



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2012/2013

Rita da Cunha Ferreira

Doenças do Comportamento Alimentar
e Perturbação *Borderline* da Personalidade

Março, 2013

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Rita da Cunha Ferreira

Doenças do Comportamento Alimentar
e Perturbação *Borderline* da Personalidade

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Psiquiatria e Saúde Mental

**Trabalho efetuado sob a Orientação de:
Dr^a Isabel Maria Boavista Vieira Marques Brandão**

**Trabalho organizado de acordo com as normas da revista:
Psiquiatria Clínica**

Março, 2013

FMUP

Eu, Rita Da Cunha Ferreira, abaixo assinado, nº mecanográfico 070801114, estudante do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste projeto de opção.

Neste sentido, confirmo que **NÃO** incorri em plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 20/03/2013

Assinatura: Rita da Cunha Ferreira

Nome: Rita da Cunha Ferreira

Email: rita_cunha22@hotmail.com

Título da Monografia

Doenças do Comportamento Alimentar e Perturbação *Borderline* da Personalidade

Orientador:

Drª Isabel Maria Boavista Vieira Marques Brandão

Ano de conclusão: 2013

Designação da área do projeto:

Psiquiatria e Saúde Mental

É autorizada a reprodução integral desta Dissertação/Monografia (cortar o que não interessar) para efeitos de investigação e de divulgação pedagógica, em programas e projetos coordenados pela FMUP.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 20/03/2013

Assinatura: Rita da Cunha Ferreira

MONOGRAFIA

**Doenças do Comportamento Alimentar e Perturbação
Borderline da Personalidade**

Eating Disorders and *Borderline* Personality Disorder

Autor: Cunha Ferreira, Rita*
Faculdade de Medicina da Universidade Porto

* Aluna de 6º Ano de Mestrado Integrado em Medicina na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Correspondência para: Rita Cunha Ferreira, Rua Manuel Rodrigues de Sousa, Ed. Portas do Mar I, bloco 24, 8º Esq., 4450-181 Matosinhos, Portugal. **Telemóvel:** 914964225
Endereço eletrónico: rita_cunha22@hotmail.com

RESUMO

As doenças do comportamento alimentar parecem estar significativamente presentes em associação com as perturbações de personalidade. De facto, a perturbação *borderline* de personalidade parece estar presente em 25% dos casos de anorexia nervosa e em 28% dos indivíduos com bulimia nervosa.

Poderão estas altas taxas de comorbilidade indicar uma possível relação causal entre as patologias referidas? Uma vez que o desenvolvimento das perturbações de personalidade parece anteceder as doenças do comportamento alimentar e as suas características espelham o tipo de patologia alimentar, torna-se possível pressupor que as perturbações de personalidade influenciam a doença alimentar subsequente e podem ser encaradas, em algum grau, como um fator de risco para o desenvolvimento de tipos específicos de patologia do comportamento alimentar.

Tendo como base os critérios de diagnóstico das doenças do comportamento alimentar e das perturbações de personalidade, a potencial relação existente no contexto da perturbação *borderline* de personalidade, bulimia e anorexia nervosa é explorada, tal como as implicações clínicas do curso, prognóstico e tratamento que advêm dessa interação.

Palavras-Chave: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Borderline Personality Disorder

ABSTRACT

Eating disorders appears to be significantly present in association with personality disorders. In fact, borderline personality disorder seems to be present in 25% of cases of anorexia nervosa and in 28% of individuals with Bulimia Nervosa.

Could these high rates of comorbidity indicate a possible causal relationship between these pathologies? Since the development of personality disorders appears to be prior to eating disorders and their characteristics reflect the type of food pathology, it is possible to assume that personality disorder influence the subsequent eating disease and can be seen, to some degree, as a risk factor for the development of specific types of pathology of eating behavior.

Based on the criteria for the diagnosis of eating disorders and personality disorders, the potential relationship in the context of borderline personality disorder, bulimia, and anorexia nervosa is exploited, as the clinical implications of course, prognosis and treatment arising with this interaction.

Key-words: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Borderline Personality Disorder

ÍNDICE

Lista de Abreviaturas.....	5
1. Introdução.....	6
2. Métodos.....	7
3. Doenças do comportamento alimentar e sua classificação na atualidade	8
3.1 Anorexia Nervosa.....	9
3.2 Bulimia Nervosa.....	10
3.3 Alterações propostas pelo DSM-V.....	12
4. Importância da avaliação da personalidade nas doenças do comportamento alimentar	14
5. Personalidade	15
6. Perturbações da Personalidade	16
6.1 Perturbação <i>borderline</i> da personalidade.....	17
6.1.1. Critérios de diagnóstico	17
7. Curso e prognóstico das doenças do comportamento alimentar associadas à perturbação <i>borderline</i> da personalidade	20
8. Tratamento.....	21
8.1 Terapia comportamental dialética	21
8.1.1 Orientação para o modelo da TCD para a perturbação em causa	22
8.1.2 Treino de tolerância ao <i>stress</i>	22
8.1.3 Treino de competências de atenção.....	23
8.1.4 Treino de competências de regulação emocional.....	23
8.1.5 Treino de competências de eficácia interpessoal	23
8.1.6 Acordo entre a alimentação e a imagem corporal	24
8.1.7 Eficácia da TCD.....	24
9. Doenças do comportamento alimentar e perturbação <i>borderline</i> da personalidade	26
10. Teorias Biológicas	31
10.1 MAO plaquetária	31
10.2 Níveis Plasmáticos de Leptina	32
11. Conclusão	33

LISTA DE ABREVIATURAS:

- Doenças do Comportamento Alimentar- DAC
- Anorexia Nervosa- AN
- Bulimia Nervosa- BN
- Perturbação *Borderline* da Personalidade- PBP
- Terapia Comportamental Dialética- TCD

1.INTRODUÇÃO

As doenças do comportamento alimentar (DCA) têm sido alvo de atenção por parte dos profissionais de saúde devido aos significativos graus de morbidade e mortalidade a que se associam (1). Nesse contexto, a anorexia nervosa (AN) e a bulimia nervosa (BN), figuram como as perturbações alimentares predominantes e embora a incidência das patologias alimentares referidas não se compare à escalada epidêmica dos casos de obesidade, ocorreu nas últimas décadas um significativo aumento na incidência desses quadros, o que motivou a criação de serviços especializados para o tratamento médico, reabilitação nutricional e atendimento psicológico dessas perturbações (1).

No que diz respeito à etiologia, o desenvolvimento das DCA parece ser multifatorial, abrangendo fatores socioculturais, familiares e também psiquiátricos (2). De facto, as DCA parecem poder ocorrer simultaneamente com as perturbações da personalidade, determinando uma co morbidade psiquiátrica alvo de investigação nas últimas décadas em virtude das suas implicações ao nível da abordagem e do tratamento.

O artigo inicia-se com uma breve perspetiva sobre as DCA na atualidade, com especial realce para a AN e BN, seguida da avaliação da importância da personalidade nesse contexto e a sua definição.

Nesse seguimento, os tipos de perturbações da personalidade são referidos, com destaque para a Perturbação *Borderline* da Personalidade (PBP).

Finalmente, a possibilidade de uma relação causal entre as DCA referidas e a PBP são discutidas, tal como as implicações terapêuticas que podem advir desse facto.

2. MÉTODOS

Na presente revisão da literatura, realizou-se uma pesquisa bibliográfica na base de dados da PubMed, relativa a artigos publicados de 2002/01/01 a 2012/08/01, utilizando como palavras-chaves: “anorexia nervosa”, “bulimia nervosa” e “borderline personality disorder”.

Desta pesquisa resultaram 55 artigos, dos quais 19 foram excluídos com base na leitura do título e resumo. Os restantes 36 foram submetidos a uma leitura integral de que resultou a seleção final de 27 artigos.

Esta pesquisa foi ainda complementada por artigos considerados relevantes, referenciados em alguns dos artigos que serviram de base à elaboração desta revisão.

RESULTADOS

3. DOENÇAS DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR NA ATUALIDADE

Na quarta edição do “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” (DSM-IV) (3), as DCA estão inseridas no Eixo I. As patologias do Eixo I representam as perturbações psiquiátricas major, incluindo a depressão major, as perturbações de pânico, a patologia bipolar e a esquizofrenia, em contraste com as patologias do Eixo II, que incluem as perturbações de personalidade e de desenvolvimento (3).

Estudos cujos critérios de diagnóstico tiveram como base o DSM-IV indicam que as DCA terão uma prevalência entre 2% e 5% dos indivíduos do sexo feminino (4). De acordo com Hoek and van Hoeken (4), a prevalência da AN e BN em mulheres jovens é de cerca de 0.3% e 1% respetivamente, e a maioria tem manifestações sintomáticas entre os 12 e os 35 anos. De facto, a sintomatologia da AN tem início por volta dos 17 anos e a BN inicia-se tipicamente no final da adolescência ou no início da vida adulta (5).

As DCA ocorrem mais frequentemente nas mulheres comparativamente aos homens, estando as mulheres de raça branca historicamente sobre representadas entre os indivíduos com patologia alimentar (6). Esta doença pode no entanto também afetar grupos minoritários (7).

Em termos ocupacionais, as DCA parecem ser mais frequentes entre os grupos de elite em determinados desportos, como a ginástica, ou profissões/atividades, como ser bailarino ou militar, em que um determinado peso para a obtenção e manutenção do emprego é exigido (8).

As perturbações do comportamento alimentar caracterizam-se por comportamentos inadequados no consumo e padrão alimentar, aliados a crenças erradas sobre a alimentação com conseqüente agravamento da qualidade nutricional. São quadros psiquiátricos que, tal como já foi referido, afetam principalmente adolescentes e adultos jovens (embora uma apresentação da doença em maior número de crianças se faça notar recentemente), do sexo feminino, levando a grandes prejuízos biopsicossociais com elevada morbidade e mortalidade (1).

