com o resultado experimental de Scharner et al (2016) em relação a ativação de núcleos cerebrais relacionados a respostas ao estresse.

- *Outras contingências identificadas no caso*

De acordo com Silva e Paegle (2006), Isaura tem medo de se alimentar. As autoras não discorrem sobre os momentos ou os lugares, ou seja, os estímulos antecedentes que ela se comportou dessa maneira. Sendo assim, não se sabe ao certo os motivos e a história de reforçamento que levaram Isaura a ter medo de se alimentar, mas, devido ao fato dela descrever uma experiência de medo, pode-se inferir que a história de reforçamento pela qual essa resposta de se alimentar foi selecionada está ligada a punição.

Isso se confirma no momento do tratamento em que ela engorda 21 kg e desiste de ir as consultas. Pode-se dizer que o fato dela desistir do tratamento é uma forma de se esquivar e fugir daquilo que a alimentação adequada traz para ela, no caso, a possibilidade de engordar e estar em um peso considerado normal para a sua idade.

No entanto, não se pode falar qual é a função das respostas de planejar as dietas e praticar exercícios físicos na vida de Isaura, que, ao que tudo indica, a levam a perder peso e a entrar em um quadro de anorexia nervosa, uma vez que Silva e Paegle (2006) não citaram os momentos e ambientes que ela emite essa resposta e nem a sua consequência reforçadora. O que se pode afirmar é que tais respostas são emitidas em uma contingência aversiva tendo em vista que o comportamento de se alimentar que está relacionado ao peso corporal foi, em algum momento de sua vida, punido.

Caso Clínico 13

O caso clínico foi retirado da monografia *“Os impactos vividos pelos pais de uma cliente com anorexia nervosa: uma investigação e reflexão Daiseinanalítica”* da autora Maíra Tonezzer que tem, como objetivo, discorrer, sobre o sistema parental de um indivíduo com anorexia nervosa, a partir da perspectiva fenomenológica-existencial.

- Perfil do Cliente

Segundo Tonezzer (2008), a mãe de V relata que sua filha se alimentou adequadamente durante toda a infância mas, quando entrou na adolescência, em torno dos treze e quatorze anos de idade, as amigas de V começaram a colocar apelidos nela devido ao fato dela ter o rosto mais arredondado e um bumbum grande. Nessa época, sua mãe começou a perceber que ela vomitava após ingerir os alimentos.

De acordo com a autora, V começou a ir na psicóloga para ajudá-la em sua única preocupação: as questões relacionadas ao corpo, como o fato de se sentir feia e ter muita coxa. A mãe relata que sua filha começou a melhorar, mas tinha recidivas, principalmente diante de um problema ou de uma situação considerada ruim, em que V voltava a apresentar episódios de vômitos.

Conforme Tonezzer (2008), assim que V parou de vomitar, começou a parar de comer. Sua mãe julga que esse comportamento se deve a aspectos culturais, já que os adolescentes têm muita cobrança, comparando-se entre si e, também, não sabem discernir o que é certo e o que é errado. Segundo sua mãe, ela fazia muitas dietas, lia os rótulos dos alimentos para ver as calorias e só ingeria alimentos *lights*. Quando entrou na faculdade e começou a trabalhar, V tinha que ser a melhor em tudo e a exigência passou a ser maior, não apenas em relação ao seu corpo.

Por volta dos vinte anos de idade, conforme descrito pela autora, V saía com os amigos e participava de tudo mas comia pouco tendo pavor de comida. Como exemplo, nos restaurantes, ela pedia para os garçons refazerem os pratos de acordo com a sua dieta e esse hábito também se repetia em casa, mas, mesmo assim ela não comia.

Em um dado momento, quando ela estava pesando 45 kg, chegou a ter alucinações e assim, foi despedida. Após passar por duas clínicas, uma no Brasil e outra no exterior sem obter melhora, sua mãe decidiu procurar uma clínica especializada em anorexia. Na clínica C, segundo a autora, V ficou internada por quatro meses, seguindo uma dieta muito rigorosa. Sua mãe afirma que ela voltou melhor e mais consciente do seu quadro, achando que se ela continuasse as dietas altamente restritivas, poderia morrer. Então, começou a se alimentar direito, sendo auxiliada por um serviço de homecare na casa da mãe.

De acordo com Tonezzer (2008), a família estava esgotada de ver V nessa situação, já que todos a alertavam sobre o seu quadro e não sabiam mais o que fazer mas ela não queria escutá-los. Assim, sua mãe disse para ela continuar o tratamento na casa de seu pai e, seu pai, também insatisfeito de ver sua filha nessa situação, falou para ela continuar o tratamento na casa de sua cunhada, no litoral, permanecendo lá por dez dias.

Segundo a autora, V passou a ficar dependente de uma nutricionista, já que ela tinha que comer, mas não queria engordar. Apesar da orientação da nutricionista, segundo Tonezzer (2008), V cuida do corpo do jeito que ela acha melhor. Como exemplo, ela ingere a quantidade de comida que a nutricionista orientou mas tira um pouco e também está sempre pesando os alimentos, como um bife e um filé de frango, tendo que cortá-los caso eles ultrapassem a medida imposta por ela.

Além disso, ela deixou de menstruar e tinha os hormônios desregulados. A mãe afirma que, apesar do quadro de sua filha já durar vinte anos ela apresentou melhoras e pioras mas sempre esteve preocupada com a comida, chegando ficar apática e com bradicardia, tendo a necessidade de colocar um marcapasso. A mãe de V ainda relata que ela resolveu parar de beber água porque considerou que o líquido estava fazendo com que ela inchasse.

Atualmente V está trabalhando, tem um namorado e está morando sozinha. O namorado não entende o que acontece com V, já que ela tem alterações de humor constantes e comportamentos anormais, como sair do churrasco e voltar para casa sozinha. Quanto ao fato dela morar sozinha, a mãe disse que isso a preocupa, já que ninguém poderá ver se ela está se alimentando mas fala que está sempre disponível para conversar com a filha quando ela quiser.

- *Características que estão presentes no modelo experimental*

Segundo Tonezzer (2008), V é do gênero feminino e começou a apresentar os sintomas de anorexia nervosa quando era adolescente. Sendo assim, ela chegou a pesar 45 kg, começou a realizar dietas e a ler os rótulos dos alimentos com a intenção de saber as calorias, chegando, a parar de comer. Essas características corroboram com os achados de Scharner et al (2016) em relação ao peso corporal e ingestão alimentar, além disso, também corresponde ao motivo dos experimentadores utilizar apenas ratas fêmeas como sujeitos do experimento.

- *Características que não estão presentes no modelo experimental*

De acordo com a autora, V passou a ingerir apenas alimentos *lights* o que indica uma certa especificidade em relação aos alimentos que foram ingeridos. Isso não corresponde aos resultados do experimento realizado por Scharner et al (2016) em relação a microestrutura alimentar e a especificidade alimentar, como já explicado no caso clínico 5. Além disso, também foi dito pela autora que V chegou a provocar vômitos. Isso também não condiz com o experimento, em especial, com os resultados referentes a atividade cerebral no que diz respeito a ingestão dos alimentos, como já foi explicado anteriormente. Outra questão que Tonezzer (2008) não cita é se V realiza alguma atividade física em seu cotidiano. Segundo Scharner et al (2016), a atividade física influencia na perda de peso e também no quadro de anorexia nervosa.

