



BULIMIA E AUTO-MUTILAÇÕES

Uma Perspectiva Psicodinâmica

GILDA CRISTINA NUNES DE PAIVA MIRANDA

Aluna da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Filha de

Cristina Maria da Costa Ferreira Nunes de Paiva

e

Gil Augusto de Jesus Miranda

Residente em

Rua Carminé Miranda, Lote B, 1º B

3045-034 Coimbra



Agradecimentos

Ao meu companheiro, o meu suporte

À minha família, a minha base

Aos meus amigos, a minha energia

Ao meu tutor, o meu guia

À Lena e ao tio Horácio, os meus guardiões

Sou um evadido.

Logo que nasci

Fecharam-me em mim,

Ah, mas eu fugi.

Se a gente se cansa

Do mesmo lugar,

Do mesmo ser

Por que não se cansar?

Minha alma procura-me

Mas eu ando a monte,

Oxalá que ela

Nunca me encontre.

Ser um é cadeia,

Ser eu não é ser.

Viverei fugindo

Mas vivo a valer.

Sou um evadido, Fernando Pessoa



ÍNDICE

RESUMO	5
ABSTRACT	5
LISTA DE ABREVIATURAS	6
ÍNDICE DE FIGURAS	7
ÍNDICE DE TABELAS	7
OBJECTIVO	8
METODOLOGIA	8
BULIMIA NERVOSA – NOÇÕES	9
Etimologia e História	9
Epidemiologia	10
Critérios de Diagnóstico para a Bulimia Nervosa (DSM-IV-TR)	11
Clínica e Curso da Doença	12
Características e Distúrbios Associados	14
AUTO-MUTILAÇÕES – NOÇÕES	16
Etimologia e História	16
Epidemiologia	21
BULIMIA E AUTO-MUTILAÇÕES	22
TIPOS DE COMPORTAMENTOS AUTO-LESIVOS NA BULIMIA NERVOSA	24
Epidemiologia	26
BULIMIA E AUTO-MUTILAÇÕES: PSICODINÂMICA	28
Factores Predisponentes	29
Impulsividade	29
Dissociação	33
Agressividade	34



Controlo	36
Desregulação Afectiva	37
Auto-crítica e Punição	37
Depressão, Ansiedade e Tendências Suicidas	38
Comorbilidade Psiquiátrica e Distúrbios de Personalidade	39
• Personalidade <i>Borderline</i>	41
• Traços Narcísicos	46
• Traços Obsessivo-Compulsivos	47
Factores Precipitantes	48
Trauma	48
Ambiente Familiar	50
Abuso de Substâncias	50
O Papel da Dor	51
BULIMIA NERVOSA, AUTO-MUTILAÇÕES E COMPORTAMENTO SUICIDÁRIO....	54
Mortalidade.....	60
CONCLUSÕES.....	61
REFERÊNCIAS	64

**RESUMO**

Diversos estudos sugerem uma associação entre Distúrbios Alimentares e Auto-Mutilações. A sua maioria foca principalmente a Anorexia Nervosa, deixando um vazio no que diz respeito à Bulimia Nervosa. Por outro lado, são várias as opiniões que defendem que as Auto-Mutilações ocorrem apenas em doentes com Distúrbio de Personalidade *Borderline*. Este trabalho de revisão visa preencher a lacuna no que diz respeito à ligação ente a Bulimia Nervosa e Comportamentos Auto-Lesivos, incluindo Comportamento Suicidário, averiguando a relação psicodinâmica entre estes distúrbios. Simultaneamente, permitirá também perceber se é necessário o diagnóstico de Personalidade *Borderline* para que a auto-lesão ocorra ou se então as características desse distúrbio da personalidade também se relacionam com ambas as entidades.

ABSTRACT

Several studies suggest an association between Eating Disorders and Self-Mutilation. The majority focus mainly Anorexia Nervosa leaving a void regarding Bulimia Nervosa. On the other hand, many authors argue that deliberate self-harm only occurs in patients with Borderline Personality Disorder. This review aims to fill in the gap about the connection between Bulimia Nervosa and Self-Injurious Behaviors, including Suicidal Behavior, by examining the psychodynamics between these disorders. Simultaneously, it will allow understanding if there is a need of a Borderline Personality diagnosis for self-injury to occur or if its features are also related to both those entities.

Palavras-chave / Key Words: bulimia nervosa, deliberate self-harm, eating disorders, impulsivity, personality pathology, psychiatric co-morbidity, self-injury, suicide



LISTA DE ABREVIATURAS

Bulimia Nervosa – BN

Cloninger's Temperament and Character Inventory - TCI

Comportamentos Auto-Lesivos – CAL

Cooperativeness – C

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM

Distúrbios Alimentares – DA

Distúrbio da Personalidade *Borderline* – DPB

Harm avoidance – HA

Novelty seeking – NS

Persistência - P

Personalidade *Borderline* – PB

Reward dependence – RD

Self-directedness – SD

Self-transcendence - ST



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Possíveis funções das auto-mutilações	19
Figura 2 - Modelo proposto por Svirko & Hawton para a etiologia da associação entre distúrbios alimentares e auto-mutilações	28
Figura 3 – Dinâmica entre traços de personalidade e Bulimia Nervosa (adaptado de Levitt, Sansone, & Cohn, 2007)	40
Figura 4 – Relação entre a psico-estrutura da Personalidade <i>Borderline</i> e vários traços de personalidade (adaptado de Levitt et al., 2007)	41
Figura 5 – Perspectiva feminina na Bulimia Nervosa e nas Auto-mutilações (adaptado de Levitt et al., 2007).....	54
Figura 6 – Taxas de mortalidade para todas as causas de mortalidade e suicídio em doentes avaliados para tratamento por Distúrbios Alimentares entre 1979 e 1997 (n=1885) (Crow et al., 2009).....	60

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Prevalência de comportamentos auto-lesivos, incluindo tentativas de suicídio, na Bulimia Nervosa (adaptado de Truglia et al., 2006).....	27
Tabela 2 - Prevalência de impulsividade à exceção de <i>binge</i> /purga em doentes com Distúrbios Alimentares e em doentes com Comportamentos Auto-Lesivos (adaptado de Truglia et al., 2006)	29
Tabela 3 – Prevalência de dissociação em doentes com Distúrbios Alimentares e em doentes com Comportamentos Auto-Lesivos (adaptado de Truglia et al., 2006).....	33
Tabela 4 - Prevalência de DPB ou traços de personalidade <i>Borderline</i> em doentes com Distúrbios Alimentares e em doentes com Comportamentos Auto-Lesivos (adaptado de Truglia et al., 2006).....	43
Tabela 5 – Prevalência de sintomas do espectro Obsessivo-Compulsivo em doentes com Distúrbios Alimentares e doentes com Comportamento Auto-Lesivo (adaptado de Truglia et al., 2006).....	47
Tabela 6 – Prevalência de experiências traumáticas em doentes com Distúrbios Alimentares e doentes com Comportamento Auto-Lesivo (adaptado de Truglia et al., 2006).....	48



OBJECTIVO

O objectivo deste artigo de revisão é averiguar, com base nas publicações e estudos publicados, se existe uma relação psicodinâmica entre Bulimia Nervosa e Auto-Mutilações, os moldes e extensão dessa associação, incluindo os Comportamentos Suicidários.

METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa sistemática de artigos publicados nas línguas inglesa, espanhola, francesa e portuguesa, seguindo a estrutura hierárquica dos 5 S conceptualizada por Haynes, que representa uma pirâmide com cinco níveis de organização da evidência. De acordo com este protótipo, a pesquisa inicia-se pelo último nível, *Systems* e posteriormente desce-se na pirâmide: *Summaries*, *Synopses*, *Syntheses* e, finalmente, *Studies*.

As bases de dados utilizadas na pesquisa foram a *Pubmed*, a *Cochrane Library* e a *Evidence Based Medicine*.

Os termos pesquisados foram “bulimia nervosa, deliberate self-harm, self-injury, eating disorders, impulsivity, personality pathology, psychiatric co-morbidity, suicide, aggressiveness, *borderline* personality,” isoladamente e em associação, mediante a progressão da pesquisa.



BULIMIA NERVOSA – NOÇÕES

Etimologia e História

A palavra bulimia deriva dos termos gregos *bous*, que significa boi e *limos*, que significa fome; o seu uso conjunto significa, portanto, uma *fome de boi*. Com um significado próximo do actualmente usado, existe desde a Antiguidade Clássica. Porém, só em 1979 passou a classificar uma síndrome autónoma.

Desde a Antiguidade que as atitudes purgativas são referidas como forma de “limpeza”. Segundo Herodotus, os egípcios praticavam todos os meses três dias consecutivos de emese e enemas. Hipócrates defendia dois dias seguidos de vômitos todos os meses. Cullen desenvolve dimensões desta doença no *Motherby's New Medical Dictionnary* de 1780. Nos primórdios do século XX, a bulimia começou a ser associada ao sexo feminino e a perturbações neuróticas, porém, apenas nas décadas de 50 e 60, alguns casos clínicos indiciavam uma variante de anorexia nervosa que tinha como característica crises de ingestão alimentar compulsiva. Neste século, esta variante denominada de diversas formas como *hiperorexia*, *hiperorexia nervosa*, *hiperfagia com vômitos* ou síndrome de Tântalo-Polifeno. Em 1976, Marlene Boskind-Lodahl nomeou a síndrome como *bulimarexia* e, em 1978, definiu-a como uma condição da mulher cuja imagem corporal está distorcida, com défice de auto-estima e que está aprisionada num comportamento alimentar cíclico com “*um incontornável desejo de comida de que consome grandes quantidades. Em seguida, purga-se a si própria livrando-se da comida por via de vômitos forçados (com frequência várias vezes por dia), jejuando, fazendo dieta, usando laxante,s abusando de anfetaminas.*” Foi, contudo, Russel que, em 1979, publicou um artigo tido hoje como a pedra basilar desta síndrome como entidade autónoma e designada por bulimia nervosa (Sampaio, Daniel; Bouça, Dulce; Carmo, Isabel, Jorge, 1999).