Inúmeros fatores parecem contribuir para a patologia alimentar (2), sejam eles biológicos e fora do nosso alcance interventivo (como o simples fato de se ser do sexo feminino), ou psicológicos e passíveis de intervenção por parte do Homem, de que são

exemplo as crianças expostas a uma educação parental que sobrevaloriza o peso e a estereotipagem da ideia da mulher perfeita atualmente idealizada pelos media. Fatores socioculturais e diferenças étnicas assumem também importância no desencadeamento, manutenção e perpetuação dos sintomas alimentares (9).

3.1 Anorexia Nervosa

Na Anorexia Nervosa o medo intenso de engordar representa o aspecto psicopatológico central da doença, em que surge a incapacidade de manter o peso dentro dos valores considerados saudáveis. A baixa autoestima bem como a distorção da imagem corporal reforçam a busca de um emagrecimento incessante que leva à prática de exercícios físicos vigorosos, jejum e uso de laxantes ou diuréticos de uma forma intensa (10).

Segundo o DSM-IV (3), os critérios para a definição de anorexia nervosa (*F50.0 - 307.1*) são:

1. Recusa em manter o peso dentro ou acima do mínimo normal adequado à idade e à altura (perda de peso, levando à manutenção do peso corporal abaixo de 85% do esperado, ou falha em ter o peso esperado durante o período de crescimento, levando a um peso corporal menor que 85% do esperado).

2. Medo intenso de aumentar de peso ou de se tornar gordo, mesmo com peso inferior ao adequado.

3. Perturbação no modo de vivenciar o peso, tamanho ou forma corporal; excessiva influência do peso ou forma corporal na maneira de se autoavaliar; negação da gravidade do baixo peso.

4. No que diz respeito especificamente às mulheres, a ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos, quando tal não é esperado (amenorreia primária ou secundária). Considera-se que uma mulher tem amenorreia se os seus períodos menstruais ocorrem somente após o uso de hormonas como o estrogénio.

Tipo Restritivo: não há episódios de alimentação compulsiva ou comportamentos purgativos (vômitos autoinduzidos, uso de laxantes, diuréticos, enemas).

Tipo Purgativo: existem episódios de alimentação compulsiva e comportamentos purgativos (vômitos autoinduzidos, uso de laxantes, diuréticos, enemas).

Segundo o CID-10 (11), os critérios para a definição de anorexia nervosa (F50.0) são:

1. Perda de peso ou, em crianças, falta de ganho de peso, mantendo-se abaixo do esperado (IMC <17.5kg/m²).
2. A perda de peso é autoinduzida uma vez que os alimentos calóricos são evitados.
3. Distorção da imagem corporal associada a medo de aumento de peso.
4. Um transtorno endócrino generalizado envolvendo o eixo hipotalâmico-hipofisário-gonadal, manifestado em mulheres como amenorreia e em homens como uma perda de interesse e potência sexual (uma exceção aparente é a persistência de sangramentos vaginais em mulheres que estão a receber terapia de reposição hormonal, mais comumente administrada como uma pílula contraceptiva).

Notas:

Se o início é pré-púbere, a sequência de eventos da puberdade é demorada ou mesmo interrompida (o crescimento cessa, nas mulheres os seios não se desenvolvem e há uma amenorreia primária e nos homens ocorre hipodesenvolvimento dos genitais). Com a recuperação, a puberdade é com frequência completada normalmente, porém a menarca é tardia;

Os seguintes aspetos corroboram o diagnóstico, mas não são elementos essenciais: vômitos autoinduzidos, purgação autoinduzida, exercícios excessivos e uso de anorexígenos e/ou diuréticos

3.2 Bulimia Nervosa

A Bulimia Nervosa caracteriza-se por uma ingestão de grande quantidade de alimentos num curto espaço de tempo aliada à sensação de perda de controlo. Tais eventos denominam-se episódios bulímicos e caracterizam-se pela ingestão média de

três a quatro mil calorias por episódio, tendo já sido descritos episódios com uma ingestão de até 20 mil calorias (12).

Estes acontecimentos são acompanhados de métodos compensatórios inadequados para o controlo do peso, tais como vômitos autoinduzidos (em mais de 90% dos casos), uso de medicamentos (diuréticos, laxantes, inibidores de apetite), jejum e exercícios físicos exigentes, abuso de cafeína ou uso de cocaína (12).

Segundo o DSM-IV (3), os critérios de diagnóstico para Bulimia Nervosa (*F50.2 - 307.51*) são:

A. Episódios recorrentes de consumo alimentar compulsivo – episódios bulímicos – tendo as seguintes características:

1. Ingestão num pequeno intervalo de tempo (i.e., aproximadamente em duas horas) de uma quantidade de comida claramente maior do que a maioria das pessoas consumiria no mesmo tempo e nas mesmas circunstâncias
2. Sensação de perda de controlo sobre o comportamento alimentar durante os episódios (i.e., a sensação da não conseguir parar de comer ou controlar o quê e o quanto come).

B. Comportamentos compensatórios inapropriados para prevenir o aumento do peso, como vômitos autoinduzidos, abuso de laxantes, diuréticos ou outras drogas, dieta restrita ou jejum ou, ainda, exercícios vigorosos.

C. Os episódios bulímicos e os comportamentos compensatórios ocorrem, em média, duas vezes por semana, por pelo menos três meses.

D. A autoavaliação é indevidamente influenciada pela forma e peso corporal. A perturbação não ocorre exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa.

Tipo Purgativo: autoindução de vômitos, uso indevido de laxantes, diuréticos e enemas.

Tipo Não Purgativo: sem comportamentos do tipo purgativo.

Segundo CID-10 (11), os critérios de diagnóstico para Bulimia Nervosa (F50.2) são:

A. Episódios de hiperfagia, nos quais grandes quantidades de alimento são consumidas em curtos períodos de tempo (pelo menos duas vezes por semana durante um período de três meses).

B. Preocupação persistente com o ato de comer e um forte desejo ou um sentimento de compulsão aquando dessa ação.

C. Neutralização dos efeitos calóricos dos alimentos por meio de um ou mais dos seguintes comportamentos: vômitos autoinduzidos, purgação autoinduzida, uso de drogas tais como anorexígenos, preparações tireoideias ou diuréticos (quando a bulimia ocorre em pacientes diabéticos, eles podem negligenciar seu tratamento insulínico).

D. Existência de uma autopercepção de excesso de peso associada a um medo intenso de engordar e uso de exercícios excessivos ou jejum.

3.3. Alterações propostas pelo DSM-V

Na Anorexia Nervosa

O critério de “peso minimamente normal para a idade e altura” presente no DSM-IV tem sido proposto para alteração para o DSM-V para “peso significativamente baixo no contexto da idade, sexo, trajetória de desenvolvimento e saúde física”, em que o termo “peso significativamente baixo” foi definido como “peso inferior ao minimamente normal, ou, para crianças e adolescentes, menor do que o minimamente expectável”. Desta forma elimina-se o conceito de “peso inferior a 85% esperado”, cut-off que parece não apresentar validação empírica, sendo criticado como arbitrário, não preditivo do resultado do tratamento e indiferente a fatores como a idade, género e etnia (13).

Os termos “recusa em manter o peso corporal minimamente normal para a idade e altura” e “negação da seriedade do baixo peso corrente” dos critérios A e C presentes no DSM-IV, poderão ser alterados no DSM-V, tendo em conta que foi demonstrado que poderiam comprometer o curso da patologia (14).

Ao contrário do que acontece na BN, nos critérios de diagnóstico da AN segundo o DSM-IV, a duração dos sintomas de baixo peso não se encontra especificada.

O DSM-V recomendará que a subtipagem da AN seja específica para os últimos 3 meses, em vez da referência previamente usada de “durante o episódio corrente”.

O diagnóstico corrente de AN requer a ocorrência de amenorreia por 3 meses consecutivos. No entanto, este critério gera controvérsia uma vez que não é relevante nos homens nem nas mulheres pré-púberes e é um indicador de pouca confiança do estado nutricional, não fornecendo informações relacionadas com as características clínicas, com a morbidade psiquiátrica ou o curso da patologia (13).

Finalmente, a utilidade dos subtipos da AN parece ser incerta, uma vez que estudos recentes não demonstraram diferenças significativas entre o tipo restritivo e purgativo relativamente a comorbidades psicopatológicas, recuperação, recaídas e taxas de mortalidade (15). Para além disso, a maioria dos indivíduos com AN do tipo restritivo parece manifestar comportamentos purgativos em algum momento do seu percurso, o que sugere que, mais do que um subtipo de AN, a AN do tipo purgativo pode representar uma forma mais severa ou cronologicamente avançada da AN (15).

Na Bulimia Nervosa

A alimentação compulsiva, que tão caracteriza a BN, é definida como a ingestão de uma quantidade anormalmente grande de alimentos em um período curto de tempo, associada a uma perda de controlo sobre esse comportamento. Contudo, esta definição de “ingestão compulsiva” foi criticada em inúmeros aspetos. Por um lado, o critério de “período curto de tempo” não constitui uma base empírica, não existindo evidências que sugiram que a distinção entre episódios de compulsão mais longos ou mais curtos apresenta utilidade clínica (16). O conceito de “grande quantidade” tem também sido difícil de definir, pelo que a “perda de controlo” tem emergido como a característica mais saliente e característica do episódio bulímico (17). Os critérios de diagnóstico da BN do DSM-IV preconizam que os comportamentos compulsivos e compensatórios ocorrem pelo menos 2 vezes por semana durante 3 meses. Contudo, este cut-off não parece ser baseado na evidência e estudos atuais não suportam a distinção entre os indivíduos com episódios bulímicos uma vez por semana comparativamente aos que os apresentam duas vezes por semana (17).

Finalmente, o comportamento compensatório subdividido em purgativo ou não purgativo, parece não se justificar face aos dados atuais que não validam a subtipagem da BN (14), tendo sido sugeridos outros tipos de subtipagem.

4. IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO DA PERSONALIDADE NAS DOENÇAS DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR

Nas duas últimas décadas, houve um interesse crescente no estudo de diferentes aspetos clínicos e conceptuais da personalidade e na sua relação com as anomalias psiquiátricas de que as DCA são exemplo.

Um estudo feito em doentes com perturbações alimentares revelou que 30-38% da amostra tinham pelo menos uma patologia da personalidade de acordo com critérios DSM III ou DSM IV (18), tendo outro estudo revelado que a coocorrência de ambas as patologias é quatro vezes superior à ocorrência isolada da perturbação alimentar (19). O facto de cerca de um terço dos doentes com patologia alimentar preencher os critérios para a existência de pelo menos uma perturbação de personalidade, em contraste com os 5-10% da população em geral (20), demonstra a relevância da avaliação da personalidade nas DCA. Tal torna-se mais evidente ainda quando estudos realizados sobre os efeitos da personalidade nos sintomas, resposta ao tratamento e prognóstico das DCA, ainda que bastante limitados e com resultados inconsistentes, apontam no geral para um curso menos promissor com maior número de hospitalizações, agravamento psicossocial e fraca resposta ao tratamento.

Uma questão relevante a esclarecer é se as características de personalidade observadas antecedem o início das patologias alimentares ou se apenas estão correlacionadas e surgem como resultado do processo de adoecer.

5. PERSONALIDADE

A personalidade pode ser definida como um conjunto de características que conferem uma identidade e uma forma de relacionamento única para cada indivíduo (21). Tais características, resultantes da interação das disposições naturais com a experiência que o indivíduo vai tendo na tentativa do melhor ajuste possível ao meio ambiente, correspondem à forma desse indivíduo processar, guardar e responder aos estímulos externos a que é sujeito (21).

Com o objetivo de aperfeiçoar a compreensão sobre a personalidade, várias foram as teorias desenvolvidas para integrar os aspectos psicológicos da personalidade. No entanto, existem incoerências na identificação dos tipos de personalidade, seja ao utilizar a abordagem categorial (DSM) que agrupa a personalidade em *clusters/grupos* ou ao usar a dimensional que tenta medir os traços de personalidade (de que a ansiedade, hostilidade, impulsividade e autoconfiança são exemplo), como um *continuum*.

Neste sentido, compreende-se a existência de diferentes critérios de diagnóstico, tornando-se então importante ter sempre a consciência de que o método de diagnóstico utilizado influencia diretamente os resultados e a confiabilidade do estudo.

6. PERTURBAÇÕES DA PERSONALIDADE

Quando os traços de personalidade, definidos por Widiger e Rogers como “padrões persistentes de funcionamento de um determinado indivíduo”, são inflexíveis e de difícil adaptação ao mundo real com conseqüente comprometimento significativo do funcionamento psicossocial, podem constituir perturbações da personalidade e ser qualificados como um problema de saúde (22).

De acordo com o DSM-IV, uma perturbação da personalidade define-se como um “padrão persistente de vivência interna e comportamento que se desvia marcadamente das expectativas culturais esperadas para o indivíduo”.

Com raízes na genética, na infância e manifestações sintomáticas na adolescência e início da vida adulta, as perturbações de personalidade, de acordo com Jackson and Jovev (23), são caracterizadas pelo DSM-IV por “noções de inflexibilidade, estabilidade temporal e má adaptação”. Contudo, ainda que as perturbações de personalidade se caracterizem por serem temporariamente estáveis, as suas manifestações sintomáticas parecem poder variar em função de stressores biológicos e psicológicos, uso de substâncias como álcool e drogas, tratamento e maturidade (8).

A classificação atual das perturbações de personalidade tendo como base o DSM-IV (3), divide-as em três grandes grupos:

- Grupo A: Personalidade Paranoide, Esquizoide e Esquizotípica;
- Grupo B: Personalidade Antissocial, Borderline, Histriônica e Narcisista.
- Grupo C: Personalidade Evitante, Dependente e Obsessivo-compulsiva.

6.1 Perturbação Borderline da Personalidade

A PBP é abordada como uma psicopatologia moderna, sendo identificada no DSM - IV e também no CID – 10.

A definição da PBP inclui um padrão difuso, com início na idade adulta, de instabilidade das relações interpessoais e da autoimagem, associada a uma acentuada impulsividade presente em uma variedade de contextos (24). Ocorre em 2% a 3% da população geral e estima-se que ocorra em 11% das populações com perturbações de personalidade não hospitalizadas, 19% das populações hospitalizadas e 27% a 63% das populações com perturbações de personalidade, parecendo ocorrer aproximadamente três vezes mais em mulheres do que em homens (25).

Como estrutura fronteira entre a neurose e a psicose, a PBP tende a apresentar inúmeros sintomas, muitas vezes opostos entre si sob o ponto de vista das hipóteses diagnósticas, o que leva a incerteza e abordagens equívocas, tanto na intervenção psicoterapêutica como nas prescrições medicamentosas.

A tentativa de compreensão da perturbação referida tem como base as nomenclaturas e discussões teóricas sobre o tema que geram os critérios de diagnóstico seguidamente referidos, que assim assumem um papel imprescindível para um diagnóstico mais preciso.

6.1.1 Critérios de diagnóstico para a perturbação *borderline* da personalidade

CID-10

A Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial da Saúde (11) divide a perturbação de personalidade emocionalmente instável em dois subtipos:

F60.30: Tipo Impulsivo

- 1- O critério geral de perturbação da personalidade deve ser alcançado
- 2- Pelo menos três dos seguintes sintomas seguidamente referidos devem estar presentes, sendo obrigatória a presença do sintoma B:

- A. Tendência em agir impulsivamente, sem ter em consideração as consequências
- B. Tendência a ter um comportamento conflituoso, especialmente quando os atos violentos são contrariados ou criticados
- C. Tendência a explosões de raiva e violência, com incapacidade de controlar os resultados subsequentes
- D. Dificuldade em manter qualquer ação que não ofereça recompensa imediata
- E. Humor instável e caprichoso

F60.31 Tipo Borderline

- 1- O critério geral de perturbação da personalidade deve ser alcançado e pelo menos três dos sintomas mencionados no critério 2. do Tipo Impulsivo (F60.30) devem estar presentes.
- 2- Pelo menos dois dos sintomas abaixo devem estar presentes.

- A. Perturbações e incertezas sobre a autoimagem, metas e preferências internas (incluindo a sexualidade)
- B. Tendência a envolver-se em relações intensas e instáveis que levam sempre a crises emocionais
- C. Esforços excessivos para evitar o abandono
- D. Atos ou ameaças recorrentes de autoagressão ou suicídio
- E. Sentimentos crônicos de vazio

DSM – IV

A última versão do “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” (DSM-IV), define a PBP como “um padrão invasivo de instabilidade dos relacionamentos interpessoais, auto-imagem e afetos e acentuada impulsividade, que começa no início da idade adulta e está presente em uma variedade de situações”.

O diagnóstico requer cinco dos nove critérios listados no DSM que têm de estar presentes por um período de tempo significativo.

1. Esforços frenéticos para evitar o abandono, real ou imaginado (Não incluir o comportamento suicida ou de autoagressão incluído no critério 5).
2. Um padrão de relacionamentos interpessoais instável e intenso, caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização.
3. Perturbação da identidade: instabilidade acentuada e resistente da autoimagem ou do sentimento do *self* (si mesmo).
4. Impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente prejudiciais à própria pessoa (por ex., gastos financeiros, sexo, abuso de substâncias como drogas e bebidas, condução imprudente, comer compulsivamente, roubo compulsivo e patológico, entre outros.) (Não incluir comportamento suicida ou autoagressivo, incluídos no critério 5).
5. Recorrência de comportamentos, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento autoagressivo.
6. Instabilidade afetiva devido a uma acentuada reatividade do humor (por ex, episódios de intensa disforia, irritabilidade ou ansiedade que geralmente duram algumas horas e raramente mais de alguns dias).
7. Sentimentos crônicos de vazio.
8. Raiva inadequada e intensa ou dificuldade em a controlar (por ex, em lutas corporais recorrentes).
9. Ideação paranóide transitória (por ex, sentir-se perseguido) e relacionada com o *stress* ou sintomas dissociativos severos (por ex, a despersonalização e processos amnésicos intensos).

7. CURSO E PROGNÓSTICO DAS DOENÇAS DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR ASSOCIADAS À PERTURBAÇÃO *BORDERLINE* DA PERSONALIDADE

Estudos realizados sobre o efeito da personalidade nos sintomas, resposta ao tratamento e prognóstico das perturbações alimentares são, como já foi dito, bastante limitados e apresentam resultados inconsistentes.

Para indivíduos com BN, a presença de PBP parece estar associada a uma história de internamentos hospitalares mais frequentes, maior gravidade da psicopatologia, níveis mais baixos de funcionamento psicossocial global e aumento dos problemas interpessoais (26).

Contudo, um estudo prospectivo recente (27), revelou que o curso alimentar das DCA não parece ser significativamente influenciado pela presença ou severidade da PBP, estando essa mais associada ao curso dos sintomas psiquiátricos gerais ou ao funcionamento psicossocial das doenças alimentares do que aos próprios sintomas relacionados com o padrão alimentar (27).

Os traços de personalidade poderão ser melhores previsores da sintomatologia das alterações do comportamento alimentar (28). À luz destes fatos há até quem peça por uma maior consideração desses no desenvolvimento de classificações diagnósticas das patologias alimentares, uma vez que certos sintomas podem ter etiologias diferentes com diferentes significados consoante as características de personalidade com que se correlacionam (28). O tratamento seria dessa forma influenciado, refletindo que, por exemplo, o vômito tem diferentes significados para um super controlado com fobia ao aumento de peso ou para um doente desregulado e impulsivo (28).