- Outras contingências identificadas no caso

Segundo Tonezzer (2008), quando V era adolescente, suas amigas começaram a colocar apelidos nela devido a sua aparência física e foi nesse momento que surgiu os episódios de vômitos. Apesar de não saber, ao certo, de que maneira V se comportava diante dos apelidos colocados, pode-se inferir que a história de reforçamento que ela passou trata-se de uma punição, tendo em vista a apresentação de estímulos reforçadores negativos, no caso, os apelidos colocados pelas amigas.

Além disso, a autora relata que V tem pavor de comida. Assim, ao considerar que a descrição da experiência de medo em relação ao comer, pode-se inferir que a contingência relacionada a resposta de alimentar é punitiva. Também, sua mãe considera que os sintomas da sua filha deve-se, principalmente, a aspectos culturais inerentes ao período da adolescência, como por exemplo, o fato dos adolescentes se compararem e terem muita cobrança entre si. Apesar de não se saber ao certo as respostas de V diante de possíveis cobranças e comparações das suas amigas, tal fato aponta, novamente, para uma contingência aversiva, já que ocorre a apresentação de estímulos negativos ao considerar questões do corpo, como citado pela autora, a colocação de apelidos devido a sua aparência.

Sendo assim, a resposta emitida por V de realizar dietas e parar de comer, tendo como consequência a perda de peso, tem, como função, evitar e se esquivar do julgamento das pessoas com as quais ela convive, em especial, as suas amigas, já que o fato delas fazerem comentários e criarem apelidos acerca da sua aparência física remete a uma história de reforçamento envolvendo punição.

6.2. Síntese dos resultados encontrados

- Perfil do Cliente

Perfil da Cliente								
Casos Clínicos	Início do quadro no período da adolescência	Baixa ingestão alimentar	Presença de atividade física	Episódios de Vômitos	Alterações devido à perda de peso		Distorção e/ou preocupação com a autoimagem	Preocupação da família em relação à sintomatologia apresentada
					Amenorreia	Tonturas, desmaios, fraqueza e palidez.		
Caso Clínico 1	X	X	X				X	X
Caso Clínico 2	X	X				X	X	X
Caso Clínico 3	X	X			X		X	
Caso Clínico 4	X	X			X		X	
Caso Clínico 5		X	X	X	X		X	
Caso Clínico 6	X	X	X			X	X	
Caso Clínico 7	X			X	X			
Caso Clínico 8	X	X	X				X	X
Caso Clínico 9	X	X			X	X	X	
Caso Clínico 10	X	X	X	X		X	X	X
Caso Clínico 11	X	X				X	X	X
Caso Clínico 12	X	X	X			X	X	
Caso Clínico 13	X	X		X		X	X	X

Tabela 1: Principais resultados encontrados no tópico *Perfil do Cliente*

- Características que estão presentes no modelo experimental

Características que estão presentes no modelo experimental							
Casos Clínicos	Utilização de ratas fêmeas como sujeitos	Alteração na Ingestão alimentar	Diminuição do Peso Corporal	Presença da atividade física	Ativação de áreas cerebrais relacionadas a sinais depressivos	Ativação de áreas cerebrais relacionadas a sinais ansiosos	Microestrutura alimentar
Caso Clínico 1	X	X	X	X	X		
Caso Clínico 2		X					
Caso Clínico 3	X	X	X				
Caso Clínico 4	X	X	X		X		
Caso Clínico 5	X	X	X	X	X	X	
Caso Clínico 6		X	X	X			X
Caso Clínico 7	X	X	X				
Caso Clínico 8	X	X	X	X			
Caso Clínico 9	X	X	X				
Caso Clínico 10	X	X	X	X			
Caso Clínico 11	X	X	X		X		
Caso Clínico 12	X	X	X	X	X		
Caso Clínico 13	X	X	X				

Tabela 2: Principais resultados encontrados no tópico *Características que estão presentes no modelo experimental*

- Características que não estão presentes no modelo experimental

Características que não estão presentes no modelo experimental						
Casos Clínicos	Variáveis que não correspondem com o modelo experimental				Variáveis não foram manipuladas pelo experimento	
	Utilização de ratas fêmeas como sujeitos	Mudança no peso Corporal	Ativação de núcleos cerebrais relacionados à ingestão de alimentos	Microestrutura alimentar	Obesidade	Sugestão de um paralelo com situações estressantes
Caso Clínico 1		X				X
Caso Clínico 2	X	X				X
Caso Clínico 3		X				
Caso Clínico 4			X			
Caso Clínico 5			X	X		X
Caso Clínico 6	X			X	X	
Caso Clínico 7						
Caso Clínico 8						X
Caso Clínico 9					X	X
Caso Clínico 10		X				X
Caso Clínico 11						X
Caso Clínico 12		X				X
Caso Clínico 13			X	X		

Tabela 3: Principais resultados encontrados no tópico *Características que não estão presentes no modelo experimental*

- Outras contingências identificadas no caso

Outras contingências identificadas no caso				
Casos Clínicos	Descrição do sentir medo de engordar	Função das respostas de realizar uma dieta e praticar exercícios físicos em demasia		
		Fugir e se Esquivar de um possível evento aversivo	Receber atenção e afeto	Não se sabe a função das respostas por falta de informações
Caso Clínico 1	X	X		
Caso Clínico 2	X			X
Caso Clínico 3				X
Caso Clínico 4	X			X
Caso Clínico 5		X		
Caso Clínico 6	X	X		
Caso Clínico 7		X		
Caso Clínico 8			X	
Caso Clínico 9		X		
Caso Clínico 10	X	X		
Caso Clínico 11				X
Caso Clínico 12	X			X
Caso Clínico 13		X		

Tabela 4: Principais resultados encontrados no tópico *Outras contingências identificadas no caso*

6.3. Análise geral dos casos selecionados

Após a análise individual de cada caso, visou-se compreender os aspectos e características que apareceram com mais frequência em cada um dos quatro tópicos, bem como as informações que não eram similares entre os casos clínicos procurando realizar uma descrição geral dos casos selecionados.

- **Perfil do Cliente**

Em doze dos treze casos analisados (1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13), observou-se que as clientes são adolescentes e começaram a apresentar os primeiros sintomas do quadro de anorexia nervosa nesse período de vida. Cabe ressaltar que em três casos as clientes já se encontram na idade adulta mas começaram a apresentar os primeiros sintomas na adolescência, como no caso clínico 1 em que a cliente tem 24 anos mas começou a apresentar os primeiros sintomas aos 18 anos de idade; no caso clínico 10 em que a cliente em questão tem 20 anos mas desenvolveu a anorexia nervosa quando tinha 16 anos e no caso clínico 12, em que a cliente tem 40 anos mas, conforme os outros casos, começou a apresentar os primeiros sintomas quando era adolescente. Apenas nos casos clínicos 5 isso não ocorreu, já que a cliente possui 29 anos, começando a apresentar os sintomas na vida adulta.

Quanto aos sintomas relacionados ao quadro de anorexia nervosa, observou que em doze casos (1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12 e 13) as clientes apresentaram uma baixa ingestão alimentar, realizando uma dieta restritiva. Como foi visto na tabela 1 do título anterior, apenas no caso clínico 7, não é informado de forma clara se foi realizado uma restrição alimentar, porém o autor afirma que a adolescente chegou a perder peso após apresentar episódios de vômitos. Da mesma forma, nos casos clínicos 1, 5, 6, 8, 10 e 12 as clientes relataram ter realizado algum tipo de atividade física e apenas nos casos clínicos 5, 7, 10 e 13 as clientes apresentaram episódios de vômitos. Além disso, pode-se afirmar que em todos os casos clínicos as clientes chegaram a perder peso.