Epidemiologia

Estudos realizados entre 1996 e 2002, (Santonataso et al. (1996); Steinhausen, Winkler and Meier (1997); Nobakht and Dezhkam (2000); Gual et al. (2002) apontam para taxas de prevalência em raparigas em idade escolar entre 0,5% e 3,2%, de acordo com o DSM III-R ou o DSM IV. (Hoek & van Hoeken, 2003) Aliás, no que diz respeito ao género, a diferença de prevalência em diversos estudos parece ser grande, calculando-se entre 3 a 11 vezes superior no sexo feminino.

Considerando que as alterações da imagem corporal e as preocupações com o corpo são os primeiros sintomas da doença, esta terá início em idade escolar, na adolescência ou pré-adolescência. Por volta dessa idade descobrem o vômito auto-induzido e só mais tarde o uso de laxantes (Sampaio, Daniel; Bouça, Dulce; Carmo, Isabel, Jorge, 1999). Pesquisas confirmam que o grupo de maior risco corresponde a mulheres em idade fértil e tem-se assistido a um aumento significativo de novos casos de BN, nomeadamente neste grupo.

As taxas de incidência podem ser consideradas estimativas mínimas da taxa de incidência verdadeira, pela falta de dados, o tabu que envolve a BN, e sua menor percepção comparativamente à anorexia nervosa (Hoek & van Hoeken, 2003).

No que diz respeito à distribuição económico-social, os estudos são contraditórios (uns concluem que o maior número de doentes pertence a classes mais altas e outros a classes mais baixas). No entanto, doentes que vivem em áreas urbanas parecem estar em maior número, sendo então de sublinhar que a questão social é mais complexa que a hierarquização em classes socioeconómicas. A frequência é semelhante na maioria dos países industrializados. Relativamente à distribuição étnica e cultural, esta parece prevalecer sobre a primeira (Sampaio, Daniel; Bouça, Dulce; Carmo, Isabel, Jorge, 1999).



CrITÉrios de DiagnÓstico para a Bulimia Nervosa (DSM-IV-TR)

A. EpisÓdios recorrentes de compulsão periÓdica. Um episÓdio de compulsão periÓdica é caracterizado pelos seguintes aspectos:

(1) Ingestão, num perÍodo limitado de tempo (por ex., 2 horas) de uma quantidade de alimentos indubitavelmente maior do que a maioria das pessoas consumiria durante um perÍodo e sob circunstâncias semelhantes

(2) Sentimento de falta de controlo sobre o comportamento alimentar durante o episÓdio (por ex., sentimento de incapacidade de parar de comer ou de controlar o quê ou quanto)

B. Comportamento compensatÓrio inadequado e recorrente, com o objectivo de prevenir o aumento de peso, como auto-indução de vÓmito, uso indevido de laxantes, diuréticos, enemas ou outros medicamentos, jejum ou exercÍcio fÍsico excessivo.

C. A compulsão periÓdica e os comportamentos compensatÓrios inadequados ocorrem, em média, pelo menos duas vezes por semana, durante 3 meses.

D. A auto-avaliação é erradamente influenciada pela forma e peso do corpo.

E. O distúrbio não ocorre exclusivamente durante episÓdios de Anorexia Nervosa.

Tipo Purgativo: durante o episÓdio actual de Bulimia Nervosa, houve o recurso regular a vÓmitos auto-induzidos ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas.

Tipo Não purgativo: durante o episÓdio actual de Bulimia Nervosa, o indivÍduo usou outros comportamentos compensatÓrios inadequados, como jejum, exercÍcio fÍsico excessivo, auto-indução de vÓmito ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas.



Clínica e Curso da Doença

As características essenciais da BN são as compulsões periódicas (*binge*) e os métodos compensatórios inadequados para evitar o aumento de peso. Além disso, a auto-avaliação destes doentes é excessivamente influenciada pela forma e peso do corpo. A BN inicia-se no final da adolescência ou princípio da idade adulta. O *binge* começa habitualmente durante ou após uma dieta de restrição alimentar. O comportamento alimentar perturbado persiste pelo menos durante vários anos.

O curso pode ser crónico ou intermitente, com alternância entre períodos de remissão e ocorrência de ataques de hiperfagia. Não se conhece o resultado da BN a longo prazo.

Uma compulsão periódica é definida pela ingestão, num período limitado de tempo, de uma maior quantidade de alimentos que grande parte dos indivíduos consumiria sob circunstâncias idênticas. O clínico deve, no entanto, considerar o contexto no qual a compulsão ocorreu - o que seria considerado um consumo excessivo numa refeição comum pode ser considerado normal durante uma celebração ou uma refeição festiva. Um episódio isolado de compulsão periódica não necessita de ser restrito a um contexto. Por exemplo, um indivíduo pode começar um episódio num restaurante e continuá-lo ao voltar para casa.

Embora o tipo de alimento consumido durante os ataques de hiperfagia varie, inclui tipicamente doces e alimentos de alto valor calórico. No entanto, as compulsões periódicas parecem caracterizar-se mais por uma anormalidade na quantidade de alimentos consumidos do que por uma avidez por determinados nutrientes, como hidratos de carbono. Apesar do consumo calórico numa refeição ser superior, a proporção de calorias derivadas de proteínas, gorduras e hidratos de carbono é semelhante.

As pessoas com BN geralmente têm vergonha dos seus problemas alimentares e procuram ocultar os seus sintomas. Os episódios de *binge* acontecem, na sua maioria, em segredo ou tão disfarçadamente quanto possível. Um episódio pode ser ou não planeado



previamente e geralmente (mas nem sempre) o consumo é rápido. A compulsão periódica prossegue até que o indivíduo se sinta desconfortável ou mesmo dolorosamente repleto.

A compulsão periódica é tipicamente desencadeada por estados de humor disfóricos, factores de stress interpessoais, fome intensa após restrição alimentar devido a dietas ou sentimentos relacionados com o peso, forma do corpo e alimentos. Pode reduzir temporariamente a disforia, mas a autocritica e o humor deprimido têm tendência a regressar logo de seguida. Um indivíduo encontra-se num estado frenético enquanto leva a cabo a compulsão, especialmente no curso inicial da doença. E há descrições de estados dissociativos durante ou após os episódios. Após algum tempo de doença, o *binge* já não se caracteriza tanto por um sentimento agudo de perda de controlo, mas por indicadores comportamentais dessa perda, tais como dificuldade em resistir a comer excessivamente ou em terminar um episódio compulsivo, uma vez iniciado. A deterioração do controlo não é absoluta, já que, por exemplo, uma pessoa pode continuar a comer enquanto fala ao telefone, mas interromper o comportamento se alguém entrar inesperadamente na mesma divisão.

Outra característica essencial da BN é o uso recorrente de comportamentos compensatórios inadequados para prevenir o aumento de peso.

A técnica compensatória mais comum é a indução de vômito após um episódio de compulsão periódica e é usada por 80 a 90% dos doentes. Os efeitos imediatos do vômito são a diminuição do desconforto físico e do medo de aumento de peso. Nalguns casos, o vômito torna-se um objectivo em si mesmo: a pessoa come em excesso para vomitar ou vomita após ingerir uma pequena quantidade de alimento. Para a indução de vômito são usados os dedos ou instrumentos para estimular o esse reflexo. Os doentes geralmente tornam-se hábeis neste método e chegam a ser capazes de vomitar quando querem.

Outros comportamentos purgativos frequentes incluem o uso indevido de laxantes e diuréticos. Aproximadamente um terço dos bulímicos utiliza laxantes após um ataque de



hiperfagia. Pessoas com BN podem jejuar por um dia ou mais ou exercitar-se excessivamente na tentativa de compensar o *binge*. Considera-se excessivo quando interfere com actividades importantes, quando é realizado em momentos ou contextos inapropriados ou quando o indivíduo se continua exercitar apesar de lesionado ou com outras complicações médicas.

Os bulímicos têm, geralmente, peso normal, embora alguns possam ter um peso ligeiramente acima ou abaixo do normal. O transtorno ocorre, mas é menos comum, em pessoas moderada ou morbidamente obesa. Há indícios de que, antes do início do DA, as pessoas com BN estão mais propensas ao excesso de peso do que seus pares.

Entre os episódios de *binge*, os doentes têm o hábito de restringir o seu consumo calórico total e seleccionam principalmente alimentos menos calóricos, evitando alimentos que considerem que engordem e que provavelmente desencadearão ataque de hiperfagia.

Características e Distúrbios Associados

Na BN há maior frequência de sintomas depressivos e Distúrbios do Humor, nomeadamente Distímia e Depressão Major. Na maior parte dos casos, o distúrbio do humor têm início simultâneo ou segue o desenvolvimento da BN mas é muitas vezes atribuído a esta. Sintomas ou Distúrbios de Ansiedade estão, também, várias vezes associados. Os Distúrbios do Humor e Ansiedade normalmente regridem após o tratamento da BN. Evidências preliminares sugerem que os indivíduos com BN do Tipo Purgativo apresentam mais sintomas depressivos e maior preocupação com a forma e o peso do corpo do que os Não-Purgativos.

Cerca de um terço dos bulímicos abusa ou é dependente de substâncias, particularmente álcool e estimulantes. Os estimulantes são inicialmente usados numa tentativa de controlo do apetite e peso.



É provável que 30 a 50% das pessoas com BN também tenham características de personalidade que satisfaçam critérios para um ou mais Distúrbios da Personalidade, principalmente Distúrbio da Personalidade *Borderline* (DPB). O *binge* está incluído no critério de comportamento impulsivo que faz parte da definição do DPB. Se estiverem cumpridos todos os critérios para os dois distúrbios, ambos podem ser diagnosticados (Sampaio, Daniel; Bouça, Dulce; Carmo, Isabel, Jorge, 1999; Coelho, Rui; Prata, Joana; Ramos, 2006; Gelder, Michael; Gath, Dennis; Mayou, 1996; Kaplan, Harold I. Sadock, 1998).