No que diz respeito ao efeito das DCA na PBP, a BN foi associada a um risco significativamente maior de tentativas de suicídio recorrentes e a AN foi associada a um aumento do risco de recorrência de comportamentos autoagressivos sem suicídio, pelo que mulheres com PBP (cujas taxas de suicídio associadas ultrapassam os 10%), devem ser avaliadas para ambas as alterações do comportamento alimentar. Esta recomendação é ainda suportada pela evidência de que a ausência dessa co morbilidade parece aumentar as hipóteses de remissão da PBP (29).

8. TRATAMENTO

A terapia comportamental dialética (TCD), originalmente concebida para o tratamento da PBP (30,31), baseia-se em princípios cognitivo-comportamentais multimodais aplicados sob a alçada de uma epistemologia dialética com estratégias de cariz comportamental.

Atualmente, a American Psychiatric Association assume a TCD como o tratamento de regulação afetiva mais eficaz e empiricamente suportado para esse tipo de perturbação (32).

A lógica dialética para essa patologia baseia-se na sua aceitação pelos pacientes, ao mesmo tempo que faz uso das suas competências para modificar os comportamentos desapropriados através de técnicas comportamentais.

Apesar de inicialmente ter sido desenvolvida para subgrupos específicos de pacientes com alterações de personalidade *borderline* (pacientes com risco acrescido de comportamentos suicidas ou dependentes de substâncias), estudos recentes demonstram a eficácia da TCD para populações diagnosticadas com PBP associadas a DCA ou com um diagnóstico único de patologia alimentar, em adultos (33) ou adolescentes (34,35), ou para outras populações sem diagnóstico do eixo II (36-38).

8.1 Terapia comportamental dialética

A TCD para os casos de DCA pode seguir as modalidades individual ou de grupo, sendo o mais usual a iniciação com a terapia individual seguida da terapia de grupo. O número de sessões poderá variar, habitualmente entre 16 e 25 semanas (35,36).

A terapia deverá desenvolver-se hierarquicamente, de acordo com a severidade da psicopatologia que o paciente apresentar ao longo do tratamento (39). Assim, a terapia deverá iniciar-se com a diminuição dos comportamentos de risco, como a ideação suicida, e depois focalizar-se nos comportamentos que possam interferir na adesão e no sucesso do tratamento, de que são exemplo a recusa à pesagem ou o não preenchimento dos registos diários. Numa terceira fase, o tratamento deverá incidir na redução dos comportamentos associados à diminuição da qualidade de vida, ou seja, a restrição alimentar e as tentativas de fuga a eventos e lugares que estão de alguma forma associados à alimentação (39)

Finalmente, o tratamento deverá ter como objetivo capacitar os pacientes com um conjunto de estratégias comportamentais que lhes permitam regular de forma eficaz os efeitos negativos. Nessa fase existe um conjunto de módulos-chave, que serão seguidamente abordados, pelos quais os terapeutas dessa corrente se regem, nomeadamente “*Orientação para o modelo da TCD para a perturbação em causa, Treino de tolerância ao stress, Treino de competências (mindfulness), Treino de competências de regulação emocional e Treino de competências de eficácia interpessoal*” e, especificamente para as perturbações do espectro alimentar (40), módulos didáticos associados à alimentação e à imagem corporal.

8.1.1 Orientação para o modelo da TCD para a perturbação em causa

A componente didática comprometer-se-á a informar os pacientes sobre o papel das emoções na regulação dos episódios de compulsão, devendo nesse momento proceder-se também à análise da cadeia comportamental que subsidia cada episódio. Deverá completar-se essa análise com estratégias de resolução de problemas, com o reconhecimento das competências que o paciente já possui e que podem contribuir para uma mudança comportamental e das competências que deverá ainda desenvolver (40). Essa análise pressupõe que o paciente identifique os fatores que desencadeiam os comportamentos de ingestão alimentar excessiva e os fatores que o tornaram vulnerável, assim como as emoções e as cognições associadas a essas condutas.

8.1.2 Treino de tolerância ao stress

Neste módulo o paciente treina estratégias que lhe permitam tolerar momentos ou situações que lhe causam ansiedade e *stress* significativo e que, por determinado motivo, não possam ser evitadas ou alteradas. O *self-soothing*, estratégias de distração, relaxamento diafragmático ou a aceitação da realidade (31,38) são estratégias comumente usadas. Essas estratégias têm como finalidade permitir que, perante um evento desestabilizador, esses indivíduos não sintam necessidade de recorrer ao ato purgativo ou à compulsão alimentar.

8.1.3 Treino de competências de atenção (*mindfulness*)

Com base nas práticas espirituais, o *mindfulness* poderá ser considerado a essência da TCD (40). Essa estratégia, uma vez praticada em contexto terapêutico e aplicada pelos pacientes na sua realidade contextual, permite-lhes experienciar emoções sem ocasionar comportamentos alimentares desajustados, levando a um equilíbrio entre a razão e a emoção que lhes possibilita vivenciar, observar e descrever uma experiência num determinado momento, num pleno equilíbrio entre a experiência emocional e o raciocínio lógico (40).

8.1.4 Treino de competências de regulação emocional

Através deste módulo pretende-se que os pacientes aprendam a identificar e a compreender as funções das próprias emoções e adquiram a capacidade de as diferenciar, aumentando a possibilidade de vivenciarem os eventos de forma mais positiva e a capacidade de modificarem as experiências emocionais quando tal lhes for necessário (40).

8.1.5 Treino de competências de eficácia interpessoal

O presente treino recorre a exercícios em que se ensaia e treina um conjunto de cenários prováveis no âmbito dos relacionamentos interpessoais e em que se pretende que os pacientes apresentem soluções de desenvolvimento adequadas.

De facto, os dilemas interpessoais são comuns na adolescência e justificam a inclusão desse módulo quando os pacientes se encontram, sobretudo, nessa faixa etária (34). Ao desenvolver essas capacidades interpessoais, reduz-se a possibilidade de ocorrência de conflitos que possam estar na gênese de comportamentos compulsivos e purgativos.

8.1.6 Acordo entre a alimentação e a imagem corporal

Esse módulo, introduzido por Salbach-Andrae *et al.* (35) para adolescentes com bulimia e anorexia nervosas, preconiza um componente educacional com respeito à alimentação (como a planificação das refeições, diferenças metabólicas entre indivíduos, efeitos da restrição alimentar, elaboração de um plano dietético equilibrado e diversificado) e aborda os principais mitos dessa população sobre as dietas e o controlo do peso. Esse componente aproxima-se da formulação transdiagnóstica de Fairburn *et al.* (41) para as DCA, que assume que uma distorção da imagem corporal poderá estar relacionada com o desenvolvimento, manutenção e reincidência dessas perturbações.

Assim, o paciente fica informado sobre o processo de formação da imagem negativa que tem de si e da insatisfação que detém sobre o seu aspeto físico. Exercícios de exposição a imagens corporais são realizados, de forma a reduzir a ansiedade e a atitude de evitar a confrontação com imagens do próprio corpo.

O terapeuta deverá então refugiar-se na reestruturação cognitiva para confrontar as distorções cognitivas sobre a alimentação e a imagem corporal, procurando substituir as cognições enviesadas por outras mais funcionais e realistas (35).

8.1.7 Eficácia da TCD

Embora a literatura demonstre uma relação significativa entre os atos de compulsão-purgação e uma regulação desajustada dos afetos negativos (42), apenas em 2001 Safer *et al.* (43) apresentaram o primeiro estudo controlado a evidenciar a eficácia da TCD para a bulimia nervosa.

De facto, os resultados demonstraram uma redução significativa do número de episódios compulsivos e dos atos purgativos quando se introduziu a fase 3 do tratamento, com os módulos-chave, comparativamente aos participantes em lista de espera. Evidenciaram ainda uma melhoria significativa da imagem corporal e redução da preocupação relativa à alimentação nos participantes da TCD (43).

Estudos *follow-up* de 3 e 6 meses demonstraram que 67% e 56% dos participantes, respectivamente, continuaram a não recorrer a comportamentos de ingestão compulsiva (43).

Um outro estudo, de Wilfley *et al.* (44), comparou a TCD com a Psicoterapia Interpessoal em terapia de grupo, para participantes com excesso de peso com comportamentos compulsivos frequentes. Os resultados não revelaram diferenças significativas entre as duas intervenções quando se avaliou o número de episódios no pós-tratamento.

Um estudo com vinte e quatro mulheres com PBP (9 com anorexia nervosa e 15 com bulimia nervosa) refratária a tratamentos hospitalares anteriores, admitidas em um programa de TCD adaptada, com pontos de avaliação no pré-tratamento, pós-tratamento e após 15 meses de seguimento, revelou uma taxa de remissão de 54% para a população bulímica e de 33% para os doentes com anorexia nervosa (45). No entanto, 44% das mulheres com anorexia nervosa mudaram para bulimia nervosa. Para as mulheres com anorexia nervosa, o peso médio não foi significativamente aumentado no pós-tratamento, mas melhorou no seguimento. Para as mulheres com bulimia nervosa, a frequência de episódios compulsivos foi reduzida no pós-tratamento e no acompanhamento. Autoavaliações sobre o padrão alimentar e psicopatologia geral, bem como avaliações sobre o funcionamento psicossocial global, foram significativamente melhores no pós-tratamento e no follow-up (45).

Embora estes resultados suportem a hipótese de que o programa de TCD adaptada seja um tratamento potencialmente eficaz para aqueles que não responderam a anteriores tratamentos hospitalares relacionados com patologias alimentares, as taxas de remissão e manutenção de psicopatologia alimentar sugerem que este tratamento carece ainda de aperfeiçoamento (45-50).