Já, ao se falar das alterações fisiológicas devida a perda de peso, as clientes dos casos clínicos 3, 4, 5, 7, 9 e 13 apresentaram períodos de amenorreia variando entre três meses, como no caso clínico 3 e dez meses, como no caso clínico 5.

Foram observados nos casos clínicos 2, 6, 9, 10, 11, 12 e 13 sintomas fisiológicos relacionados à baixa ingestão dos alimentos, como tonturas, desmaios e fraquezas como ilustrado na tabela 1. Nessa linha, apenas nos casos clínicos 1, 4, 5, 11 e 12 as clientes afirmaram ter sinais depressivos ou até mesmo um quadro de depressão e, apenas no caso clínico 5, a cliente demonstrou estar ansiosa também.

Ao se falar do uso de medicamentos, foi observado que algumas clientes relataram ter utilizado medicamentos antidepressivos nos casos clínicos 1, 3, 4 e 10. Já o uso de outros medicamentos para ajudar a emagrecer foram citados apenas no caso clínico 10 em que a cliente tomou laxantes e no caso clínico 12 em que a cliente utilizou diuréticos, remédios naturais e laxantes. Além disso, apenas nos casos clínicos 5, 8, 10 e 12 as clientes julgaram não estar doentes, considerando os seus sintomas normais.

Quanto à questão da autoimagem e também dos sentimentos em relação ao ganho peso, foi observado que em doze casos clínicos (1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13) as clientes expressaram uma distorção e preocupação intensa com a sua autoimagem como pode ser visto na tabela 1 do item anterior. Elas afirmaram se sentirem gordas, tiveram medo e também preocupação com a possibilidade de ganho de peso bem como o desejo de emagrecer cada vez mais. Apenas no caso clínico 7, não é possível saber ao certo se a cliente apresentou alguma dessas questões, já que tais informações não foram mencionadas pelo autor.

Em contrapartida, apenas nos casos clínicos 6 e 10 os clientes expressaram sentimentos de felicidade ao perder peso. No caso clínico 6, o cliente em questão mencionou que estava feliz diante da perda de peso, tendo o seu corpo na forma que gostaria. No caso clínico 10, a cliente afirma que ao se ver mais magra se sente feliz, bonita e confiante tendo um maior controle sobre a sua vida.

Observa-se também uma preocupação da família, principalmente da mãe, em relação à sintomatologia e a situação apresentada pelas clientes dos casos clínicos 1, 2, 8, 10, 11 e 13 conforme apresentado na tabela 1. As mães demonstraram estar aflitas com a situação dos seus filhos procurando ajuda profissional, como por exemplo, no caso clínico 1 em que a mãe da cliente levou-a ao médico com a intenção de fazê-la engordar e no caso clínico 2 em que o cliente foi levado ao hospital pelos seus pais após apresentar tonturas e desmaios.

. Uma possibilidade para a causa do emagrecimento é apenas citada pelas mães dos clientes dos casos clínicos 3, 8, 9, 11 e 13. Como exemplo, no caso clínico 8, a mãe julga que o caso de anorexia deveu-se a saída da única amiga de sua filha da escola e, no caso clínico 11 a mãe acredita que os sintomas devem-se a mudança da escola e a alguns conflitos relacionados ao pai da sua filha. Em oposição, apenas no caso clínico 12 em que a cliente está com 40 anos foi mencionado que ela associou o seu quadro de anorexia nervosa com um quadro depressivo, não sendo, portanto, uma opinião da sua mãe.

Por fim, ao se falar dos profissionais envolvidos no tratamento dessas clientes, foi observado que em todos os casos clínicos as clientes procuraram auxílio profissional e nos casos clínicos 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 12 e 13 as clientes passaram por um período de internação durante o tratamento. Nos casos clínicos 1, 4, 8, 9 10, 11, 13 os autores mencionaram que as clientes possuem algum tipo de acompanhamento psicológico e nos casos clínico 6, 8, 9, 11 e 13 esse acompanhamento foi feito juntamente com um acompanhamento nutricional.

- **Características que estão presentes no modelo experimental**

Nesse tópico, observou-se uma grande frequência nos casos clínicos analisados em relação aos resultados do experimento de Scharner et al (2016) quanto a escolha de ratas fêmeas como sujeitos do experimento, a ingestão alimentar, o peso corporal, a atividade física, a ativação de áreas cerebrais, em especial com relação as funções que regulam os sintomas depressivos. Do contrário, foram observados uma pequena frequência dos resultados referentes a microestrutura alimentar e a presença de sinais ansiosos visualizado durante a mensuração da ativação de algumas áreas cerebrais.

Como pode ser visto na tabela 2 do título anterior, observou-se uma grande predominância do gênero feminino nos casos analisados, estando presentes em onze dos treze casos clínicos (1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 10 e 13). Além disso, pode-se afirmar que essas clientes começaram a desenvolver o transtorno alimentar no período da adolescência, exceto as clientes do caso clínico 5 que apresentou o transtorno alimentar na vida adulta, sendo considerado uma mulher jovem.

Ao se debruçar sob o resultado do peso corporal, foi observado que em doze casos clínicos (1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13) as clientes apresentaram uma

perda considerável de peso, apesar dos autores dos casos clínicos 7, 8 e 11 não especificarem a quantidade de peso que as clientes perderam. Nessa questão, foram relatadas grandes perdas de peso em um curto período de tempo, como por exemplo, no caso 6 em que o cliente perdeu 46 kg em dez meses e até perdas menores, como no caso 9, em que a cliente perdeu 20 kg em um período de dois meses.

Quanto à atividade física, foi observada a presença de exercícios físicos nos casos clínicos 1, 5, 6, 8, 10 e 12. Nesse sentido, alguns casos foi relatado o tipo de atividade física realizada, como por exemplo, no caso 6 em que o cliente andava o dia inteiro e fazia bicicleta ergométrica. Já, em outros casos, os autores não detalharam o tipo de atividade física, como ocorreu nos casos clínicos 1, 8 e 12.

Ao se falar da questão da ingestão alimentar, como ilustrado na tabela 2 do título anterior, foi observado nos treze casos que as clientes com anorexia nervosa tiveram uma alteração na ingestão dos alimentos, deixando de ingerir certa quantidade de alimentos, planejando e realizando dietas altamente restritivas, ingerindo cada vez menos alimentos ou até mesmo deixando de comer e entrando em estado de inapetência. Apenas no caso clínico 7, o autor não cita de forma explícita essa informação mas, devido ao fato da cliente ter perdido peso, pode-se inferir que ocorreu, de alguma forma, a alteração na ingestão dos alimentos.

Quanto ao resultado do experimento de Scharner et al (2016) relativo a ativação de áreas cerebrais relacionadas aos sintomas depressivos, foram visualizados nos casos clínicos 1, 4, 5, 11 e 12 a presença de sinais ou até mesmo de sintomas relacionados à depressão, como, por exemplo, permanecer apenas em casa e não se importar em morrer.

Em contrapartida, apenas a cliente do caso clínico 5 relatou se sentir ansiosa, o que indica a baixa incidência do resultado relativo a atividade cerebral e sinais de ansiedade obtidos no experimento. Quanto a questão da especificidade alimentar presente nos resultados da microestrutura alimentar, apenas o cliente do caso clínico 6 relatou que não tinha preferências por um determinado tipo de alimento.