AUTO-MUTILAÇÕES – NOÇÕES

Etimologia e História

A auto-mutilação (do latim *mutilatio* que significa “acto de mutilar, de cortar um membro”) ou comportamento auto-lesivo (CAL) é definida como a imposição deliberada de lesão física directa ao próprio corpo sem intenção letal (Simeon et. al), ocorre em vários distúrbios psiquiátricos e inclui uma variedade de comportamentos. As mais frequentes são o corte do pulso ou antebraço por um objecto cortante, seguidas das queimaduras com cigarros ou isqueiros e tatuagens. As mais incomuns são os cortes da cabeça, tórax, abdómen ou perna, escoriações, enucleações e auto-mutilações sensoriais e genitais (Saraiva, 2006). Ao contrário das tentativas de suicídio, não tem intenção letal como já foi dito, é muitas vezes repetido e, de acordo com os doentes, proporciona alívio e tem um significado interpessoal (Favaro & Santonastaso, 1999).

Menninger (1934), pioneiro a distinguir auto-mutilações de suicídio, considera que estas se organizam em torno de três elementos: (1) auto-agressão decorrente do sentimento de culpa devido a uma ambivalência amor-ódio dirigido a um dos pais; (2) auto-erotismo, gerado por uma descarga libidinal cujo prazer pode ser obtido através da dor; (3) necessidade de “expição”, em que a pessoa procura compensar atitudes ou pensamentos com comportamentos sexuais ou agressivos. O sujeito, na tentativa de aliviar a sua angústia e ansiedade, automutila-se para atenuar o desejo de morte, em busca de uma forma de se auto-preservar e sentir melhor e também como um meio de não cometer o suicídio (Menninger, 1938).

Por outro lado, as auto-mutilações também têm sido interpretadas como forma de apelo social e não como tentativa de suicídio ou perversão sexual (Bachman, 1972).



Menninger (1935) divide as auto-mutilações em seis classes, não mutuamente exclusivas, que têm em conta as características psicogénicas do auto-mutilador e o seu enquadramento cultural:

1. Neuróticas (roer unhas, fazer tatuagens, arrancar cabelos, cirurgias desnecessárias)
2. Religiosas (auto-flagelações, corte de genitais)
3. Púberes (remoção do hímen ou clítoris, circuncisão)
4. Psicóticas (enucleação, corte de orelha, genitais, amputação de extremidades)
5. Orgânicas (fractura dos dedos, enucleação)
6. Normais (corte de unhas, aparar o cabelo, fazer a barba)

Em 1979, Ross e Mckay classificaram de uma forma descritiva os CAL em nove tipos: cortes, arranhaduras, mordeduras, tatuagens, amputações, queimaduras, auto-agressões, estrangulamentos e ingestões ou inalações.

Em 1988 Walsh e Rosen optaram por designar as auto-mutilações por auto-modificações do corpo, para distinguir comportamentos como roer unhas ou furar orelhas, e dividiram-nas em quatro categorias: I (furar orelhas, roer unhas, pequenas tatuagens e cirurgias estéticas) e II (piercings, grandes tatuagens de determinados grupos sociais como marinheiros e motards) foram consideradas não-mutilantes; III (cortes, queimaduras, escoriações e outras grandes tatuagens) e IV (castração, enucleação e amputação) foram consideradas auto-mutilantes, consoante a extensão da lesão, o exame mental e a aceitação social do acto.



Saraiva (2000, 2005, 2006) conceptualiza os CAL em quatro grandes categorias:

- Iniciática (ex: piercings) – identificação com o grupo: relacionada com a construção de identidade no sentido de pertença e socialização.
- Religiosa (ex: crucificação) – purificação: relacionada com mortificação pelo sofrimento e sacrifício, com dor e sangue, necessários à purificação.
- Compulsivas (ex: corte superficial de pulso) – impulsão: relacionada com uma componente comportamental impulsiva em resposta a um forte estímulo destabilizador da homeostasia, sendo a personalidade (nomeadamente do *Cluster B*) e as estratégias de *coping* elementos relevantes.
- Psicóticas (ex: corte profundo de mão; auto-mutilações graves) – expiação: relacionada com patologia psiquiátrica major, sem juízo crítico, como a esquizofrenia, sendo frequente a associação com delírios e alucinações.

Mais recentemente, Simeon e Favazza (2001) descreveram quatro tipos de auto-mutilações:

- Estereotípica: de repetição, como na oligofrenia e autismo
- Major: castração, enucleação, amputação
- Compulsiva: ritualística, como a tricotilomania
- Impulsiva: cortes, queimaduras

(Saraiva, 2006)



Figura 1 – Possíveis funções das auto-mutilações

De acordo com Vanderlinden e Vandereycken (1996) os CAL cumprem diferentes funções com consequências no estado psicológico dos doentes, desde um efeito compensatório a destruidor:

- 1) Relaxamento – associado a o reforço positivo:
 - a) Satisfação/prazer/divertimento: da sensação de dor ou do calor do sangue a percorrer a pele
 - b) Diminuição da tensão: para eliminar as emoções/sensações negativas, desviar a atenção de uma situação ou estado emocional para outro ou induzir estados dissociativos semelhantes a transe.



- 2) Atenção – para atrair a atenção de outras pessoas, normalmente significativas para o doente:
 - a) Tentativa de ser especial
 - b) Tentativa de conseguir auto-afirmação
 - c) Tentativa de receber ajuda e protecção de outros
- 3) Estimulação – provocar uma estimulação física intensa com um intuito:
 - a) Escapar de um estado de dissociação, principalmente de despersonalização (apesar de os CAL também poderem causar sintomas dissociativos)
 - b) Induzir, através de sensações corporais, uma sensação de “estar vivo” e de afirmação de identidade própria (intenção semelhante à dos doentes *borderline* que assumem estes comportamentos para “preencher o vazio”)
- 4) Punição – pensar que merecem a lesão:
 - a) Sentimento de responsabilidade por violência anteriormente suportada (ex: mulheres vítimas de violência física, principalmente abuso sexual)
 - b) Sentimento de fraqueza ou insegurança (o *binge* e os comportamentos purgativos podem ser considerados falta de vontade própria)
- 5) Auto-destruição: quando o doente tem uma auto-imagem negativa:
 - a) Ficar menos atraente física, mas principalmente, sexualmente
 - b) Gesto do tipo suicida

Em doentes com DA, os CAL, mesmo que disfuncionais, podem ter efeitos negativos, positivos ou mistos nas pessoas que os exibem: as funções de relaxamento e auto-destruição podem ser considerados extremos de um *continuum* de um efeito positivo para um negativo, com as funções de atenção, estimulação e punição entre elas (Truglia et al., 2006).



Epidemiologia

As auto-mutilações parecem ser mais frequentes na população jovem, principalmente dos 15 aos 30 anos de idade e no sexo feminino, sendo que no sexo masculino o pico de prevalência é mais tardio. São mais observadas nos estratos sociais mais baixos e em zonas de maior taxa de desemprego e sobrelotadas.



BULIMIA E AUTO-MUTILAÇÕES

A BN e os CAL parecem ser dois fenômenos especificamente relacionados que partilham algumas características. No entanto, não aparentam estar ligados por uma relação de causa e efeito, uma vez que não foi encontrada nenhuma associação definitiva entre a presença de CAL e a gravidade dos sintomas diagnósticos da BN, como a insatisfação com o corpo, a compulsão alimentar (*binge*) e o comportamento purgativo. Em doentes com BN, parece que comer psicopatologicamente, impulsividade e sintomas de compulsão são dimensões coexistentes, mas distintas (Favaro & Santonastaso, 1999). História de trauma, nomeadamente abuso físico ou sexual, e sintomas dissociativos são também elementos comuns às duas situações (Truglia et al., 2006).

Ambos os distúrbios partilham da mesma idade de início (principalmente na adolescência) e da distribuição por género (maior prevalência no sexo feminino) (Truglia et al., 2006).

O estudo de Muehlenkamp et al. afirma que o CAL serve uma função de regulação emocional nas pessoas com BN. Nele se conclui, que as sensações negativas aumentam e as positivas diminuem antes de um CAL, o que é consistente com dados anteriores que indicam que o CAL é usado para a regulação de estados emocionais adversos (Kemperman, Russ & Shearin, 1997; Laye Gindhu & Schonert-Reichl, 2005 ; Nock & Prinstein, 2004; Osuch, Noll & Putnam, 1999). O aumento de sensações positivas após um CAL é congruente com os argumentos de que estes podem ser usados para criar estados emocionais mais positivos (Bennum & Phil, 1983; Klonsky, 2007; Michel, Valach & Waeber, 1994; Nock & Prinstein, 2004).

Porém, outros dados indicam que sensações positivas aumentam significativamente na sequência de um CAL mas as negativas não diminuem, o que insinua que a percepção de



alívio de sensações negativas pode resultar de vários mecanismos. Resultados actuais sugerem que o alívio da tensão emocional pode derivar de um aumento de emoções positivas, que mitiga o sofrimento da sensação negativa, resultando num sentimento de alívio ou libertação. É também possível que a melhoria subjectiva nas sensações negativas após o CAL seja causada por reacções biológicas no sistema opióide endógeno, resultantes da lesão infligida (Russ, 1992; Winchel e Stanley, 1991). Esta hipótese apoiaria estudos que sugerem que a diminuição dos estados emocionais negativos após um CAL é de curta duração (Favazza & Conterio, 1989; Kamphuis et al, 2007; Kemperman et al, 1997).

O CAL desempenha uma função de regulação emocional semelhante à dos sintomas da BN e esta função compartilhada pode ajudar a explicar a alta prevalência de CAL entre as pessoas diagnosticadas com BN. Os sintomas de DA e CAL são muitas vezes confundidos ou substituem-se mutuamente de modo que, quando um comportamento está sob controlo, o outro reaparece (Lader, comunicação pessoal de Junho de 2008; Forte, 1998 ; Vega, 2007). Esta alternância representa um ciclo repetitivo de *coping* disfuncional, que parece ser perpetuado por uma desregulação emocional.

Há investigações que indicam que os doentes com BN e CAL apresentam comorbilidades mais severas, como DPB, do que os doentes com BN mas sem CAL, colocando a hipótese de que doentes com BN e CAL podem ter apresentação clínica mais grave (Myers et al, 2006; Newton, Freeman, e Munro, 1993; Whitlock, Muehlenkamp e Eckenrode, in press).

Outra possibilidade é que o CAL seja um indicador de descompensação crescente, de tal forma que é necessário para continuar a regular as emoções porque os sintomas bulímicos já não são eficazes (Muehlenkamp et al., 2009).