DISCUSSÃO

9. DOENÇAS DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR E PERTURBAÇÃO BORDERLINE DA PERSONALIDADE

Na população em geral, as perturbações da personalidade do grupo C parecem ser as mais comuns, com uma prevalência total de 17,1%, sendo seguidas pelas alterações da personalidade do grupo B, com a PBP, em 9,9% (18). No entanto, na AN do tipo purgativo e na BN, a PBP é a mais comum, estando presente em 25% e 28% dos casos, respetivamente, em contraste com 5-10% na população geral (24), o que permite conjecturar uma possível relação causal ou pelo menos uma interação entre as patologias.

De facto, a personalidade *Borderline* poderá estar relacionada com a génese de uma determinada doença alimentar e/ou com a sua expressão e a forma como se vai manifestando ao longo do seu curso (24).

É indiscutível no entanto a necessidade de se colocarem limitações nas especulações feitas quando vários fatores podem influenciar o diagnóstico das perturbações de personalidade nas populações estudadas (51). De facto, os indivíduos ativamente doentes poderão estar mais propensos a obter resultados mais elevados na determinação dessas patologias (a desnutrição pode por exemplo exagerar determinadas condutas que aumentam a taxa de comportamentos que mimetizam as perturbação de personalidade) e a idade pode ser um fator de confundimento quando doentes mais jovens ainda não acumularam experiência de vida suficiente que lhes permitam resultados positivos na avaliação da promiscuidade, tentativas de suicídio e caos interpessoal que caracterizam a PBP (51).

Em termos de desenvolvimento, acredita-se que as características temperamentais herdadas, influenciadas e moldadas pelo decurso da vida, sejam os antecedentes de uma perturbação da personalidade que surge assim como o resultado das influências genéticas e experiências de vida precoces (52-54). Desta forma, assumindo-se que as patologias da personalidade têm uma componente genética, essas teriam impreterivelmente de ser anteriores ao desenvolvimento de uma doença alimentar. É neste contexto que se torna relevante questionar se a perturbação da personalidade preexistente funciona como um fator de risco para o desenvolvimento da doença alimentar ou se apenas vai ser responsável pela modelação, a qualquer nível, do padrão da patologia alimentar (24, 55).

Num estudo recente de Distel and colleagues (56), a componente genética da PBP contribuiu para 42% das variações da patologia referida. Contudo, para além das influências genéticas, a perturbação *borderline* apresenta uma associação bastante forte com os abusos e maus tratos repetitivos na infância, sejam eles de carácter sexual, físico ou emocional (57). De facto, Zanarini and colleagues (58), encontraram numa amostra bastante ampla de indivíduos com PBP, uma história pregressa positiva de abuso ou negligência na infância em mais de 90%. Sem tratamento eficaz, esta experiência prévia pode vir a constituir um tema psicológico fulcral na vida adulta, onde os indivíduos outrora sujeitos a um ambiente abusivo, mantêm ou induzem essa exposição familiar e envolvem-se em comportamentos destrutivos. A autoagressão e/ou a solicitação de abuso por parte de terceiros pode ocorrer neste contexto e, ainda que geralmente inconscientes, esses comportamentos permanecem essenciais quando se caracterizam os indivíduos com PBP (57). Como resultado, um comportamento autodestrutivo crónico e impulsivo surge como evidência clínica fundamental da personalidade *borderline*, tendo sido inclusive descrito por Mack (59) como a especificidade comportamental desses indivíduos.

Dada a predileção por este tipo de ações impulsivas, a alteração *borderline* da personalidade pode ter tendência a associar-se a patologia alimentar caracterizada também por comportamentos impulsivos, de que são exemplo os vômitos autoinduzidos e o abuso de laxantes (60). Para além dos efeitos ao nível do corpo e do controlo do peso, estes comportamentos são por si só bastante autodestrutivos, sobretudo os comportamentos purgativos exagerados. Assim, os comportamentos de controlo do peso encontrados nas DCA com PBP poderão funcionar simultaneamente como reguladores do peso e equivalentes autoagressivos (61).

Esta linha de pensamento parece explicar a alta prevalência da patologia *borderline* em certos tipos de alterações do comportamento alimentar, nomeadamente na AN associada à compulsão-purgação e à BN do tipo purgativo.

Outras características presentes nos critérios de diagnóstico da PBP podem justificar o desenvolvimento da patologia alimentar impulsiva (61). De facto, as perturbações de identidade identificadas nesses indivíduos podem levar ao desenvolvimento de uma entidade definida, a de um indivíduo com doença alimentar. Instabilidade emocional, sentimentos crónicos de vazio e raiva inexplicada parecem também encaixar de um ponto de vista lógico na ingestão alimentar excessiva e descontrolada uma vez que a instabilidade humoral e os sentimentos crónicos de vazio

podem desencadear comportamentos de compulsão e purgação em que a purgação surge como tentativa de alívio das emoções negativas e a compulsão ajuda a dissipar os sentimentos de ansiedade e/ou raiva (62).

A relação que tem vindo a ser sugerida entre a PBP e as DCA pressupõe uma série de importantes implicações clínicas que devem ser tidas em consideração aquando da abordagem de uma patologia alimentar.

Em primeiro lugar, nem toda a sintomatologia psiquiátrica observada em pacientes com alterações alimentares se deve necessariamente ao padrão de alimentação patológico. Em indivíduos com perturbação da personalidade concomitante, grande parte da problemática exibida pelo comportamento interpessoal poderá ser da responsabilidade dessa alteração da personalidade (8).

Assim, no tratamento de uma mulher jovem com AN do tipo restritivo, a rigidez, a teimosia e a inflexibilidade que se podem manifestar e repercutir no plano de nutrição proposto, ainda que possam estar relacionadas com a alimentação patológica, terão como causa mais provável uma perturbação da personalidade subjacente (8). Da mesma forma, no que diz respeito ao tratamento de uma jovem com BN e comportamentos de automutilação, a atribuição dessa conduta autodestrutiva à patologia alimentar pode erradamente ocorrer, quando o mais provável é que surja como uma consequência da PBP subjacente (8).

Em todos os momentos da avaliação da DCA, a existência e os efeitos das perturbações da personalidade devem então ser ponderados. Para enfatizar este ponto, a terceira edição do “Guia de Prática Clínica para o Tratamento de pacientes com Perturbações Alimentares” (63) refere que, em todos os casos, a perturbação da personalidade e a sua extensão têm implicações para o tratamento.

Em segundo lugar, uma vez que uma grande parte da experiência interpessoal vivenciada por indivíduos com DCA e perturbação da personalidade é regida pela última (8), cujas manifestações sintomáticas são temporalmente estáveis, é pouco provável que esses sintomas se resolvam dramaticamente num curto prazo de tempo. Este conceito é também abordado no “Guia de Prática Clínica para o Tratamento de pacientes com Perturbações Alimentares” (63) que revela que “a presença de uma perturbação da personalidade concomitante dita a necessidade de terapia a longo prazo que incida sobre a alteração de personalidade subjacente ”

Em terceiro lugar, é importante ter em consideração que a presença de perturbações da personalidade geralmente resulta em respostas gerais ao tratamento

menos satisfatórias (64). Curiosamente, tal como já foi referido, alguns estudos indicam resultados menos favoráveis no tratamento da sintomatologia da patologia alimentar, enquanto outros relatam uma melhoria do padrão alimentar comparável aos indivíduos sem patologia do eixo II, mas com evidência de psicopatologia relacionada com a persistência da alteração da personalidade (65).

Bruce e Steiger (65) resumiram os dados descritos, referindo que as perturbações de personalidade, em geral, afetam negativamente o resultado das DCA.

É prudente estar atento e compreender que as perturbações de personalidade têm um curso longo e não existem medicamentos psicotrópicos, nem correções de psicoterapia rápidas ou abordagens interpessoais específicas que possam diminuir totalmente o impacto da patologia da personalidade, pelo que o seu tratamento deverá residir numa psicoterapia de longa duração realizada em conjunto com o tratamento das DCA.

As psicoterapias mais comuns e amplamente desenvolvidas para o tratamento das perturbações referidas focam-se, sobretudo, nos seus fatores de manutenção e persistência.

De facto, a terapia cognitivo-comportamental para a BN desenvolve-se em torno do incumprimento da restrição alimentar a que se submetem, enquanto a psicoterapia interpessoal para a mesma patologia se centra nos problemas interpessoais que esses indivíduos apresentam (66).

A premissa sobre a qual a TCD se sustenta, defende que os comportamentos alimentares inapropriados funcionam como modeladores de uma intolerância a determinados estados afetivos em indivíduos com estratégias de regulação afetiva pouco adaptativas (30). Por outras palavras, os fatores de persistência das DCA, nomeadamente a distorção da imagem corporal, a baixa autoestima, os problemas relacionais, os níveis exacerbados de perfeccionismo ou problemas na superação de tarefas, são mediados pelos efeitos das respostas emocionais e pela incapacidade que esses indivíduos apresentam em lidar com essas mesmas emoções. Assim, os comportamentos bulímicos são encarados como o resultado de tentativas de abstração de emoções aversivas ativadas por pensamentos relativos à alimentação, à imagem corporal, ao perfeccionismo ou por problemas de relacionamento interpessoal (66).

Inicialmente, os comportamentos alimentares compulsivos funcionam como uma fuga a respostas fisiológicas indesejadas, atenuando o *stress* e evitando os pensamentos associados ao mal-estar que resultam da incapacidade de enfrentar as emoções negativas. A longo prazo, esses comportamentos resultam em emoções secundárias desagradáveis e mal toleradas, como a vergonha, que promovem novamente atos alimentares desajustados (66).

Dessa forma, Wiser e Telch (67), Waller (68) e, mais recentemente, Chen e Linehan (66), concluem que a TCD, até então desenvolvida para os comportamentos de risco de pacientes *borderline*, baseada na ineficácia que esses indivíduos apresentam ao gerir afetos com uma valência negativa, poderia ser um modelo para os comportamentos inapropriados de pacientes diagnosticados com uma patologia alimentar. A TCD assume-se assim com o intuito de ajudar os pacientes a regularem de forma mais efetiva uma vasta gama de emoções negativas que, até então, predispunham aos atos de compulsão-purgação (34).