- **Características que não estão presentes no modelo experimental**

As informações presentes nos casos clínicos que não correspondiam aos resultados experimentais de Scharner et al (2016) referem-se, principalmente, a

questão da utilização de ratas fêmeas no experimento, ao peso corporal, microestrutura alimentar, a ativação de alguns núcleos cerebrais, em especial, aqueles relacionados à ingestão de alimentos e as respostas ao estresse. Tendo como base os resultados experimentais citados, esse tópico foi dividido em variáveis que não corresponderam ao modelo experimental e variáveis que não foram manipuladas pelo experimento para melhor compreensão dos resultados encontrados.

- *Variáveis que não corresponderam ao modelo experimental*

Nesse momento serão relatadas aquelas informações que estavam presentes nos casos clínicos mas que não foi possível criar paralelos com os resultados do modelo experimental de Scharner et al (2016) no que diz respeito a utilização de ratas fêmeas como sujeitos, peso corporal, ativação de núcleos cerebrais relacionados a ingestão dos alimentos e a microestrutura alimentar.

Dentre os treze casos analisados, apenas os clientes dos casos clínicos 2 e 6 são do sexo masculino, com idades de doze anos e dezoito anos, respectivamente. Como pode ser visto na tabela 3 do título anterior, os clientes dos casos clínicos 1, 2, 3, 10 e 12 apresentaram dados que não vão de encontro com o modelo experimental utilizado no que diz respeito a mudança do peso corporal, relatando a recuperação do peso perdido, um ganho extra de peso ou até mesmo um Índice de Massa Corporal condizente com a idade. No caso clínico 1, o cliente recuperou o peso, chegando a um Índice considerado normal e além disso, chegou a engordar seis quilos. Nos casos clínicos 10 e 12, os clientes ganharam, respectivamente, 2 kg e 21 kg em algum momento do tratamento, o que também ocorreu com o cliente do caso clínico 3, em que ganhou peso de forma progressiva após uma dieta enteral. Por fim, o cliente do caso clínico 2 não apresentou ganho e nem perda ponderal, estando com um Índice de Massa Corporal considerado normal para a sua idade.

Ao se falar da questão da especificidade alimentar mensurado no resultado da microestrutura alimentar, como mostrado na tabela 3 do título anterior, apenas nos casos 5 e 13 as clientes relataram ter algum tipo de especificidade. No caso clínico 5, a cliente relata ter preferência por churrasco, batata frita e maionese enquanto no caso clínico 13, a cliente relata ter preferência por alimentos *lights* passando a ingeri-los. Outra questão relacionada ao resultado da microestrutura

alimentar quanto ao parâmetro da frequência das refeições está no fato da ausência de uma regularidade nas refeições, o que apareceu apenas no caso clínico 4.

Ao se falar da ativação dos núcleos cerebrais responsáveis pela regulação da ingestão dos alimentos, os clientes dos casos clínicos 5, 7, 10 e 13 relataram ter episódios de vômitos ou até mesmo chegaram a provocar tais episódios, o que não condiz com os resultados do experimento na medida em que foram observados apenas sinais nauseantes que influenciam na alimentação.

Em algumas situações não foi possível identificar a falta de paralelos entre o modelo experimental e os casos clínicos, devido à ausência de informações fornecidas pelos autores. Quanto à incidência da atividade física nos casos analisados, não foi possível saber se os clientes dos casos clínicos 2, 3, 4, 7, 9, 11 e 13 chegaram a praticar algum tipo de atividade física, já que os autores não deixaram claro essa informação no relato do caso.

Quanto aos sinais depressivos observados durante a ativação de algumas áreas cerebrais, apenas no caso clínico 3, o autor não deixa claro o motivo da cliente utilizar o antidepressivo e, por isso, não se sabe se ela estava utilizando esse medicamento para uma depressão ou se utilizava esse medicamento para diminuir os sintomas da anorexia nervosa. Já, no caso clínico 1, a paciente chega a utilizar o medicamento antes de recuperar o peso mas, o autor também não deixa claro se ela utilizou esse medicamento devido ao quadro depressivo que apresentou após o ganho de peso.

- Variáveis que não foram manipuladas pelo experimento

Neste subtópico serão abordadas aquelas informações identificadas nos casos clínicos em que foi possível observar algumas variáveis que o modelo experimental de Scharner et al (2016) não mensurou, como a apresentação do quadro de obesidade anterior ao quadro de anorexia nervosa, o ganho de peso com uma dieta balanceada após apresentar o transtorno alimentar e por fim, a influência de situações consideradas estressantes.

Sendo assim, o experimento também não utiliza sujeitos que se encontram em um quadro de obesidade e procurando mensurar os efeitos dessa variável no quadro de anorexia nervosa. Como pode ser visto na tabela 3 do título anterior, essa situação ocorreu nos casos clínicos 6 e 9 em que os clientes eram obesos e

perderam uma quantidade significativa de peso em um curto espaço de tempo, não tendo um Índice de Massa Corporal (IMC) abaixo daquele esperado para a idade. No caso clínico 6, o cliente chegou a pesar 117 kg e após uma perda de 46 kg em dez meses, chegou no peso de 71 kg. O mesmo aconteceu com a cliente do caso clínico 9, que era obesa e emagreceu 20 kg em dois meses chegando um IMC condizente com a sua idade. Ainda, ao retomar o caso clínico 3 em que a cliente chegou a ganhar peso após uma dieta enteral, o experimento não acrescenta, como uma variável, a oferta de alimento após um período de restrição ou até mesmo após um período de baixa ingestão de alimentos.

Também foram visualizadas situações consideradas estressantes na vida de cada cliente dos casos clínicos 1, 2, 5, 8, 9, 10, 11 e 12 como, por exemplo, brigas familiares, ser considerada estranha pelos colegas da escola, separação dos pais, apelidos devido a sua aparência física, abuso sexual podendo inferir que essas situações podem ter modulado a ingestão dos alimentos. No entanto, o experimento utilizado não manipula diretamente variáveis estressantes a fim de mensurar a sua influência na anorexia nervosa humana, porém, pode-se sugerir um paralelo entre a alta ativação dos núcleos cerebrais relacionados as respostas estressantes e situações pelas quais os clientes passaram que remetem a contextos de estresse.

- **Outras contingências identificadas no caso**

Observou-se que em dez casos clínicos dos treze analisados (2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 11, 12 e 13) os autores deixaram de citar informações que ajudariam a construir a análise de contingências, como por exemplo, os estímulos antecedentes que a cliente começou a emitir as respostas de deixar de comer e realizar exercícios físicos levando a perda de peso. Também, deixaram de citar as consequências dessas respostas, impossibilitando saber se a resposta foi conseqüenciada por um reforçador positivo ou negativo.

Com isso e, tendo como base a história de vida do sujeito mencionada pelos autores, foi realizada inferências em nove casos clínicos (1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 11 e 13) para que a análise de contingências pudesse ter sido feita. Como exemplo, no caso clínico 6, em que foi inferido que o cliente ficou sob controle das falas da endocrinologista passando a perder peso, apesar de não saber, ao certo, os conteúdos dessas falas e no caso clínico 8, em que, tendo como base a história de

vida da cliente, inferiu-se que ela não sentia-se acolhida pelos pais quando ela tinha nove anos de idade e as suas irmãs apresentaram o mesmo transtorno que ela.