TIPOS DE COMPORTAMENTOS AUTO-LESIVOS NA BULIMIA NERVOSA

Favazza e Simeon subdividiram a auto-mutilação superficial em CAL compulsivo e impulsivo de acordo com as características do acto. O CAL compulsivo (puxar o cabelo, beliscar a pele (“ skin picking”), roer severamente as unhas) é habitual e repetitivo e está associado a maior resistência a um impulso ego-distónico. O CAL impulsivo (corte e queimadura) é episódico e gratificante e parece ser um impulso ego-sintónico, muitas vezes desencadeado por situações ou ocorrências e que envolve pouca resistência.

Alguns autores têm chamado a atenção para as semelhanças entre os impulsos da BN e dos dois tipos de CAL e os impulsos dos distúrbios de controlo de impulsos e distúrbios obsessivo-compulsivos. Todos parecem ser caracterizados por uma vontade irresistível de cometer o acto, acumulação de tensão quando o indivíduo tenta resistir ao comportamento e alívio após a prática do acto.

Muitos autores têm defendido uma ligação específica entre a auto-mutilação e a BN. Têm sido descritas duas dimensões de auto-agressão na BN, que incluem comportamentos purgativos ou purga, sendo o vómito auto-induzido considerado a dimensão compulsiva e o abuso de laxantes e diuréticos a dimensão impulsiva, a par com tentativas de suicídio e abuso de álcool ou outras substâncias. A dimensão impulsiva foi positiva e significativamente correlacionada com a história de abuso sexual na infância e sintomas psiquiátricos mais graves.

A auto-agressão e a auto-punição são características frequentemente observadas nos doentes com DA. Embora os comportamentos auto-agressivos sejam muitas vezes descritos na BN, a maioria dos autores tendem a incluir apenas aqueles com características impulsivas ou não fazem distinção entre os diferentes tipos de CAL.

O estudo de Favaro & Santonastaso descobriu que o CAL compulsivo é ainda mais comum do que o impulsivo e que os dois tipos de possuem factores preditivos distintos.



Indivíduos que desenvolvem auto-mutilações impulsivas parecem ser significativamente mais deprimidos e têm, muitas vezes, história de tentativa de suicídio enquanto que os que desenvolveram auto-mutilações compulsivas têm uma duração mais curta da doença e menor consciência interoceptiva. A estreita ligação encontrada entre a falta de consciência interoceptiva e o CAL compulsivo parece indicar que a auto-lesão não é apenas um meio de libertação de tensão, mas também uma forma de experimentar o próprio corpo, em busca de um sentido de realidade e identidade. Muitos autores apontam que doentes com DA têm problemas específicos na experimentação dos seus corpos e não apenas na sua imagem corporal. Actos obsessivos e compulsivos podem ser reacções específicas a uma falha na gestão de sensações e emoções corporais e uma tentativa de controlar o comportamento. Estas acções parecem típicas dos primeiros estágios da doença, enquanto que, após um longo período de doença, as tentativas de ter maior controlo são muitas vezes abandonadas. A duração da doença, juntamente com a falta de consciência interoceptiva, é um dos factores preditivos significativos de CAL compulsivo. O défice de consciência interoceptiva pode ser explicado pela falta de cuidados parentais adequados, que prejudicou o processo de percepção e reconhecimento das sensações viscerais associadas tanto aos estímulos físicos (como a fome e a saciedade) como aos emocionais, resultando numa indefinição do eu e em ineficácia pessoal (Truglia et al., 2006).

De acordo com o mesmo estudo, as funções e origens de acções impulsivas parecem ser diferentes das compulsivas. Embora não tenham intenção letal, estão significativamente associados com tentativas de suicídio e depressão. Além disso, a história de abuso sexual pode contribuir para o desenvolvimento deste comportamento. É importante prestar especial atenção ao suicídio e depressão na BN: o suicídio é uma das causas mais frequentes de morte nos doentes bulímicos.



Em estudos que avaliaram a relação entre impulsividade e prognóstico da BN, o CAL foi muitas vezes considerado uma medida de impulsividade, simultaneamente com outros comportamentos, como tentativas de suicídio, abuso de álcool e substâncias, roubo e promiscuidade sexual (Favaro & Santonastaso, 1999).

Epidemiologia

A prevalência de CAL em doentes com DA varia entre 13,6% e 68,1% em nove estudos efectuados entre 1989 e 2007. A ampla variação dos achados pode ser atribuída à existência de diferenças reais nas taxas de prevalência dos CAL, dependendo do DA, tipo de CAL, país e tipo de população em análise. A variação também pode ser devida a métodos distintos usados pelos diferentes investigadores. No entanto, todos os números são superiores aos controlos psiquiátricos (11%) e controlos normais (2%) encontrados por Welch e Fairburn (1996). Apenas dois destes estudos relatam a prevalência de DA em doentes com CAL, mas em ambos os números eram altos (61% e 54%). Estes dados permitem inferir uma estreita associação entre CAL e DA (Svirko & Hawton, 2007).

No que diz respeito particularmente à BN e aos CAL, o quadro seguinte sistematiza estudos realizados entre 1986 e 2004 que incidiram nesta associação, incluindo tentativas de suicídio nos doentes bulímicos.



Primeiro Autor (Ano)	Amostra	Características da Amostra	Distúrbio Alimentar da Amostra	Comportamento Auto-Lesivo	Prevalência
Bulik (1997)	60	Ambulatório	BN, não alcoólicos	Tentativas de suicídio	11 (18,3%)
Bulik (1997)	54	Ambulatório	BN, alcoólicos	Tentativas de suicídio	26 (48,1%)
Bulik (1999)	152	Ambulatório	BN	Tentativas de suicídio	47 (30,9%)
Claes (2001)	137	Internamento	BN	Queimaduras, cortes, arranhaduras, escoriações, arrancar cabelo	47 (34,3%)
Claes (2003)	137	Internamento e Ambulatório	BN	Queimaduras, cortes, arranhaduras, escoriações, arrancar cabelo	31 (43,7%)
Favaro (1996)	126	Ambulatório	BN-P	Tentativas de suicídio	26 (20,6%)
Favaro (1998)	125	Ambulatório	BN-P e BN-NP	Auto-mutilações	27 (21,6%)
Favaro (1998)	125	Ambulatório	BN-P e BN-NP	Tentativas de suicídio	23 (18,4%)
Favaro (1998)	125	Ambulatório	BN-P e BN-NP	Puxar/arrancar cabelo	44 (35,2%)
Favaro (1999)	175	–	BN	–	BN-P 76% BN-NP 61%
Fichter (1994)	196	Internamento	BN	Tentativas de suicídio	78 (39,8%)
Fichter (1994)	196	Internamento	BN	Auto-mutilações	47 (24%)
Fullerton (1995)	243	Ambulatório	BN	Tentativas de suicídio	70 (28,8%)
Herzog (1992)	98	Ambulatório	BN	Tentativas de suicídio	13 (35,9%)
Lacey (1993)	112	Ambulatório	BN com peso normal	Overdose	20 (17,9%)
Matsunaga (2000)	64	Internamento	BN	Auto-mutilações	19 (29,7%)
Mitchell (1986)	185	Ambulatório	BN	Auto-mutilações	60 (32,4%)
Mitchell (1986)	185	Ambulatório	BN	Tentativas de suicídio	32 (17,3%)
Mitchell (1987)	44	Ambulatório	BN	Tentativas de suicídio	7 (15,9%)
Mitchell (1990)	25	Ambulatório	BN com excesso de peso	Tentativas de suicídio	14 (56%)
Mitchell (1990)	25	Ambulatório	BN com excesso de peso	Auto-mutilações	15 (60%)
Mitchell (1990)	25	Ambulatório	BN com peso normal	Tentativas de suicídio	4 (16%)
Mitchell (1990)	25	Ambulatório	BN com peso normal	Auto-mutilações	5 (20%)
Paul (2003)	29	Internamento	BN	Corte, escoriação, arranhadura, outros	16 (55,2%)
Rossotto (1997)	71	Ambulatório	BN, com e sem abuso de substâncias	Tentativas de suicídio	16 (22,5%)
Suzuki (1994)	22	Internamento/ Ambulatório	BN, alcoólicos	Tentativas de suicídio ou corte de pulso	15 (68,2%)
Suzuki (1994)	22	Internamento/ Ambulatório	BN, não alcoólicos	Tentativas de suicídio ou corte de pulso	7 (31,8%)
Welch (1996)	102	Ambulatório	BN	Overdose	20 (19,6%)
Welch (1996)	102	Ambulatório	BN	Corte ou queimadura	27 (26,5%)

Legenda: AN = Anorexia Nervosa; BN = Bulimia Nervosa; BN-P = Bulimia Nervosa - Tipo Purgativo; BN-NP = Bulimia Nervosa - Tipo Não Purgativo; EDNOS = Distúrbio Alimentar Não Especificado;

Tabela 1 – Prevalência de comportamentos auto-lesivos, incluindo tentativas de suicídio, na Bulimia Nervosa (adaptado de Truglia et al., 2006)



BULIMIA E AUTO-MUTILAÇÕES: PSICODINÂMICA

Potenciais factores subjacentes a esta associação parecem ser impulsividade, características obsessivo-compulsivas, desregulação afectiva, dissociação, estilo cognitivo auto-crítico, necessidade de controlo, trauma precoce e algumas características do ambiente familiar (Svirko & Hawton, 2007). Outros factores, como agressividade, personalidade, ansiedade, depressão e tendências suicidas também aparentam ligação.