Os dados empíricos parecem apontar para a eficácia, pelo menos a curto prazo, da TCD para as populações bulímicas. Contudo, analisando-se os resultados sobre a eficácia da TCD comparada com outras intervenções existentes e o aumento relativo do número de episódios alimentares desapropriados em momentos do *follow-up*, compreende-se a necessidade de mais estudos sobre a efetividade da TCD para essas populações que incidam sobretudo nos mecanismos de reincidência desses comportamentos alimentares desajustados uma vez que as atuais formulações teóricas não os contemplam.

10. TEORIAS BIOLÓGICAS

Discutindo-se a possível associação entre as DCA e a PBP, parece interessante apresentar mecanismos biológicos estudados que podem de alguma forma justificar a coocorrência das perturbações abordadas.

10.1 MAO plaquetária

A atividade da MAO plaquetária, reduzida nas DCA (69), parece ser significativamente menor nos pacientes com patologia do comportamento alimentar e PBP, comparativamente com os que não apresentam essa patologia de personalidade. De facto, a atividade da MAO plaquetária parece estar significativa e inversamente relacionada com o número e gravidade das manifestações clínicas da PBP (69,70).

A MAO plaquetária é classicamente considerada como um índice da atividade da serotonina no cérebro, uma vez que se correlaciona com a concentração de ácido 5-hidroxi-indolacético no líquido cefalorraquidiano e com os níveis de prolactina. Por sua vez, os traços de personalidade borderline parecem estar frequentemente associados a marcada disfunção de serotonina (71).

Tem sido assim proposto que a baixa atividade da MAO plaquetária reflete alterações nos níveis de neurotransmissores biológicos e está associada à desregulação impulsiva, sensibilidade interpessoal e ansiedade social, funcionando como um marcador de vulnerabilidade para a psicopatologia comportamental (72-75).

A correlação da atividade da MAO das plaquetas com a gravidade dos sintomas *borderline* e a evidência de resposta ao tratamento com inibidores seletivos da captação de serotonina nos bulímicos apoia ainda mais a associação específica entre a atividade da MAO plaquetária e a PBP, muito presente na bulimia nervosa (69,70,73,75).

Em suma, a redução da MAO plaquetária pode ser a sinalização de um grupo de patologias alimentares correlacionado com traços *Borderline* e disfunção severa da serotonina. É de salientar a importância destes achados, uma vez que os pacientes que apresentam tal redução podem exibir um percurso mais desfavorável com necessidade de tratamento distinto.

10.2 Níveis plasmáticos de leptina

Em comparação com mulheres saudáveis, estudos revelam que as pacientes com AN de baixo peso e BN com peso normal apresentam diminuição dos níveis plasmáticos de leptina (76,77,78).

Em bulímicos, a leptina foi inversamente correlacionada com a duração da doença e frequência de compulsão/purgação uma vez que se verificou que o grupo de bulímicos que apresentava concentrações de leptina plasmática idênticas às dos anoréticos tinha uma duração significativamente mais longa da doença e uma maior frequência de ingestão compulsiva/ vômitos (79). É de salientar neste contexto que um maior número de pacientes com a co ocorrência da PBP foi encontrado no subgrupo de bulímicos com baixas concentrações de leptina (80).

Estes resultados suportam a ideia de que outros fatores, que não as mudanças de peso corporal, podem prejudicar profundamente a secreção de leptina em pacientes com bulimia nervosa, uma vez que existe um grupo de bulímicos que hiposecreta leptina apesar do índice de massa corporal não apresentar alterações significativas (80).

Embora atualmente esta especulação não possa ser confirmada, acredita-se que a correlação inversa entre os níveis de leptina e a duração e a frequência da compulsão/vômitos na doença, seja o reflexo de mudanças significativas nos parâmetros nutricionais e/ou padrões alimentares (80). É de evidenciar que os bulímicos, apesar da grande ingestão calórica durante os episódios de compulsão, regurgitam uma quantidade relativamente grande de calorias através dos vômitos a fim de reduzir a sua ingestão calórica diária. A ingestão calórica abaixo dos requisitos normais, mesmo sem nenhuma perda de massa gorda, pode assim ter um impacto sobre a síntese de leptina. Além disso, embora a BN não seja caracterizada por desnutrição e caquexia como a AN, a seleção de alimentos incorreta a que se associa pode conduzir a falta de certos macro/ micro nutrientes na dieta que podem afetar a produção de leptina (81).

11. CONCLUSÃO

A AN e a BN, cuja prevalência em mulheres jovens se estima ser de cerca de 0.3% e 1% respectivamente, suscita interesse na atualidade por parte dos profissionais de saúde devido aos significativos graus de morbidade e mortalidade a que se encontram associados e às dificuldades no seu tratamento.

A PBP caracteriza-se por atos de impulsividade, comportamento autoagressivo, instabilidade emocional, sentimentos crónicos de vazio e raiva inexplicada, medo do abandono, relações interpessoais instáveis e sintomas quase psicóticos induzidos pelo *stress* e está presente, segundo estudos realizados, em 25% dos casos de AN do tipo purgativo e 28% dos casos de BN, em contraste com 5-10% na população geral.

A PBP parece assim estar relacionada com a génese de uma determinada doença alimentar e/ou com a sua expressão e a forma como se vai manifestando ao longo do seu curso.

Dada a predileção por ações impulsivas, a alteração *borderline* da personalidade parece ter tendência a associar-se à patologia alimentar caracterizada também por comportamentos impulsivos, como vômitos autoinduzidos e abuso de laxantes, que funcionam simultaneamente como reguladores do peso e equivalentes autodestrutivos, o que se correlaciona positivamente com o comportamento autoagressivo que também caracteriza a perturbação *borderline*.

Esta linha de pensamento parece explicar a alta prevalência da patologia *borderline* em certos tipos de alterações do comportamento alimentar, nomeadamente na AN associada à compulsão-purgação e à BN do tipo purgativo.

Instabilidade emocional, sentimentos crónicos de vazio e raiva inexplicada encaixam também de um ponto de vista lógico na ingestão alimentar excessiva e descontrolada quando se encara a purgação como uma tentativa de alívio das emoções negativas e a compulsão como forma de dissipar os sentimentos de vazio, ansiedade e/ou raiva.

A relação sugerida entre as DCA e A PBP pressupõe importantes implicações clínicas que devem ser tidas em consideração aquando da abordagem e do tratamento. Bruce e Steiger sumarizaram os dados descritos, referindo que as perturbações de personalidade, em geral, afetam negativamente o resultado da patologia alimentar.

É prudente compreender que as perturbações de personalidade têm um curso longo e não existem medicamentos psicotrópicos, estratégias psicoterapêuticas rápidas ou abordagens interpessoais específicas que possam diminuir totalmente o impacto da patologia da personalidade, preconizando-se que o seu tratamento resida numa psicoterapia de longa duração realizada em conjunto com o tratamento da patologia alimentar.

Apesar de ter sido inicialmente desenvolvida para subgrupos específicos de pacientes com alterações de personalidade *borderline*, estudos recentes demonstram a eficácia da TCD para as populações diagnosticadas simultaneamente com PBP e DCA.

A premissa sobre a qual se sustenta a terapia em questão, assumida atualmente pela American Psychiatric Association como o tratamento de regulação afetiva mais eficaz e empiricamente suportado para PBP, defende que os comportamentos alimentares inapropriados operam como modeladores de uma intolerância a determinados estados emocionais, em indivíduos previamente suscetíveis, que possuem estratégias de regulação afetiva pouco adaptativas.

Apesar de promissores, os resultados favoráveis da TCD a longo prazo nem sempre se verificam, justificando-se a necessidade de mais estudos sobre a sua eficácia.

Diferentes mecanismos biológicos tentam correlacionar a co ocorrência das DCA e PBP. De facto, a redução da MAO plaquetária pode ser a sinalização de um grupo de patologias alimentares caracterizadas por traços *borderline* e disfunção severa da serotonina. Por outro lado, um maior número de pacientes com co ocorrência de PBP foi encontrado em bulímicos com baixas concentrações de leptina.

A associação entre as DCA e a PBP parece então ser inegável e passível de condicionar o curso e o tratamento de ambas as patologias, merecendo o interesse dos profissionais de saúde e a realização de futuros estudos que ambicionem auxiliar na identificação correta dos pacientes que manifestam as perturbações referidas em simultâneo e possibilitem o desenvolvimento de estratégias de tratamento específicas e apropriadas para um desfecho mais favorável.