Seguindo esse raciocínio, nos casos clínicos 1, 2, 4, 6, 10, 12 as clientes descreveram uma experiência de medo em engordar. Essa resposta foi relacionada com a contingência que elas possuem em relação ao comer, inferindo, assim, que se trata de uma contingência aversiva. Quanto a função das respostas que levaram a perda de peso, em especial, as respostas de ingerir menos alimentos e passar a realizar exercícios físicos em demasia, pode-se dizer que nos casos 1, 5, 6, 9, 10 e 13 tem, como função, fugir e se esquivar de um possível evento aversivo. Como exemplo, no caso clínico 1 em que a cliente emite tais respostas para se esquivar e fugir das situações vividas pelos seus familiares em relação a obesidade e no caso clínico 9 em que a cliente passou a emitir tais respostas como um meio de fugir e se esquivar dos apelidos dados pelos seus colegas.

A mesma função foi encontrada no caso clínico 7 em que a cliente apenas emitiu a resposta de vomitar e no caso clínico 10 em que a cliente emitiu também essa resposta, além das duas respostas já citadas. Em contrapartida, apenas no caso clínico 8, a função da resposta de realizar exercícios físicos intensos e fazer uma restrição alimentar para a perda de peso foi a de receber atenção e afeto.

Quanto aos casos clínicos 2, 3, 4, 11 e 12 não se sabe ao certo a função dessas respostas na vida da cliente devido à falta de informações importantes para a construção da análise funcional. No entanto, ao se basear nas informações disponibilizadas pelos autores, suspeita-se que em todos esses casos as clientes passaram por uma história de punição em relação ao comer. No caso clínico 2, por exemplo, o cliente chegou a emitir um comportamento de fuga em relação aos sintomas que estava apresentando, já que descrevia sentir apreensão com a sua situação apenas quando a equipe médica conversava com ele e no caso clínico 11 em que a cliente usou os seus sintomas, como o fato de se sentir tonta, para se retirar de um possível ambiente aversivo.

7) DISCUSSÃO

Na grande maioria dos casos analisados, foi possível identificar características comuns aos clientes que apresentam o quadro de anorexia nervosa. É possível dizer, nos casos clínicos em questão, que os primeiros sintomas do transtorno alimentar aparecem no período da adolescência e no início da vida adulta, o que corrobora com os achados de Vale e Elias (2011) ao dizer que a incidência da anorexia nervosa ocorre principalmente na faixa dos 12 anos aos 28 anos de idade.

Além disso, nos casos analisados foi possível identificar um peso corporal abaixo do considerado normal para a idade bem como uma distorção e preocupação da imagem corporal, o que corresponde aos critérios diagnósticos do DSM-V. Em metade dos casos clínicos foi possível observar a presença da atividade física descrita nos relatos e em todos eles foi possível identificar uma alteração na ingestão alimentar, o que confirma os estudos de Heller (2002), onde diz que as clientes com esse transtorno alimentar passam a criar estratégias para perder peso, como realizar dietas e praticar exercícios físicos.

Também foi observado que em onze dos treze casos clínicos analisados, as clientes eram do gênero feminino enquanto apenas dois casos os clientes eram do gênero masculino, com idades de 12 e 18 anos. A proporção da incidência do transtorno alimentar nos casos analisados corrobora com o trabalho de Vale e Elias (2011), já que os autores ressaltam que a anorexia nervosa no sexo masculino é menos frequente configurando uma porcentagem de apenas 10% em relação a todos os casos diagnosticados. No entanto, os autores também afirmam que a anorexia masculina ocorre com mais frequência após um quadro de obesidade mas, esse fato apenas foi identificado em um dos dois casos, em que o cliente era obeso e perdeu uma grande quantidade de peso.

De acordo com o DSM-V existem dois tipos de anorexia, a do tipo restritivo e a do tipo purgativo. Dos casos analisados, foi possível identificar uma predominância dos casos do tipo restritivo, enquanto apenas em quatro casos foi identificada a anorexia do tipo purgativo em que é característico a ocorrência episódios de vômitos. Quanto às alterações fisiológicas, foram apontados casos de amenorreia e também a presença de sintomas como tontura, desmaios, palidez e fraqueza indo de encontro com os achados de Nava e Sarmento (1997).

Foi observado também uma preocupação da família em relação a sintomatologia apresentada em seis casos clínicos analisados (1, 2, 8, 10, 11 e 13). Esse dado não corresponde aos achados de Heller (2002), ao dizer que a família possui um certo padrão de comportamento que modula o surgimento da anorexia nervosa. Nos casos, não foi observado esse padrão, porém não é possível dizer ao certo como essas famílias eram antes das clientes desenvolverem o quadro do transtorno alimentar, uma vez que os autores não deixaram claro essas informações.

No entanto, em todos os casos clínicos foi possível identificar que as famílias das clientes procuraram ajuda profissional, em especial, profissionais da área médica, psicológica e nutricional. Quanto aos medicamentos receitados pelos médicos foi observado nos casos analisados uma alta frequência do uso de antidepressivos como Mirtazapina e Fluoxetina, confirmando o estudo de Silva et al (2006).

Com o auxílio do modelo de anorexia baseada em atividade de Scharner et al (2016) foi possível realizar associações entre os resultados encontrados no experimento em questão e as informações que estavam presentes nos casos clínicos, sendo também possível identificar aquelas informações que não poderiam ser explicadas pelo modelo experimental utilizado, já que não condiziam com os resultados obtidos. Sendo assim, pode-se afirmar que o modelo experimental em questão abarcou variáveis que estão presentes nesse transtorno alimentar, mimetizando a realidade e ajudando na compreensão do fenômeno psicossomático em questão, o que confirma as afirmações de Ferreira, Hochman e Barbosa (2005).

Ao isolar as principais variáveis presentes no quadro de anorexia nervosa, no caso, a questão da alimentação e da atividade física, o modelo de anorexia baseada em atividade de Scharner et al (2016) ajudou a entender os casos de anorexia nervosa humana, uma vez que foram frequentes nos relatos clínicos analisados a questão da restrição e da ingestão alimentar, a presença da atividade física e a diminuição do peso corporal.

Em contrapartida, o modelo de anorexia nervosa utilizado nesta pesquisa não mensurou sintomas fisiológicos humanos presentes também nesse transtorno, como a questão da amenorreia, desmaios, fraqueza, palidez, tonturas e episódios de vômitos. Assim, não foi possível saber o efeito fisiológico que a restrição alimentar e

a presença do exercício físico podem ocasionar nas adolescentes que possuem esse transtorno alimentar.

Como um dos principais resultados experimentais, foi observada uma perda maior de peso nos sujeitos que estavam no grupo de anorexia baseada em atividade, indicando que a associação entre a restrição alimentar e a atividade física levam a perda de peso. Nesta pesquisa, foram observados em seis casos clínicos (1, 5, 6, 8, 10 e 12) a associação dessas duas variáveis, sendo que nos sete casos restantes a informação da presença ou ausência da atividade física não foi descrita pelos autores e, por isso, não é possível saber se essa variável esteve presente nos casos clínicos em questão.

Porém, ao se falar apenas dos resultados relativos à ingestão alimentar presente no experimento de Scharner et al (2016) foi observado uma diminuição na ingestão dos alimentos nos grupos experimentais alimentação restrita e anorexia baseada em atividade. Essa diminuição também foi visualizada em todos os casos analisados, o que indica que apenas a diminuição na quantidade de alimentação ingerida também contribui para a perda de peso.