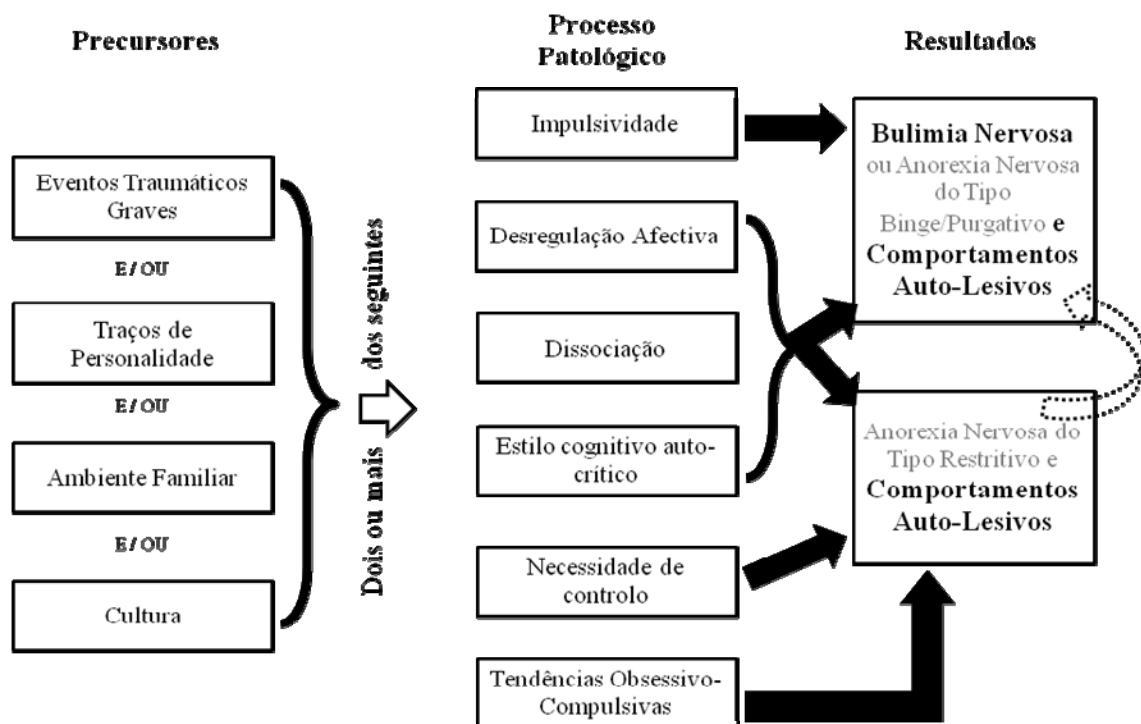


Figura 2 - Modelo proposto por Svirko & Hawton para a etiologia da associação entre distúrbios alimentares e auto-mutilações

No modelo de Svirko & Hawton, os traços de personalidade são precusores do processo patológico. Neste trabalho, são abordados mais factores não incluídos por estes autores no seu modelo e, mediante a pesquisa efectuada, todos os factores são organizados por predisponentes ou preditivos. Assim, e não sendo mutuamente exclusivo de um elemento precursor, as comorbilidades da personalidade são consideradas factor predisponente.



Factores Predisponentes

Impulsividade

Primeiro Autor (Ano)	Amostra	DA ou CAL	Prevalência de Comportamentos Impulsivos
Fahy (1993)	64	AN e BN	BN - abuso de substâncias, auto-mutilação, furto em lojas: 51%
Favaro (1998)	90	BN com CAL	CAL impulsivos: 30%
Favaro (1999)	123	BN com CAL	CAL impulsivos: 20,3% CAL compulsivos e impulsivos: 11,4%
Favazza (1989)	240	CAL	CAL impulsivos: 78%
Herpetz (1995)	54	CAL	CAL impulsivos: 67%
Lacey (1986)	112	BN	Roubo: 41% Abuso de drogas: 28% Abuso de álcool: 26%
Lacey (1993)	112	BN	Comportamentos aditivos e de auto-dano: 40% (80% dos quais com 3 ou mais comportamentos associados)
Welch (1996)	102	BN	Abuso de drogas: 9% Abuso de álcool: 16% Corte ou queimaduras repetidas :19% 2 ou mais comportamentos impulsivos: 6%

Legenda: AN = Anorexia Nervosa; BN = Bulimia Nervosa; CAL = Comportamento(s) Auto-Lesivo(s); DA = Distúrbio(s) Alimentar(es)

Tabela 2 - Prevalência de impulsividade à excepção de *binge*/purga em doentes com Distúrbios Alimentares e em doentes com Comportamentos Auto-Lesivos (adaptado de Truglia et al., 2006)

Muitos dos transtornos no DSM IV incluem algum aspecto de comportamento impulsivo nos seus critérios de diagnóstico: BN, DPB, distúrbio de personalidade anti-social, deficit de atenção / hiperactividade, mania, demência, abuso de substâncias, as parafilias e



toda a secção dedicada ao controlo dos distúrbios impulsivos (como distúrbio explosivo intermitente, cleptomania e piromania) (Zapolski, Settles, Cyders, & Smith, 2010).

A impulsividade está associada com os DA, particularmente com a BN (e.g. Collier & Treasure, 2004; Sohlberg, Norring, Holmgren, & Rosmark, 1989; Prince, Brooks, Stahl & Treasure, 2009).

Vários estudos têm mostrado que a impulsividade aumentada (tanto em estado como de traço) distingue doentes com DA e CAL daqueles que têm DA mas não se auto-mutilam (Brown, Russell, Thornton & Dunn, 1999; Claes, Vandereycken & Vertommen, 2001, 2003).

O estudo de Lledó e Waller (2001) revelou que, em raparigas estudantes, as atitudes bulímicas estavam frequentemente associadas a pensamentos, impulsos e acções de auto-lesão e que, apesar disso, essas atitudes não estavam relacionadas com outros comportamentos impulsivos como roubo, gastos ou actividade sexual de risco. Tal sustenta a presença de uma associação específica entre BN e CAL (Svirko & Hawton, 2007).

Foi identificado, por alguns autores, num subgrupo de doentes bulímicos, um conjunto de comportamentos impulsivos que ultrapassam os especificamente associados aos DA denominados, no seu conjunto, por “bulimia multi-impulsiva”. Enquadram-se neste tipo de impulsividade os doentes que apresentam pelo menos três dos seis seguintes comportamentos impulsivos para além dos sintomas bulímicos:

- Tentativas de suicídio
- Auto-agressão severa
- Roubo (excepto comida)
- Abuso de álcool
- Abuso de drogas
- Promiscuidade sexual



É provável que estes doentes tenham um companheiro que abuse de álcool ou drogas ou provenham de uma família com história destes excessos ou de abuso sexual. Este subgrupo de doentes revelará maior psicopatologia em geral e terá um curso clínico mais grave (Wonderlich, Myers, Norton & Crosby, 2002). Outros autores não concordam com esta classificação, afirmando que estas características distinguem a forma como o DA se manifesta ou a sua gravidade (Truglia et al., 2006).

Um estudo, realizado em prisioneiros do sexo masculino que se cortavam, mostrou que estes eram mais propensos a manifestar BN e tendências bulímicas latentes do que os não se cortavam. Vários estudos focados no sexo feminino denotam uma forte associação de auto-corte com BN, uso de psicotrópicos e vários comportamentos impulsivos, isto é, a denominada "bulimia multi-impulsiva". Desta forma, e tal como nas mulheres, é relativamente mais fácil encontrar características clínicas da bulimia multi-impulsiva em prisioneiros do sexo masculino que se cortam do que nos que não. No entanto, as tendências bulímicas eram menos proeminentes nos homens, o que também pode ser explicado pelo facto de os homens, de uma forma geral, temerem menos o aumento de peso (Matsumoto et al., 2005).

A impulsividade parece ser um factor chave de distúrbios dos Eixos I e II, como os DA do tipo compulsivo/purgativo, abuso de substâncias e DPB (Truglia et al., 2006).

Portanto, enquanto há evidência de que a impulsividade está envolvida na associação entre BN e CAL, o aumento da impulsividade por si só não pode ser totalmente responsável pela sua existência (Svirko & Hawton, 2007). Aliás, é de referir que, de acordo com outros estudos empíricos, o trauma foi associado com multi-impulsividade, tendo esses estudos estabelecido uma relação entre trauma e CAL na população geral (e.g., Fullerton et al, 1995; Romanos, Martin, Anderson, Herbison e Mullen, 1995; Rosenthal e Rosenthal, 1984; van der Kolk, Perry e Herman, 1991). É também importante notar que não foi constatada



uma associação entre abuso emocional e multi-impulsividade, como poderia ser previsto (Linehan, 1993; Corstorphine, Waller, Lawson & Ganis, 2007)

Van der Kolk et al. (1991) sugeriram que a natureza do trauma afecta o carácter do comportamento auto-destrutivo. O abuso sexual na infância estaria associado a comportamentos impulsivos específicos como corte, mas não com ideação suicida. Esta especificidade indica que os comportamentos impulsivos diferem de acordo com as funções que desempenham (Fullerton et al., 1995; Romanos et al., 1995; Rosenthal e Rosenthal, 1984; van der Kolk et al, 1991.). Van der Kolk et al. também sugeriram que a natureza do trauma afecta a gravidade do CAL. Esta hipótese é apoiada pelo facto de que história de abuso físico, sexual e emocional estão relacionados com um maior número de comportamentos impulsivos (Corstorphine et al., 2007). No entanto, outras investigações sugerem que as tentativas de suicídio nos bulímicos estão efectivamente associadas à impulsividade e que estes tendem a possuir ideação obsessiva, rituais compulsivos e dificuldades em controlar a sua agressividade. Milos et al. (2003) consideram, em concordância com o que foi dito anteriormente, que as tentativas de suicídio estão também associadas a comorbilidades dos Eixos I e II, nomeadamente distúrbios afectivos e do *Cluster B*. As tentativas de suicídio na BN estarão também mais ligadas ao uso de drogas (Truglia et al., 2006).

Relatórios clínicos sugerem que os comportamentos impulsivos se alteram ao longo do tempo: quando um indivíduo com comportamentos bulímicos passa de abusar simplesmente de alimentos para outro tipo de comportamentos impulsivos, a sua multi-impulsividade aumenta rapidamente, passando a abranger mais comportamentos deste tipo (Lacey, 1993; Corstorphine et al., 2007).