REFERÊNCIAS

- (1) Doyle J, Bryant-Waught R. Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders in Childhood and Adolescence. Psychology Press, East Sussex, UK, 2nd ed. 2000; p.41-61.
- (2) Mazzeo SE, Bulik CM. Environmental and genetic risk factors for eating disorders: what the clinician needs to know. *Child Adolesc Clin North Am.* 2009;18:67–82.
- (3) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC. 1994
- (4) Hoek HW, Van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eating Disord.* 2003;34:383-396.
- (5) American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 4th ed., text revision. Washington, DC. 2000.
- (6) Striegel-Moore RH, Dohm FA, Kraemer HC, et al. Eating disorders in white and black women. *Am J Psychiatry.* 2003; 160:1326-1331.
- (7) Crago M, Shisslak CM, Estes LS. Eating disturbances among American minority groups: a review. *Int J Eating Disord.* 1996;19: 239-248.
- (8) Randy A, Sansone MD, Lori A. Personality Disorders as Risk Factors for Eating Disorders: Clinical Implications. *Nutr Clin Pract.* 2010; 25: 116
- (9) Striegel-Moore RH, Bulik CM. Risk factors for eating disorders. *AmPsychol.* 2007; 62:181–198.
- (10) Garfinkel PE, Garner DM. Anorexia Nervosa: a Multidimensional Perspective. Brunner-Mazel, New York, 1982.
- (11) World Health Organization International Classification of Diseases and Health Related Problems, 1993

- (12) Mitchell JE, Crow S, Peterson CB, Wonderlich S, Crosby RD. Feeding, Laboratory Studies in Patients with Eating Disorders: a review. *International Journal of Eating Disorders*.1998; 24: 115-24,
- (13) Andersen AE, Bowers WA, Watson T. A slimming program for eating disorders not otherwise specified. Reconceptualizing a confusing, residual diagnostic category. *Psychiatr Clin North Am*. 2001;24:271
- (14) Franko DL, Wonderlich SA, Little D, Herzog DB. Diagnosis and classification of eating disorders: What's new. 2004
- (15) Eddy KT, Keel PK, Dorer DJ, Delinsky SS, Franko DL, Herzog DB. Longitudinal comparison of anorexia nervosa subtypes. *Int J Eat Disord* 2002;31: 191–201
- (16) Devlin MJ, Goldfein JA, Dobrow I. What is this thing called BED? Current status of binge eating disorder nosology. *Int J Eat Disord*. 2003; 34(Suppl): S2 –S18.
- (17) Mond J, Hay P, Rodgers B, Owen C, Crosby R, Mitchell J. Use of extreme weight control behaviors with and without binge eating in a community sample: Implications for the classification of bulimic-type eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2006; 39:294– 302.
- (18) Godt K. Personality disorders in 545 patients with eating disorders. *Eur Eat Disord Rev*. 2008;16:94– 99.
- (19) Grilo CM, Sanislow CA, Skodol AE, Gunderson JG, Stout RL, Shea MT, et al. Do eating disorders co-occur with personality disorders? Comparison groups matter. *International Journal of Eating Disorders*, 2003; 33
- (20) Ellison JM, Shader RI. Pharmacologic treatment of personality disorders: a dimensional approach. *Manual of Psychiatric Therapeutics*. 2003; 169– 183.
- (21) Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*. 1993; 44, 975–990.
- (22) Tredget JE. The aetiology, presentation and treatment of personality disorders. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2001; 8(4):347-56.

- (23) Jackson HJ, Jovev M. Personality disorder constructs and conceptualizations. In: Sansone RA, Levitt JL, eds. *Personality Disorders and Eating Disorders: Exploring the Frontier*. 2006; 3-20.
- (24) Randy A, Sansone MD, Lori A. Personality pathology and its influence on eating disorders. *Innov Clin Neurosci*. 2011;8(3):14–18
- (25) Grant BF, Chon P, Goldstein RB, Huang B, Stinson FS, Saha TD, et al. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: Results from the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2008; 69:533– 537
- (26) Grilo CM, Sanislow CA, Shea MT, Skodol AE, Stout RL, Pagano ME, et al. The natural course of bulimia nervosa and eating disorder not otherwise specified is not influenced by personality disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 2003; 34, 319–330.
- (27) Grilo CM. Recent research of relationships among eating disorders and personality disorders. *Current Psychiatry Reports*. 2002; 4, 18 – 24.
- (28) Steiger H, Bruce K. Personality traits and disorders in anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder. In T. D. Brewerton (Ed.), *Clinical handbook of eating disorders: An integrated approach*. 2004; 209 – 230
- (29) Chen EU, Brown MZ, Harned MS, Linehan MM. A comparison of borderline personality disorder with and without eating disorders, *Psychiatry Research* . 2009; 86– 90
- (30) Bruce KR, Steiger H. Prognostic implications of personality disorders in eating disorders. In: Sansone RA, Levitt JL, eds. *Personality Disorders and Eating Disorders: Exploring the Frontier*. New York: Routledge; 2006:247-262.
- (31) Linehan MM. *Cognitive behavioral therapy of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press; 1993.
- (32) Linehan MM. *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press; 1993.
- (33) American Psychiatric Association. *Treating borderline personality disorder: a quick reference guide*. Washington DC: American Psychiatric Association; 2004.

- (34) Telch CF, Agras WS, Linehan MM. Group dialectical behavior therapy for binge eating disorder: A preliminary uncontrolled trial. *Behav Ther.* 2000; 31:569-82.
- (35) Safer DL, Lock J, Couturier JL. Dialectical behavioral therapy modified for adolescent binge eating disorder: A case report. *Cognitive and behavioral practice.* 2007;14:157-67.
- (36) Salbach-Andrae H, Bohnkamp I, Pfeiffer E, Lehmkühl U, Miller AL. Dialectical behavior therapy of anorexia and bulimia nervosa among adolescents: a case series. *Cognitive and behavioral practice.* 2008; 15:415-23.
- (37) Miller AL, Rathus JH, Linehan MM. *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents.* New York: Guilford Press; 2007.
- (38) Lynch TR, Morse JQ, Mendelson T, Robins CJ. Dialectical behavior therapy for depressed older adults: a randomized pilot study. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2003; 11(1):33-45.
- (39) Rathus JH, Miller AL. Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide Life Threat Behav.* 2002; 32(2):146-57.
- (40) Telch CF. Emotion regulation skills training treatment for binge eating disorder: Therapist manual. Unpublished manuscript; 1997.
- (41) Feigenbaum J. Dialectical behaviour therapy: An increasing evidence base. *Journal of Mental Health.* 2007; 16(1):51-68.
- (42) Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R. Cognitive behavior therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behav Res Ther.* 2003; 41:509-28.
- (43) Abreu CN, Cangelli R. Anorexia nervosa e bulimia nervosa: abordagem cognitivo-constitutivista de psicoterapia. *Rev Psiq Clin.* 2004; 31(4):177-83.
- (44) Safer DL, Telch CF, Agras WS. Dialectic behavior therapy for bulimia nervosa. *Am J Psychiatry.* 2001;158:632-4.

- (45) Wilfley D, Welch R, Stein R, Spurrell E, Cohen L, Saelens B, et al. A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge-eating disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59(7):713-21.
- (46) Kröger C, Schweiger U, Sipos V, Kliem S, Arnold R, Schunert T et al. Dialectical behaviour therapy and an added cognitive behavioural treatment module for eating disorders in women with borderline personality disorder and anorexia nervosa or bulimia nervosa who failed to respond to previous treatments. An open trial with a 15-month follow-up. *J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat.* 41. 2010; 381-388
- (47) Palmer R, Birchall H, Damani S, Gatward N, McGrain L, Parker L. A dialectical behavior therapy program for people with an eating disorder and borderline personality disorder: description and outcome. *International Journal of Eating Disorders*. 2003; 33, 281e286.
- (48) Mitchell JE, Halmi K, Wilson GT, Agras WS, Kraemer H, Crow S. A randomized secondary treatment study of women with bulimia nervosa who fail to respond to CBT. *International Journal of Eating Disorders*. 2002; 32, 271e281.
- (49) Swenson CR, Sanderson C, Dulit R, Linehan MM. The application of dialectical behaviour therapy for patients with borderline personality disorders on inpatient units. *Psychiatric Quarterly*. 2011; 72, 307e324.
- (50) Telch C, Agras WS, Linehan MM. Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2001; 69, 1061e1065.
- (51) Sansone RA, Levitt JL, Sansone LA. The Prevalence of Personality Disorders Among Those with Eating Disorders, *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*. 2004; 13:1, 7-21
- (52) Rosenvinge JH, Martinussen M, Ostensen E. The comorbidity of eating disorders and personality disorders: A meta-analytic review of studies published between 1983 and 1998. *Eating and Weight Disorder*. 2000;5, 52–61.
- (53) Telch CF, Stice E. Psychiatric comorbidity in women with binge eating disorder: Prevalence rates from a nontreatment seeking sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1998; 66, 768–776.

- (54) Van Hanswijck de Jonge P, Van Furth EF, Lacey JH, Waller G. The prevalence of DSM-IV personality pathology among individuals with bulimia nervosa, binge eating disorder, and obesity. *Psychological Medicine*. 2003; 33, 1311–1317.
- (55) Steiger H, Bruce K. Personality traits and disorders in anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder. In T. D. Brewerton (Ed.), *Clinical handbook of eating disorders: An integrated approach*. 2004; 209–230
- (56) Distel MA, Trull TJ, Derom CA, et al. Heritability of borderline personality disorder features is similar across three countries. *Psychol Med*. 2008; 38:1219-1229.
- (57) Sansone RA, Sansone LA. Borderline personality disorder: the enigma. *Primary Care Rep*. 2000;6:219-226.
- (58) Zanarini MC, Williams AA, Lewis RE, et al. Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 1997; 154:1101-1106.
- (59) Mack J. *Borderline States: An Historical Perspective*. New York: Grune & Stratton; 1975.
- (60) Stice E. Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*. 2002; 128, 825–848.
- (61) Westen D, Harnden-Fischer J. Personality profiles in eating disorders: Rethinking the distinction between axis I and axis II. *American Journal of Psychiatry*. 2001; 158, 547–562.
- (62) Winship G, Hardy S. Perspectives on the prevalence and treatment of personality disorder. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2007;14(2):148-54.
- (63) American Psychiatric Association. *Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders*. 3rd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2006
- (64) Rossiter EM, Agras WS, Telch CF, Schneider JA. Cluster B personality disorder characteristics predict outcome in the treatment of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 1993; 13, 349–357.