Ainda, ao se falar do resultado experimental relativo à diminuição do peso corporal foi possível identificar informações que não puderam ser abarcadas pelo modelo experimental utilizado. Nesse sentido, foi identificada em alguns casos clínicos a recuperação do peso perdido chegando até ao ganho de massa corporal; Índice de Massa Corporal condizente com a idade do cliente e também a apresentação do quadro de obesidade anterior ao quadro de anorexia nervosa.

Esses fatores não chegaram a ser encontrados no modelo em questão. Os sujeitos do experimento apenas emagreceram e não chegaram a recuperar o seu peso corporal. A questão de estar acima do peso, no caso, estar dentro de um quadro de obesidade não foi medida pelo experimento, uma vez que as ratas não se encontravam com pesos superiores aqueles considerados normais para a espécie no início do experimento.

Nessa linha, o modelo experimental de Scharner et al (2016) não utilizou variáveis ambientais que simulavam situações estressantes na vida real, sendo possível apenas fazer inferências entre o resultado encontrado em relação a alta ativação dos núcleos cerebrais relacionados a respostas estressantes e os dados presentes nos casos clínicos. Sendo assim, foi possível apenas inferir um paralelo

entre o resultado relativo à ativação dos núcleos cerebrais relacionados a respostas estressantes e situações que poderiam ser consideradas desagradáveis.

Tendo em vista a ausência dessas associações entre o modelo experimental e os casos clínicos, é possível afirmar que o experimento utilizado ajudou a explicar os casos analisados no que diz respeito aqueles em que as clientes possuem, inicialmente, um peso condizente com a sua idade. Porém, para a explicação de outros casos que envolvem, por exemplo, a questão da obesidade e situações consideradas estressantes, o experimento em questão não possuiu resultados satisfatórios que contemplem essas variáveis.

Quanto a outras possíveis contingências identificadas nos casos, pode-se dizer que na maioria dos casos analisados as clientes planejaram e realizaram dietas com o objetivo de perder peso passando a se dedicar inteiramente a isso. Essas características confirmam os estudos de Vale e Elias (2011), que indicam um alto repertório de autocontrole ao mesmo tempo em que ocorre a restrição da emissão de outros comportamentos operantes.

Além disso, foi possível realizar uma análise das contingências relacionadas as principais ações que levaram a perda de peso, no caso, a atividade física excessiva e a restrição alimentar. Apenas em um caso clínico a função dessas respostas foi receber atenção e afeto dos pais. Isso corrobora com a hipótese de Vale e Elias (2011), ao considerar que a comida pode ser pareada com outros reforçadores, entre eles o reforço social, fazendo com que essas respostas tenham como funcionalidade receber a atenção de pessoas próximas ou chamar a atenção do grupo social.

Sendo assim, em doze casos analisados foi possível identificar contingências aversivas em relação ao comer, o que corrobora com a análise de Abbud e Grandi (2014) ao dizer que as doenças nomeadas por “psicossomáticas” estão relacionadas a essas contingências, bem como as análises de Skinner (1953/2003) e Sidman (2011) sobre os efeitos da punição. Além disso, em seis casos analisados, as clientes descreveram a experiência de sentir medo em engordar, indicando qual contingência pode estar envolvida na emissão das respostas que levam a perda de peso, o que corrobora com os achados de Skinner (1989/1991) em que o autor diz que o sentir medo está relacionado a contingências aversivas.

Nessa linha, em sete casos analisados foi possível interpretar que tais respostas estavam sendo emitidas com a função de se esquivar ou fugir de um evento aversivo. De acordo com Sidman (2011), tanto a fuga como a esquiva podem ser consideradas subprodutos indesejáveis da punição, o que vai de encontro com a situação das clientes, uma vez que elas emitem essas respostas após terem passado por contingências punitivas em relação ao comer.

Além disso, também foi identificada apenas no caso clínico 9, um outro subproduto da punição chamada de punição condicionada em que os locais onde ocorreram a punição e os próprios punidores se tornam, em si, um estímulo punitivo. Seguindo esse raciocínio, apenas no caso clínico 5 a cliente relatou se sentir ansiosa, remetendo novamente aos achados de Sidman (2011), em que a supressão condicionada também nomeada por “ansiedade” é considerada como um outro subproduto indesejável da punição.

Em dois casos foi possível identificar a influência de colegas da escola como agentes punitivos, já que criaram apelidos para as clientes em relação a sua aparência física. Isso confirma os achados de Vale e Elias (2011), em relação à influência da comunidade social e da mídia que estabelece padrões de beleza, servindo como regras e mandos para que o sujeito passe a ter o mesmo padrão de beleza imposto pela sociedade.

Apesar de ter sido possível realizar uma interpretação sobre a função das principais respostas emitidas pelas clientes no quadro de anorexia nervosa, pode-se afirmar que a falta de informações em alguns casos impediram de realizar uma análise funcional mais detalhada das contingências envolvidas. No entanto, baseando-se no modelo experimental de Scharner et al (2016) utilizado nesta pesquisa foi possível destacar algumas respostas dos casos clínicos, priorizando, assim, o olhar apenas para essas contingências.

8) CONSIDERAÇÕES FINAIS

A anorexia nervosa, fenômeno psicossomático que se manifesta principalmente em adolescentes do gênero feminino, tendo como principais sintomas, segundo o DSM-V, a perda de peso, distorção da autoimagem e a restrição alimentar, pode ser considerada um fenômeno de relevância social, já que ela traz sérios prejuízos para a saúde do indivíduo que o apresenta.

Nesse sentido, os modelos experimentais auxiliam na explicação dos casos clínicos, já que eles possibilitam isolar variáveis importantes para que se possa estudar e compreender como elas interagem entre si, visando descobrir as causas e a base fisiológica dos comportamentos estudados. Assim, eles também oferecem uma base para o profissional que está na prática clínica, já que é a partir dos modelos experimentais que se pode pensar no melhor tratamento e na melhor intervenção para os clientes que procuram ajuda profissional.

Essa pesquisa teve como objetivo estabelecer paralelos entre o modelo de anorexia baseada em atividade de Scharner et al (2016) e os casos clínicos de anorexia nervosa, procurando identificar se o modelo em questão ajuda a explicar e a entender a sintomatologia apresentada nos treze casos clínicos analisados. Sendo assim, pode-se afirmar que o modelo em questão auxilia parcialmente no entendimento dos casos clínicos, já que existem variáveis presentes nos relatos das clientes que não foram mensuradas pelo modelo experimental utilizado.

Em contrapartida, o modelo de anorexia baseada em atividade de Scharner et al (2016) abarca as principais variáveis presentes no quadro de anorexia nervosa, no caso, a questão da restrição alimentar e da atividade física o que, segundo a literatura, contribuem para a perda de peso. No entanto, os experimentadores não mensuraram variáveis relacionadas a outros sintomas presentes no quadro como amenorreia, tonturas, desmaios, fraqueza e palidez procurando descobrir se tal sintomatologia apresentada pelas clientes está relacionado a perda de peso ou se possui alguma ligação com a restrição alimentar e a atividade física.