Dissociação

Primeiro Autor (Ano)	Amostra	DA ou CAL	Prevalência da Dissociação
Berger (1994)	44	Todos os DA	Distúrbios de personalidade múltipla: 22% Pontuação > 30 na escala de experiência dissociativa: 15%
Matsumoto (2004)	34	CAL	Distúrbios dissociativos de acordo com o DSM-IV: 11,8%
Vanderlinden (1993)	98	Todos os DA	Experiências dissociativas a um grau tão elevado como em doentes com distúrbios dissociativos: 12%
Vanderlinden (1993)	98	Todos os DA	Experiências dissociativas a um grau tão elevado como em doentes com distúrbios dissociativos: 12%
Vanderlinden (1996)	80	Todos os DA	Experiências dissociativas a um grau tão elevado como em doentes com distúrbios dissociativos: 16,5%

Legenda: CAL = Comportamento Auto-Lesivo; DA = Distúrbio(s) Alimentar(es)

Tabela 3 – Prevalência de dissociação em doentes com Distúrbios Alimentares e em doentes com Comportamentos Auto-Lesivos (adaptado de Truglia et al., 2006)

A dissociação implica alguma forma de acesso dividido ou paralelo à consciencialização, na qual dois ou mais processos mentais ou conteúdos não são associados ou integrados e a consciência das próprias emoções ou pensamentos é diminuída e evitada (Gershuny & Thayer, 1999).

O CAL é usado como um meio para provocar uma sensação física e terminar as experiências dissociativas (e.g., Kemperman, Russ & Shearin, 1997). Uma das razões que os doentes alegam para a sua auto-mutilação é sentir novamente alguma coisa ou conseguirem sentir-se reais (Favazza & Conterio, 1989; Herpertz, 1995).

Também foi demonstrado que a dissociação desempenha um papel na patologia do DA (van Ijzendoorn and Schuengel (1996).



Heatherton e Baumeister (1991) relataram que alguns doentes bulímicos descrevem o seu comportamento purgativo como um meio de voltar à realidade após um estado de falta de consciência (Svirko & Hawton, 2007).

No estudo em prisioneiros do sexo masculino previamente mencionado, o corte estava associado a bulimia e dissociação mas, tal como nas mulheres, as tendências bulímicas e dissociativas eram menos proeminentes nos homens do que nas mulheres auto-cortadoras. Ou seja, os indivíduos do sexo masculino podem manifestar uma bulimia multi-impulsiva atenuada, como parte de um *continuum*, incluindo um tipo distintivo mais frequentemente encontrado em mulheres que se cortam. Diferenças de género geralmente correspondem a menor tendência à bulimia e dissociação em indivíduos auto-cortadores do sexo masculino, que mostram, no entanto, maior propensão a atitudes e comportamentos violentos (Matsumoto et al., 2005).

Agressividade

Apesar de não haver concordância entre todos os autores, a maioria dos estudos mostram que doentes com DA, particularmente BN, mostram mais agressividade para consigo e para com os que os rodeiam e também maior prevalência de ataques de fúria comparativamente a pessoas com outros distúrbios psiquiátricos.

Quando consideramos que sentimentos negativos antecedem eventos bulímicos e podem precipitar episódios de *binge*, a dimensão agressividade/frustração parece desempenhar um papel importante pois está carregada desses sentimentos. Aliás, pode ser especulado que comportamentos bulímicos podem servir diferentes funções relacionadas essa dimensão, como traço de estado: enquanto a compulsão alimentar pode servir para prevenção do sentimento de raiva, o vómito pode servir para facilitar a redução imediata desta. O



excesso de exercício físico estará associado a um estado de raiva e o uso de laxantes à sua supressão.

Yaryura-Tobias et al. (1995) identificaram um padrão clínico de início sequencial de Distúrbios Obsessivo-Compulsivos, comportamentos agressivos auto-dirigidos, disorexia e dismenorreia que poderia sugerir uma disfunção hipotalâmica-serotoninérgica. De acordo com Cross (1993), a forma como as mulheres experienciam o corpo é mais ambígua e recalcitrante do que os homens, tendendo a ser alienadas e simultaneamente atentas aos seus corpos, o que poderá explicar a reiterada coexistência de DA e comportamentos auto-agressivos nas mesmas.

Os comportamentos agressivos, principalmente os auto-dirigidos, são frequentes nos DA e estão intrinsecamente relacionados com alguns aspectos psicopatológicos destes, podendo até serem considerados um deles.

A emoção correspondente aos comportamentos agressivos é, normalmente, a raiva. Esta é muito importante na construção da identidade: traça os limites do que é tolerável, da identidade moral de cada um. Torna-se disfuncional quando ultrapassa o limite dentro do qual pode ser dirigida de forma positiva para acções desejáveis e direccionadas a um objectivo, quando a orientação harmoniosa do sujeito é dissolvida e quando a sua avaliação não consegue encontrar um consenso moral junto dos seus pares e na sociedade.

As relações complexas entre os DA, a raiva e a agressividade podem ser em parte explicadas pela fragilidade do eu, típica dos doentes com DA. O aspecto essencial da organização cognitiva destes doentes é uma noção vaga e indefinida do eu, articulada em dois níveis: no primeiro nível, estes doentes têm uma habilidade reduzida para distinguir diferentes emoções e sentimentos; no segundo nível têm dificuldade em construir o seu próprio ponto de vista. Para a construção deste, as sensações interoceptivas e as elaborações cognitivas são tidas como duvidosas e as exteroceptivas e propioceptivas são tidas como mais fiáveis. Como



reação, estes doentes podem usar duas estratégias. A primeira é procurar uma referência externa, passando a conformar-se com as expectativas e pretendendo a validação de quem considera sua referência, ou tenta atingir a perfeição. Esta estratégia acarreta vários riscos como não corresponder às expectativas dos outros, não ser compreendido, sentir culpa ou desapontamento e levar ao sentimento de ineficácia pessoal e de raiva em relação a outros. Desta forma, a raiva representa uma defesa da identidade frágil destes indivíduos. Quando a primeira estratégia falha, o doente pode desenvolver uma segunda estratégia adaptativa, que consiste na busca de um critério interno: ele protege o seu ponto de vista de intrusos (através da clausura, da pouca exposição dos seus pensamentos e da mentira) e procura uma percepção homogénea do eu. Consequentemente, o sujeito vai sentir-se vazio, indefinido e inseguro, oscilando entre o sentimento de ineficácia pessoal e de raiva em relação a ele próprio. Esta raiva auto-dirigida pode manifestar-se como comportamentos de auto-agressão ou podem ser confundidos com sensação de fome e ânsia de comer. O insucesso desta estratégia leva o indivíduo a voltar-se novamente para fora, originando um ciclo vicioso. Por conseguinte, os comportamentos de auto-agressão também podem ser considerados uma tentativa de confirmação de identidade (Truglia et al., 2006).

Controlo

Na BN, alguns comportamentos compensatórios como o vómito podem ser usados como formas de recuperar o controlo depois da sua perda durante um episódio de *binge* (e.g., Favaro & Santonastaso, 1998, 2000).

Alguns auto-mutiladores afirmam que o seu CAL os ajuda a voltar a sentir-se em controlo (e.g., Favazza et al., 1989; Herpertz, 1995; Svirko & Hawton, 2007).



Desregulação Afectiva

Herpertz (1995) observou que conceptualizar os CAL como um problema de controlo de impulsos não tem em conta as características afectivas dos doentes auto-mutiladores. No seu estudo de 54 doentes com CAL, os doentes relataram emoções muito fortes (incluindo disforia, raiva, desespero e ansiedade) que precediam o sentimento crescente de tensão que eventualmente conduziria ao CAL. Herpertz argumentou que o CAL está mais intimamente relacionado com problemas de regulação de afecto do que com impulsividade.

Apoiando esta hipótese, vários investigadores relataram uma maior incidência de depressão em doentes com DA com CAL do que naqueles sem DA (Anderson et al., 2002; Claes et al., 2003; Favaro & Santonastaso, 1999). Favazza e Conterio (1989) e Paul et al. (2002) descobriram que alguns doentes referiram o uso da auto-lesão numa tentativa de reduzir ou acabar com sentimentos angustiantes e desconfortáveis (Svirko & Hawton, 2007).

A teoria do défice de consciência interoceptiva é congruente com este pensamento.

Auto-crítica e Punição

CAL, como o auto-corte e a auto-agressão, e sintomas de DA, como o vómito e o exercício físico excessivo, têm sido referidos pelos doentes como meio de auto-punição (e.g., Herpertz, 1995; Lacey, 1993; Paul et al., 2002, Favaro & Santonastaso, 2000). Foi proposto que o problema-base dos doentes com DA e CAL é um estilo cognitivo de auto-crítica, que no seu extremo leva ao desenvolvimento de comportamentos patológicos (e.g., Pitts & Waller, 1993; Tobin & Griffing, 1996). Claes et al. (2003) verificaram que



doentes com DA e CAL mostravam significativamente mais auto-crítica e culpa do que os doentes com DA mas sem CAL.

Anderson et al. (2002) mostraram que doentes com BN e CAL apresentavam níveis mais elevados na insatisfação com o corpo, o que pode ser mais uma indicação do estilo auto-crítico cognitivo em doentes com DA – comorbilidade dos CAL (Svirko & Hawton, 2007).

Depressão, Ansiedade e Tendências Suicidas

As características psicopatológicas típicas dos *bingers* activos diferem das características destes doentes em remissão, sendo estas características interpretadas como tendências de traço. De entre várias dimensões psicopatológicas, a depressão, ansiedade e tendências suicidas são indicadores fiáveis de *binge* activo, distinguindo estes doentes dos controlos e dos que estão em remissão. Uma interpretação óbvia é que a ansiedade, depressão e a tendência suicida constituem muitas vezes características de estado, evidentes durante as fases activamente bulímicas, mas não constituem traços que persistem após a abstenção de sintomas bulímicos. Esta conceptualização é compatível com as observações que mostram que a ansiedade, a depressão e os CAL são proeminentes em doentes bulímicos, mas que se resolvem rapidamente aquando da remissão dos sintomas da BN (Wonderlich et al., 1994; Lehoux, Steiger & Jabalpurilawa, 2000).



Comorbilidade Psiquiátrica e Distúrbios de Personalidade

Características e distúrbios da personalidade, principalmente dos Eixos I e II, neste com prevalência nos distúrbios do *Cluster B* (distúrbios de personalidade histriónica, anti-social, *borderline* e narcísica), têm sido propostos como fundamentais na etiologia dos DA e evolução dos seus sintomas, sendo que os CAL são considerados critérios de internamento para estes doentes (Spindler & Milos, 2004; Peterson et al., 2011). Geralmente, estes doentes, quando comparados com a população em geral, apresentam mais frequentemente distúrbios de personalidade e maior gravidade dos mesmos (Peterson et al., 2011).