- (65) Bruce KR, Steiger H. Prognostic implications of personality disorders in eating disorders. In: Sansone RA, Levitt JL, eds. *Personality Disorders and Eating Disorders: Exploring the Frontier*. New York: Routledge; 2006:247-262.
- (66) Chen EY, Linehan MM. Dialectical behavior therapy for eating disorders. In: Freeman A, editor. *Encyclopedia of cognitive behavior therapy*. New York: Springer; 2005.
- (67) Wisner S, Telch CF. Dialectical behavior therapy for binge-eating disorder. *J Clin Psychol*. 1999;55:755-68.
- (68) Waller G. The psychology of binge eating. In: CG Fairburn, KD Brownell, editors. *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook*. 2^a ed. New York: The Guilford Press; 2003, 98-102.
- (69) Verkes RJ, Pijl H, Meinders EA, Van Kempen GMJ. Borderline personality, impulsiveness and platelet monoamine measures in bulimia nervosa and recurrent suicidal behavior. *Biological Psychiatry*. 1996;173-180.
- (70) Soloff PH, Cornelius J, Foglia J, George A, Perel JM. Platelet MAO in borderline personality disorder. *Biological Psychiatry*. 1991; 29 (5), 499-502.
- (71) Kleinman JE, Potkin SG, Rogola A. A correlation between platelet monoamine oxidase activity and plasma prolactin concentrations in man. *Science* . 1979; 206, 479-481.
- (72) Liebowitz MR, Quitkin FM, Stewart JW, McGrath PJ, Harrison W, Rabkin J et al. Phenelzine v imipramine in atypical depression. A preliminary report. *Archives of General Psychiatry*. 1984; 41 (7), 669-677.
- (73) Carrasco JL, Hollander E, Schneier FR, Liebowitz MR. Treatment outcome of obsessive compulsive disorder with comorbid social phobia. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 1992; 11, 387-391.
- (74) Coccaro EF, Siever LJ. The neuropsychopharmacology of personality disorders. In: Bloom, F.E., Kupfer, D.J. (Eds.), *Fourth Generation in Progress*. 1995; 1567-1579.
- (75) Barrat E. Anxiety and Impulsiveness: Toward a neuropsychological model. In: Spielberg, E. (Ed.), *Anxiety: Current Trends in Theory and Research*. 1972

- (76) Monteleone P, Di Lieto A, Tortorella A, Longobardi N, Maj M. Circulating leptin in patients with anorexia nervosa, bulimia nervosa or binge-eating disorder: relationship to body weight, eating patterns, psychopathology and endocrine changes. *Psychiatry Res.* 2000;94: 121–9.
- (77) Monteleone P, Bortolotti F, Fabrazzo M, La Rocca A, Fuschino A, Maj M. Plasma leptin response to acute fasting and refeeding in untreated women with bulimia nervosa. *J Clin Endocrinol Metab.* 2000;85: 2499–503.
- (78) Brewerton TD, Lesem MD, Kennedy A, Garvey WT. Reduced plasma leptin concentrations in bulimia nervosa. *Psychoneuroendocrinology* 2000; 25:649–58.
- (79) Jimerson DC, Mantzoros C, Wolfe BE, Metzger BD. Decreased serum leptin in bulimia nervosa. *J Clin Endocrinol Metab.* 2000; 85:4511–4.
- (80) Palmiero monteleone, md, vassilis martiadis, md, barbara colurcio, md, and mario maj, md, phd Leptin Secretion Is Related to Chronicity and Severity of the Illness in Bulimia Nervosa, *Psychosomatic Medicine* 2002; 64:874–879
- (81) Coleman RA, Herrmann TS. Nutritional regulation of leptin in humans. *Diabetologia* 1999; 42:639– 46.

ANEXO

INDICAÇÃO A AUTORES

A revista 'PSIQUIATRIA CLÍNICA' publica artigos originais na área da Psiquiatria e Saúde Mental, escritos em português, em conformidade com as seguintes categorias: [1] artigos originais; [2] artigos de revisão; [3] casos clínicos; [4] cartas ao editor, [5] artigos especiais por convite. Os manuscritos devem ser enviados para o endereço electrónico psiqdir@huc.min-saude.pt, ao cuidado do Editor da Revista 'Psiquiatria Clínica', em formato Microsoft Word, aceitando-se anexos (p.e. imagens, tabelas) em formato JPEG ou Microsoft Excel. Além do título do artigo, em português e em inglês, e da categoria de manuscrito escolhida, deverá ser indicado o nome dos autores, suas qualificações e filiações profissionais. Um autor deverá ser indicado como responsável pela correspondência, constando como contactos morada profissional, telefone e endereço electrónico.

Os artigos devem ser acompanhados de um resumo, contendo uma descrição clara e concisa do artigo, que não deve exceder um limite de 200 palavras. Deverão ser indicadas palavras-chave, em número máximo de 4, que reflectam o conteúdo do manuscrito. Recomenda-se o uso de termos 'Medical Subject Headings', do Index Medicus. Resumos e palavras-chave deverão ser redigidos em 2 versões: português e inglês. Relativamente ao idioma do texto do artigo, serão aceites contribuições em português ou inglês. A estrutura dos Artigos Originais e de Revisão deverá ser organizada segundo as secções: (1) Introdução, (2) Métodos, (3) Resultados, (4) Discussão, (5) Conclusões. Os Casos Clínicos deverão estruturar-se como: (1) Introdução, (2) Caso Clínico, (3) Discussão. A dimensão dos manuscritos, excluindo resumo e referências, deverá respeitar os seguintes limites de palavras: Artigos Originais – 5000, Artigos de Revisão – 8500, Casos Clínicos – 2500, Cartas ao Editor – 750.

As referências bibliográficas deverão adoptar as normas para publicação segundo o estilo Vancouver, do Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (vide http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html), sendo citadas no texto por números árabes consecutivos, entre parêntesis, inseridos por ordem de entrada. A título de exemplo:

(1) Vaz-Serra A. A vulnerabilidade ao Stress. *Psiquiatria Clínica*. 2000; 20(4): 261-278.

A submissão de um manuscrito à revista implica a sua originalidade, nomeadamente que o trabalho em questão não tenha sido anteriormente publicado, ou que não tenha sido submetido em simultâneo a outros periódicos científicos.

Os artigos publicados serão da exclusiva responsabilidade dos autores. após a sua aceitação e publicação na revista 'Psiquiatria Clínica' tornar-se-ão propriedade desta, e a sua reprodução, total ou parcial, só poderá ser feita com autorização prévia do Editor. Estão salvaguardadas, como excepção, breves citações de texto utilizadas na elaboração de outros artigos científicos.

Os artigos submetidos serão avaliados pelo conselho editorial, que apreciará a sua conformidade com a linha editorial da 'Psiquiatria Clínica'. Caso seja assinalada a necessidade de revisão, os pareceres serão comunicados aos autores, que deverão proceder às necessárias modificações antes de resubmeter o artigo. A revista não garante a publicação de todos os artigos que lhe sejam entregues, pelo que, em caso de rejeição do manuscrito, o mesmo será devolvido aos autores.



- HOME PAGE
- A REVISTA
- CONTACTOS
- ASSINATURAS
- INDICAÇÃO A AUTORES
- REVISTA EM FULL-TEXT
- ARQUIVO DE ABSTRACTS
- PATROCINIOS

A revista "PSIQUIATRIA CLÍNICA" publica artigos originais na área da Psiquiatria e Saúde Mental, escritos em português, em conformidade com as seguintes categorias: [1] artigos originais; [2] artigos de revisão; [3] casos clínicos; [4] cartas ao editor; [5] artigos especiais por convite.

Os manuscritos devem ser enviados para o endereço electrónico psiqdir@huc.min-saude.pt, ao cuidado do Editor da Revista "Psiquiatria Clínica", em formato Microsoft Word, incluindo-se anexos (p.e. imagens, tabelas) em formato JPEG ou Microsoft Excel. Além do título do artigo, em português e em inglês, e da categoria de manuscrito escolhida, deverá ser indicado o nome dos autores, suas qualificações e filiações profissionais. Um autor deverá ser indicado como responsável pela correspondência, constando como contactos morada profissional, telefone e endereço electrónico.

Os artigos devem ser acompanhados de um resumo, contendo uma descrição clara e concisa do artigo, que não deve exceder um limite de 200 palavras. Deverão ser indicadas palavras-chave, em número máximo de 4, que reflectam o conteúdo do manuscrito. Recomenda-se o uso de termos "Medical Subject Headings" do Index Medicus. Resumos e palavras-chave deverão ser redigidos em 2 versões: português e inglês. Relativamente ao idioma do texto do artigo, serão aceites contribuições em português ou inglês.

A estrutura dos Artigos Originais e de Revisão deverá ser organizada segundo as secções: (1) Introdução, (2) Métodos, (3) Resultados, (4) Discussão, (5) Conclusões. Os Casos Clínicos deverão estruturar-se como: (1) Introdução, (2) Caso Clínico, (3) Discussão. A dimensão dos manuscritos, incluindo resumo e referências, deverá respeitar os seguintes limites de palavras: Artigos Originais - 3000, Artigos de Revisão - 8500, Casos Clínicos - 2500, Cartas ao Editor - 750.

As referências bibliográficas deverão adoptar as normas para publicação segundo o estilo Vancouver, do Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (vide http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html), sendo citadas no texto por números árabes consecutivos, entre parêntesis, inseridos por ordem de entrada. A título de exemplo:

(1) Vaz-Serra A. A vulnerabilidade ao Stress. *Psiquiatria Clínica*. 2000; 20(1): 361-378.

A admissão de um manuscrito à revista implica a sua originalidade, nomeadamente que o trabalho em questão não tenha sido anteriormente publicado, ou que não tenha sido submetido em simultâneo a outros periódicos científicos. Os artigos publicados serão da exclusiva responsabilidade dos autores, após a sua aceitação e publicação na revista "Psiquiatria Clínica" tornar-se-ão propriedade desta, e a sua reprodução, total ou parcial, só poderá ser feita com autorização prévia do Editor. Esto salvaguardadas, como excepção, breves citações de texto utilizadas na elaboração de outros artigos científicos. Os artigos submetidos serão avaliados pelo conselho editorial, que apreciará a sua conformidade com a linha editorial da "Psiquiatria Clínica". Caso seja assinalada a necessidade de revisão, os pareceres serão comunicados aos autores, que deverão proceder às necessárias modificações antes de resubmeter o artigo. A revista não garante a publicação de todos os artigos que lhe sejam entregues, pelo que, em caso de rejeição do manuscrito, o mesmo será devolvido aos autores.