Tendo em vista que essa pesquisa se baseou apenas em um modelo experimental de anorexia baseada em atividade sugere-se, como estudos futuros, a utilização de outros modelos experimentais que possuem outras variáveis experimentais que não foram mensuradas por este modelo e que estejam ligadas a

sintomatologia desse transtorno alimentar. Com isso, acredita-se que os paralelos feitos entre o modelo experimental e os casos clínicos possam abarcar mais sintomas ajudando a explicar, de forma mais clara, a influências dessas variáveis para a manifestação do quadro clínico.

Quanto ao segundo objetivo desta pesquisa, que consistiu em identificar e interpretar outras possíveis contingências envolvidas nas respostas que levam ao quadro de perda de peso observou-se que na maioria dos casos a função dessas respostas foi de fugir ou se esquivar de um possível estímulo aversivo. Porém, em alguns casos as contingências não puderam ser analisadas de forma detalhada, necessitando inferir informações para que a hipótese funcional pudesse ter sido feita.

Como sugestão a estudos futuros, acredita-se que uma exploração mais detalhada dos estímulos antecedentes e subsequentes do comportamento que controlam a resposta de realizar uma dieta altamente restritiva e também a resposta de praticar exercícios físicos em excesso acarretaria em uma análise de contingências mais detalhada e próxima da realidade, já que não seria necessário inferir essas informações, como ocorreu em alguns casos clínicos analisados nesta pesquisa. Dando continuidade, após interpretar e conhecer qual os estímulos que selecionaram esse comportamento na vida da cliente, também sugere-se, a intervenção do psicólogo nos casos clínicos tendo, como objetivo, a instalação de novas respostas consideradas mais adaptativas para a cliente e para a sociedade.

9) REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, M et al. Os heróis, vítimas e vilões: discursos sobre a anorexia nervosa. **Psicologia & Sociedade**; 24 (2), 472-483, 2012. < <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v24n2/24.pdf> > Acessado em 30 Mar 2019.

ABBUD, Gabriela; GRANDI, Paula. Um olhar analítico-comportamental às Doenças Psicossomáticas: uma introdução. **Behaviors: Ciência Básica, Ciência Aplicada**, v.18, p. 71-77, Nov. 2014.< <https://www.pucsp.br/sites/default/files/download/posgraduacao/programas/psicologia-experimental/behaviors-2014-pdf-final-jan.pdf> > Acesso em 10 Jun 2018.

BUENO, Lorena Maria; SILVA, Lucia Cecília da. O “Psicológico” na causa e no desenvolvimento das doenças do corpo: O que dizem os artigos científicos produzidos na Brasil na última década. **Congresso Internacional de psicologia-Anais V CIPSI**, 2012. < <http://eventos.uem.br/index.php/cipsi/2012/paper/viewFile/774/346> > Acessado em 30 Maio 2019.

CASTRO, Maria da Graça de; ANDRADE, Tânia M. Ramos; MULLER, Marisa C.. Conceito mente e corpo através da História. **Psicol. estud.**, Maringá , v. 11, n. 1, p. 39-43, Apr. 2006 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722006000100005&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 01 Jun 2018.

CASTRO, Fabiano S.; LANDEIRA-FERNANDEZ, J.. Alma, corpo e a antiga civilização grega: as primeiras observações do funcionamento cerebral e das atividades mentais.**Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre , v. 24, n. 4, p. 798-809, 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722011000400021&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 19 Jan 2019.

CERCHIARI, Ednéia Albino Nunes. Psicossomática um estudo histórico e epistemológico. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 20, n. 4, p. 64-79, Dec. 2000 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932000000400008&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 05 Jun 2018.

CORDAS, Táki Athanássios; CLAUDINO, Angélica de Medeiros. Transtornos alimentares: fundamentos históricos. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 24, supl. 3, p. 03-06, Dec. 2002 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462002000700002&lng=en&nrm=iso> Acessado em 30 Jul 2019.

CORDEIRO, Daniela Andrade. **Psicossomática: Uma análise dos dados experimentais publicados em revistas indexadas no Pubmed entre 1974 e 2018 sob a perspectiva da análise do comportamento**. 2018.48f. Monografia. Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2018.

CRUZ, Marina Zuanazzi.; JÚNIOR, Alfredo Pereira. Corpo, mente, emoções: referenciais teóricos da psicossomática. **Rev. Simbio-Logias**, v.4, n.6, p.46-66, 2011. Available from <
<http://www.ibb.unesp.br/Home/Departamentos/Educacao/Simbio-Logias/CorpoMenteeEmocoes.pdf>> Acessado em 09 Jan. 2019.

DAHLKE, Rüdiger. **A doença como símbolo**. Pequena enciclopédia de Psicossomática. São Paulo: Editora Cultrix, 1996.

DARWICH, Rosângela Araújo; TOURINHO, Emmanuel Zagury. Respostas emocionais à luz do modo causal de seleção por conseqüências. **Rev. bras. ter. comport. cogn.**, São Paulo , v. 7, n. 1, p. 107-118, jun. 2005 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452005000100011&lng=pt&nrm=iso> Acessado em 10 Jun. 2018.

DE CARVALHO NETO, Marcus Bentes et al. BF Skinner e o mentalismo: uma análise histórico-conceitual (1931-1959). **Memorandum: Memória e História em Psicologia**, v.22, p. 13-39, 2012.

FERREIRA, Lydia Masako; HOCHMAN, Bernardo; BARBOSA, Marcus Vinícius Jardini. Modelos experimentais em pesquisa. **Acta Cir. Bras.**, São Paulo , v. 20, supl. 2, p. 28-34, 2005 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-86502005000800008&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 08 Fev. 2019.

HELLER, Denise C. L. Anorexia nervosa: etiologia e estratégias de enfrentamento. In: Guilhardi, H. J., Madi, M. B. B. P., Queiroz, P. P., & Scoz, M. C. (Orgs.). (2002). **Sobre comportamento e cognição: Vol. 10. Contribuições para a construção da teoria do comportamento**. Santo André: Esetec

HUNZIKER, Maria Helena. O mundo dentro e fora do laboratório: duas faces de uma mesma realidade. In: Banaco, R. A. (Org.). (1997). **Sobre comportamento e cognição: Vol. 1. Aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista**. São Paulo: Arbytes.

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico] : DSM-5 / [American Psychiatric Association ; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.] ; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2014.

MATOS, Maria Amélia. Análise funcional do comportamento. **Estud. psicol.** (Campinas), Campinas, v. 16, n. 3, p. 8-18, Dec. 1999. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X1999000300002&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 14 Jun 2018.

MELLO FILHO, Julio de; COLABORADORES. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre, Artmed, 2010

MONTANARI *et al.* Psicossomática: uma revisão. **Anais I Mostra de Iniciação Científica Curso de Psicologia da FSG**. Rio Grande do Sul. V.1, N.1, 448-465 (2014). Available from <<http://ojs.fsg.br/index.php/ampsic/article/view/1389>>. Acessado em 14 Jun 2018.

MOREIRA, Marcio Borges; MEDEIROS, Carlos Augusto. **Princípios básicos da análise do comportamento**. Porto Alegre: Artmed, 2007

NAVA, Ana Sofia; SARMENTO, Claudio Moraes. Anorexia mental: A propósito de um caso clínico. **ACTA médica portuguesa**, 12: 943-946, 1997. <<https://www.clinicataqide.pt/upload/ASNCMSANOREXIA.pdf>> Acessado em 16 de Maio 2019.