Uma pesquisa recente examinou os traços de personalidade e o seu impacto sobre a etiologia, expressão sintomática e manutenção do DA. Uma das medidas utilizadas para a sua avaliação foi o Cloninger's Temperament and Character Inventory (TCI).

O carácter refere-se ao auto-conceito individual, aos valores e objectivos desenvolvidos através da experiência. As dimensões do temperamento ou carácter no TCI incluem:

- ❖ “Busca de novidade” (“novelty seeking”) (NS): tendência para explorar ou iniciar algo;
- ❖ “Evitar danos” (“harm avoidance”) (HA): tendência para se preocupar e se retirar/recolher;
- ❖ “Dependência de recompensa” (“reward dependence”) (RD): tendência para a ligação/dependência social;
- ❖ Persistência (P): tendência para a perseveração apesar do comportamento não recompensado;
- ❖ “Auto-direccionamento” (“self-directedness”) (SD): o indivíduo identifica-se como autónomo;



- ❖ “Cooperativismo” (“cooperativeness”) (C): como o indivíduo se vê a si em relação aos outros;
- ❖ Auto-transcendência (“self transcendence”) (ST): como o indivíduo se vê a si em relação a todas as coisas, ao “universo”.

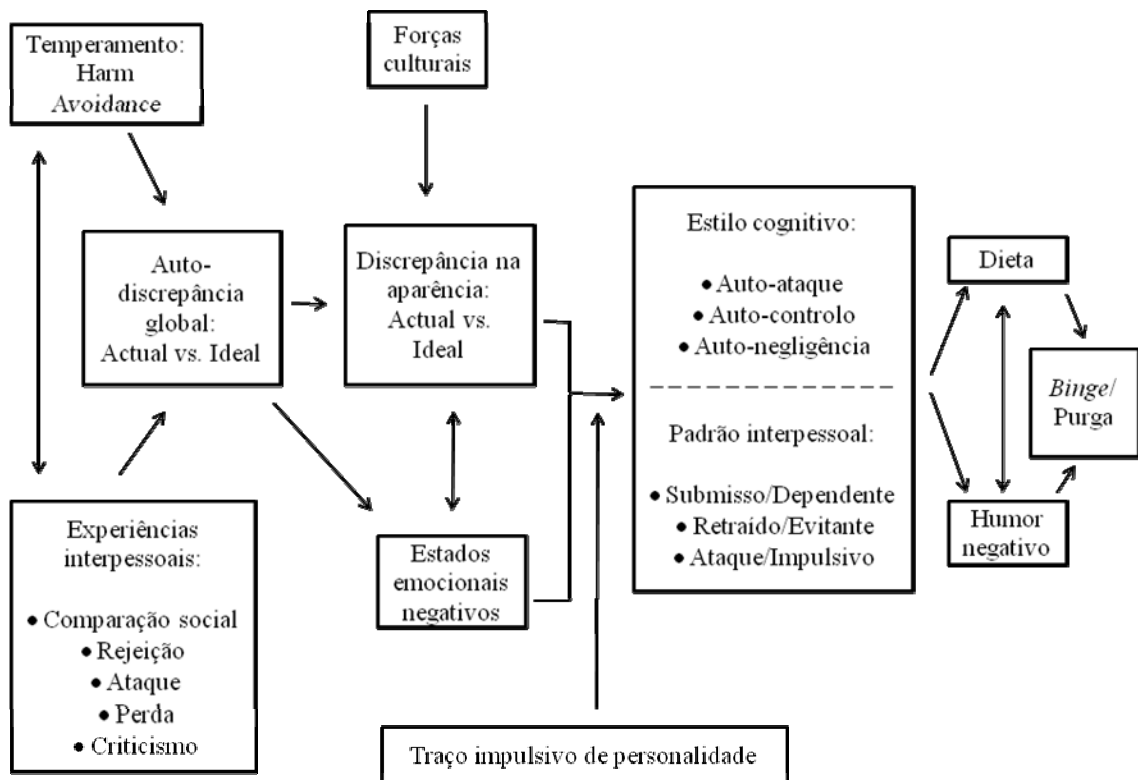


Figura 3 – Dinâmica entre traços de personalidade e Bulimia Nervosa (adaptado de Levitt, Sansone, & Cohn, 2007)

As mulheres bulímicas são caracterizados por altos NS e HA e baixa SD. Cloninger et al. associaram estas características a pensamentos pessimistas, ruminação, imaturidade e incapacidade de definir e alcançar objectivos (Rowe et al., 2008).

Elevados níveis de NS e baixos de P estão ligados a comportamento agressivo, tentativas de suicídio, problemas com o álcool, comportamento sexual de risco, compulsão alimentar, uso de drogas e tabagismo. O início de muitos desses comportamentos na pré-



adolescência estão bastante associados a estes dois traços de personalidade, que são baseados na emoção (Cyders e Smith, 2008; Linehan, 1993; Zapolski et al., 2010).

A reactividade ao stress também parece ser mais proeminente nos bulímicos (Peterson et al., 2011).

Mulheres com BN que recorrem excessivamente aos laxantes tendem a exhibir mais manifestações de distúrbios de personalidade (CAL, tentativas de suicídio e impulsividade) (Lacey e Evans, 1986; Mitchell et al., 1986; C M Bulik, Sullivan, Joyce & Carter, 1995; Brown, Haedt-Matt, & Keel, 2011).

- **Personalidade *Borderline***

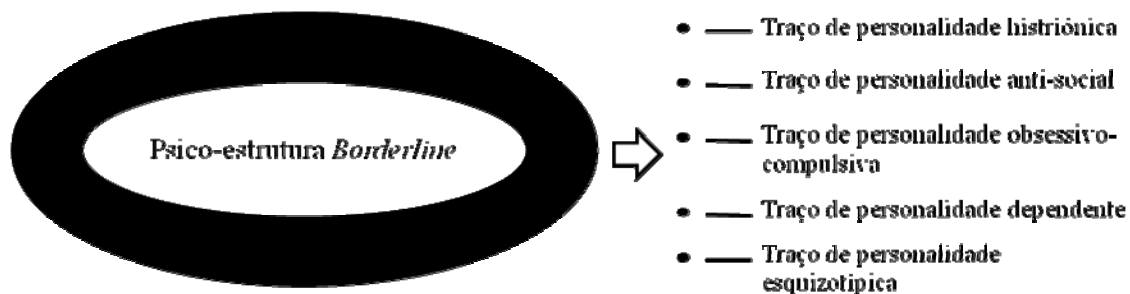


Figura 4 – Relação entre a psico-estrutura da Personalidade *Borderline* e vários traços de personalidade (adaptado de Levitt et al., 2007)

Crítérios de Diagnóstico para Distúrbio da Personalidade *Borderline* – DSM IV-TR

Padrão invasivo de instabilidade dos relacionamentos interpessoais, auto-imagem e afectos e acentuada impulsividade, que começa no início da idade adulta e está presente em diversos de contextos, como indicado por cinco (ou mais) dos seguintes critérios:



1. Esforços frenéticos para evitar um abandono real ou imaginado (Nota: não incluir comportamento suicida ou auto-mutilante, previsto no Critério 5)
2. Padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos, caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização
3. Perturbação da identidade: instabilidade acentuada e resistente da auto-imagem ou do sentimento do eu
4. Impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente prejudiciais à própria pessoa (por ex., gastos financeiros, sexo, abuso de substâncias, direcção imprudente, comer compulsivamente). (Nota: não incluir comportamento suicida ou auto-mutilante, previsto no Critério 5)
5. Recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento auto-mutilante
6. Instabilidade afectiva devido a uma acentuada reactividade do humor (por ex., episódios de intensa disforia, irritabilidade ou ansiedade geralmente durando algumas horas e apenas raramente mais de alguns dias)
7. Sentimentos crónicos de vazio
8. Raiva inadequada e intensa ou dificuldade em controlar a raiva (por ex., demonstrações frequentes de irritação, raiva constante, lutas corporais recorrentes)
9. Ideação paranóide transitória e relacionada com o stress ou severos sintomas dissociativos



Primeiro Autor (Ano)	Amostra	DA ou CAL	Prevalência de DPB
Ames-Frankel (1992)	83	BN	23%
Cooper (1988)	41	BN, EDNOS	24%
Gartner (1989)	35	AN, BN	AN 33,3% AN e BN 33,3% BN 34,5%
Gwistman (1983)	18	BN	44%
Herpetz (1995)	54	CAL	52%
Levin (1986)	24	BN	25%
Pope (1987)	52	BN	12%
Powers (1988)	30	BN	23%
Simeon (1992)	26	CAL	57,7%
Yager (1989)	628	Todos os DA	BN 47%
Yates (1989)	30	BN	TBP ou DPB 13,3%
Zanarini (1990)	52	BN	35%
Zlotnick (1999)	85	CAL	24,7%

Legenda: BN = Bulimia Nervosa; CAL = Comportamento(s) Auto-Lesivo(s); DA = Distúrbio(s) Alimentar(es); DPB = Distúrbio de Personalidade Borderline; EDNOS = Distúrbio alimentar não especificado; TPB = Traços de personalidade Borderline

Tabela 4 - Prevalência de DPB ou traços de personalidade *Borderline* em doentes com Distúrbios Alimentares e em doentes com Comportamentos Auto-Lesivos (adaptado de Truglia et al., 2006)

O distúrbio de personalidade mais comum na BN é o distúrbio de personalidade *borderline* (DPB), sendo estimado que um quarto das mulheres com BN também têm DPB (Rowe et al., 2008), mais precisamente 28%, comparativamente aos 6% de DPB na população em geral (Randy A; Sansone & Sansone, 2011). Num estudo conduzido por Wonderlich et al. (2002), quase todos os bulímicos que apresentavam CAL cumpriam os critérios para DPB ou para bulimia multi-impulsiva, mas apenas metade dos doentes que cumpriam esses critérios apresentavam CAL, sugerindo então que o DPB é um conceito muito mais abrangente que apenas CAL e que os CAL não devem ser considerados *sine qua non* de DPB (S. Wonderlich et al., 2002).