PEREIRA, Mário Eduardo Costa. Pierre Janet e os atos psíquicos inconscientes revelados pelo automatismo psíquico das histéricas. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 301-309, June 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142008000200013&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 19 Jan. 2019

RAMOS, Denise Gimenez. **A psique do corpo: uma compreensão simbólica da doença**. São Paulo: Summus, 1994.

RODRIGUES, Avelino Luiz; CAMPOS, Elisa Maria Parayba; PARDINI, Fernando. Mecanismos de formação de sintomas. In: SPINELLI, Maria Rosa (org.) **Introdução à psicossomática**. São Paulo: Atheneu, 2010, p. 129-154.

SANTOS, Aliene Silva Gonçalves dos Santos. Algumas escolas de psicossomática. In: SPINELLI, Maria Rosa (org.) **Introdução à psicossomática**. São Paulo: Atheneu, 2010, p. 1-17.

SÉRIO, Tereza Maria de Azevedo Pires et al. **Controle de estímulos e comportamento operante: Uma (nova) introdução**. 3 ed. São Paulo: EDUC, 2014.

SERIO, Tereza Maria de Azevedo Pires. O behaviorismo radical e a psicologia como ciência. **Rev. bras. ter. comport. cogn.**, São Paulo , v. 7, n. 2, p. 247-262, dez. 2005 . Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452005000200009&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 19 maio 2019.

SCHARNER, Sophie et al. Activity-based anorexia reduces body weight without inducing a separate food intake microstructure or activity phenotype in female rats—mediation via an activation of distinct brain nuclei. **Frontiers in neuroscience**, v. 10, p. 475, 2016.

SIDMAN, Murray. **Coerção e suas implicações**. São Paulo: Editora livro pleno, 2011.

SILVA, D., GAIO, D. O corpo em análise: uma perspectiva psicanalítica sobre o fenômeno psicossomático a partir da correlação entre soma e psique. **Anais do EVINCI - UniBrasil**, Local de publicação (editar no plugin de tradução o arquivo da citação ABNT), 1, jun. 2016. Disponível em: <http://portaldeperiodicos.unibrasil.com.br/index.php/anaisvinci/article/view/1019/996>>. Acesso em: 19 Jan. 2019.

SILVA, Késia da paixão et al. Transtornos alimentares: Considerações Clínicas e desafios de tratamento. **Rev. Infarma**, v.18, nº 11/12, 2006. < <http://revistas.cff.org.br/?journal=infarma&page=article&op=view&path%5B%5D=225&path%5B%5D=213> > Acessado em 18 Abr. 2019.

SIMURRO, Sâmia Aguiar Brandão. Benefícios dos conhecimentos da neurociência para a psicossomática. In: SPINELLI, Maria Rosa (org.) **Introdução à psicossomática**. São Paulo: Atheneu, 2010, p. 91-128.

SKINNER, B. F.. Seleção por consequências. **Rev. bras. ter. comport. cogn.**, São Paulo , v. 9, n. 1, p. 129-137, jun. 2007 . Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452007000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 07 Jan. 2019.

SKINNER, B. F. (2003). **Ciência e Comportamento Humano**. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho originalmente publicado em 1953)

SKINNER, B. F. (2006). **Sobre o Behaviorismo**. São Paulo: Cultrix. (Trabalho originalmente publicado em 1974)

THOMAZ, C. R. C. (2012). Episódios emocionais como interações entre operantes e respondentes. **Clínica analítico-Comportamental- Aspectos teóricos e práticos**. 1ed. São Paulo: Artmed, 2012.cap.4.p 40-48

VALE, Antonio Maia Olsen; ELIAS, Liana Rosa. Transtornos alimentares: uma visão analítico-comportamental. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**. Vol. XIII, nº 1, 52-70, 2011. < <http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/432/325> > Acessado em 02 Maio.2019.

ZORZANELLI, Rafaela Teixeira. Sobre os diagnósticos das doenças sem explicação médica. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 16, n. 1, p. 25-31, jan./mar. 2011. Available from < <http://www.scielo.br/pdf/pe/v16n1/a04v16n1>>. Acessado em 10 Jan. 2019

APÊNDICE A- Referências das publicações em que foram retirados os casos clínicos analisados.

A ordem com que as referências foram listadas neste apêndice está de acordo com a numeração utilizada em cada caso clínico analisado.

1. BARBOSA, Denise da Silva. *Anorexia mental, novo sintoma- Uma patologia da separação*. **CliniCAPS**, Vol 6, nº 18, p.12-25, (2012). < https://www.clinicaps.com.br/clinicaps_revista_18_art_02.html >. access on 2 March 2019.
2. ABREU, Paulo Roberto; CARDOSO, Luciana Roberta Donola. *Multideterminação do Comportamento Alimentar em Humanos: um Estudo de Caso*. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Vol. 24 n. 3, pp. 355-360, 2008. < <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v24n3/v24n3a12> >. access on 3 March 2019.
3. CARVALHO, Ana Paula Oliveira *et al.* *Anorexia nervosa e síndrome de realimentação em adolescente: relato de caso*. **Rev Med Minas Gerais**, 20(1): 128-130, 2010. < <http://rmmg.org/artigo/detalhes/392> >. access on 7 March 2019.
4. YARZÓN, Tatiana dos Santos; GIANNINI, Denise Tavares. *Abordagem clínica e nutricional na anorexia nervosa: relato de caso*. **Adolesc. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 39-45, out/dez 2010. < http://adolescenciaesaude.com/imagebank/PDF/v7n4a06.pdf?aid2=244&nome_en=v7n4a06 >. access on 9 March 2019.
5. TOLEDO, Vanessa Pellegrino; RAMOS, Natália Amorim; WOPEREIS, Flávia. *Processo de enfermagem para pacientes com anorexia nervosa*. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 64 (1), 2010. < <http://www.redalyc.org/html/2670/267019462029/> >. access on 9 March 2019.
6. ANDRADE, Thais Fonseca; SANTOS, Manoel Antonio. *A experiência corporal de um adolescente com transtorno alimentar*. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 454-468, setembro 2009. < <https://www.redalyc.org/html/2330/233016514003/> >. access on 14 March 2019.
7. OSORIO, Luiz Carlos. *A família como sistema*. In: MELLO FILHO, Julio e organizadores. **Doença e Família**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p. 29-43. < https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=ZUv0a4gH3B0C&oi=fnd&pg=PA15&dq=casos+clinicos+anorexia+nervosa&ots=4CPIbZLuwG&sig=2RDcJ8JydkgbWBhbozA1hS5G_w#v=onepage&q=casos%20clinicos%20anorexia%20nervosa&f=false > access on 17 March 2019.

8. OLIVEIRA, Letícia Langlois. *Padrões disfuncionais de interação em famílias de adolescentes com anorexia nervosa*. 2004. 164f. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004. < <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/13412> >. access on 22 March 2019.

9. SILVA, Jussára Cristina Van De Velde Vieira; PAEGLE, Isabel Cristina Malischesqui. *Transtornos alimentares: funcionamento mental e sofrimento psíquico em pacientes com anorexia nervosa*. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, 14 (2), p. 186-196, 2006. < <https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/index.php/MUD/article/view/649/649> > access on 6 April 2019.

10. TONEZZER, Máira. *Os impactos vividos pelos pais de uma paciente com anorexia nervosa- uma investigação e reflexão Daiseinanalítica*. Trabalho de Conclusão de Curso. 2008. 49f. Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2008. < <https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/18739/2/Maira%20Tonezzer.pdf> > access on 6 April 2019.