Como está explícito nos critérios supra citados, o DPB é caracterizado por um comportamento impulsividade, auto-agressão (por exemplo, gestos suicidas, auto-mutilando o corpo), instabilidade afectiva, sentimentos crónicos de vazio e raiva inadequada. Apesar de DPB também ser caracterizado por medo intenso de abandono, relações interpessoais instáveis, distúrbios de identidade, e sintomas de stress induzidos quase psicóticos, as características primeiramente referidas são mais propensas a originar um DA. Os elementos da DPB reflectem-se facilmente na patologia alimentar impulsiva. Especificamente, esta impulsividade é tipicamente caracterizada por episódios de compulsão alimentar e várias respostas reflexas de contra-regulação, como vómitos auto-induzidos e / ou o abuso de laxantes ou diuréticos. Os CAL manifestam-se nos vómitos auto-induzidos, abuso de laxantes e / ou diuréticos (isto é, CAL equivalentes). Vários comportamentos alimentares descompensados em indivíduos com DPB podem ser analisados sob duas perspectivas: 1) como um comportamento para modificar a ingestão alimentar / corpo / forma; 2) como um CAL (ou seja, um equivalente a auto-mutilação em que estes indivíduos parecem estar a demonstrar o seu comportamento auto-destrutivo através de questões alimentares / corpo / peso). Tal como as características da instabilidade afectiva, os sentimentos crónicos de vazio, raiva inadequada e *binge* preenchem o indivíduo (ou seja, abordam os sentimentos crónicos de vazio); as atitudes purgativas, particularmente o vômito auto-induzido, resultam em cansaço e fadiga que contêm os picos afectivos e a raiva. Dado este desdobramento, é bastante evidente como uma estrutura de personalidade pré-existente como o DPB pode facilmente manifestar-se como patologia alimentar impulsiva (Randy A; Sansone & Sansone, 2011).

Há uma sobreposição considerável entre BN e DPB nos perfis TCI. Indivíduos com DPB exibem baixo SD e NS, ST e HA elevadas. O traço de HA aparenta contrastar com a auto-mutilação, que ocorre num grande número de doentes com DPB. Korner et al., relativamente a esta contradição, propuseram que os CAL nesses doentes podem ser uma



alternativa para experienciar maior dano emocional interno. Além disso, doentes com DPB apresentam baixos níveis de C, tornando-os muitas vezes socialmente intolerantes e inoperantes. Pesquisas anteriores demonstraram que, ao longo do tempo e através de tratamento, os níveis de SD e HA podem ser positivamente modificados nas mulheres com DA.

De acordo com o estudo de Rowe et al., as mulheres com BN e DPB, apesar de terem uma apresentação clínica ligeiramente pior na avaliação pré-tratamento, não têm pior DA ou funcionamento global três anos após o tratamento do que aquelas com outros ou nenhum distúrbio de personalidade. Este estudo contraria outros que concluíram que as mulheres com bulimia e DPB têm “perspectivas sombrias” e pior prognóstico, mostrando que a presença de DPB não está associada a um pior resultado na BN a longo prazo. Tal pode ser explicado pela natureza aguda de muitos sintomas *borderline*, que podem ser rapidamente resolvidos com tratamento. O DPB também tem sido associado com resultados mais positivos na depressão major do que outros distúrbios da personalidade.

Os níveis baixos de SD e altos de HA nas avaliações pré-tratamento nos doentes com distúrbios da personalidade são característicos na BN. No referido estudo, a única característica especificamente associada a um diagnóstico de DBP foi a baixa C. O traço SD, suposto factor preditivo no desfecho da BN, mostrou melhorar mais no seguimento a médio prazo nos doentes sem DPB ou outro distúrbio da personalidade.

Assim, embora as mulheres com BN e DPB tenham uma pior apresentação clínica na avaliação pré-tratamento, não têm um pior, mas antes um prognóstico semelhante a médio prazo quando comparadas com doentes com outros distúrbios de personalidade ou mesmo sem nenhum (Rowe et al., 2008).



- **Traços Narcísicos**

Reciprocamente à depressão, ansiedade e tendências suicidas, o narcisismo diferencia os *bingers*, quer estejam activos ou em remissão, de grupos-controlo: pode representar um traço que indica maior propensão para desenvolver sintomas bulímicos. Esta interpretação é compatível com formulações que ligam o *binge* a perturbações do tipo narcisista (Johnson, 1991; Strober, 1991): este género de perturbações (frequentemente mais acentuadas nos bulímicos do tipo purgativo) altera a percepção de amor-próprio e de auto-controlo do doente bulímico, aumentando exponencialmente a sua já existente propensão à necessidade exagerada de validação externa, que por sua vez conduz a uma crescente preocupação com a imagem e maior necessidade de controlo (Johnson & Wonderlich, 1992).

Uma interpretação alternativa, menos plausível, quanto ao papel do narcisismo no *binge*, consiste em considerá-lo simplesmente um reflexo de um problema de estado, relativamente refractário à mudança, e que persiste em indivíduos que comem compulsivamente, mesmo após a remissão da sintomatologia bulímica (Lehoux et al., 2000).



- **Traços Obsessivo-Compulsivos**

Primeiro Autor (Ano)	Amostra	DA ou CAL	Prevalência de Sintomas do Espectro OC
Ames-Frankel (1992)	83	BN	OCD: < 5%
Favaro (1998)	90	BN e CAL	Puxar/arrancar cabelo (CAL compulsivo): 48,9% Roer severamente as unhas(CAL compulsivo): 62,2%
Favaro (1999)	123	BN e CAL	CAL compulsivos: 68,3% CAL compulsivos e impulsivos: 11,4%
Keck (1990)	69	BN	OCD: 7,5%
Powers (1988)	30	BN	OCD: 3% OCPD: 33%
Yates (1989)	30	BN	Traços ou distúrbio OC: 36,7%

Legenda: BN = Bulimia Nervosa; CAL = Comportamento(s) Auto-Lesivo(s); DA = Distúrbio(s) Alimentar(es); OC = Obsessivo-Compulsivo; OCD = Distúrbio Obsessivo-Compulsivo; OCPD = Distúrbio de Personalidade Obsessivo-Compulsiva

Tabela 5 – Prevalência de sintomas do espectro Obsessivo-Compulsivo em doentes com Distúrbios Alimentares e doentes com Comportamento Auto-Lesivo (adaptado de Truglia et al., 2006)

Os impulsos incontroláveis, centrais para o conceito de impulsividade, são também uma característica do distúrbio obsessivo-compulsivo. Mas, em contraste com o impulsivo, o comportamento compulsivo é visto como repetitivo, quase ritualista, e não como súbito. Favazza (1998) descreve como os auto-multiladores idealizam repetitivamente magoarem-se a si próprios durante horas ou até dias, podendo mesmo envolver uma sequência de comportamentos ritualísticos, tais como organizar os materiais necessários para a auto-lesão. Esta descrição é mais consistente com a descrição de um comportamento compulsivo do que impulsivo. Assim, em alguns doentes, os CAL podem ser compulsivos por natureza.

Paul et al. (2002) descobriram que doentes com DA com CAL demonstraram expressivamente mais pensamentos e comportamentos obsessivo-compulsivos do que doentes com DA mas sem CAL. Noutro estudo, doentes auto-multiladores com



BN eram significativamente mais prováveis de ter distúrbio obsessivo-compulsivo do que os não-mutiladores, embora se deva salientar que o estudo incluiu apenas 19 pacientes com CAL (Anderson, Carter, McIntosh, Joyce e Bulik, 2002; Svirko & Hawton, 2007).

Factores Precipitantes

Trauma

Primeiro Autor (Ano)	Amostra	DA ou CAL	Tipo de Trauma	Prevalência do Trauma
Berger (1994)	44	Todos os DA	Abuso sexual	45%
Brown (1999)	38	Todos os DA	Abuso físico e sexual	64%
Favaro (1998)	155	AN e BN	Abuso físico e sexual	BN-P 41,5% BN-NP 31%
Leonard (2003)	51	BN	Abuso físico e sexual	80,40%
Matsumoto (2004)	34	CAL	Abuso físico, sexual, e emocional, negligência	Abuso sexual 41,2% Abuso físico 54,9%
Santonastaso (1997)	Comunidade	Todos os DA	Abuso físico e sexual	17,20%
Vanderlinden (1993)	98	Todos os DA	Incesto, abuso físico e sexual, grave rejeição parental	25%
Vanderlinden (1993)	98	Todos os DA	Abuso sexual	BN 37%
Vanderlinden (1996)	80	Todos os DA	Abuso físico e sexual, negligência	53%
Zoroglu (2003)	Comunidade	CAL	Abuso físico e sexual	58,60%

Legenda: AN = Anorexia Nervosa; BN = Bulimia Nervosa; BN-P = Bulimia Nervosa - Tipo Purgativo; BN-NP = Bulimia Nervosa - Tipo Não Purgativo; CAL = Comportamento Auto-Lesivo; DA = Distúrbio(s) Alimentar(es)

Tabela 6 – Prevalência de experiências traumáticas em doentes com Distúrbios Alimentares e doentes com Comportamento Auto-Lesivo (adaptado de Truglia et al., 2006)



Como explicitado anteriormente, o trauma precoce, sobretudo o abuso sexual e a violência física na infância, constituem um factor preditivo importante para o desenvolvimento de CAL (e.g., Favazza & Conterio, 1989; Van der Kolk et al, 1991). Também se tem demonstrado uma relação entre trauma mais tardio e auto-mutilações (Greenspan & Samuel, 1989)

No entanto, o abuso na infância tem sido implicado em vários transtornos psiquiátricos. Pode ser um indicador genérico de maior gravidade psicopatológica, o que explicaria o porquê os doentes com DA e CAL estarem mais propensos a terem sofrido de abuso do que doentes com DA isolados. Tobin e Griffing (1996) descobriram que doentes com DA e história de abuso revelaram mais sintomas psiquiátricos de comorbilidade do que os doentes sem história de abuso. Assim, o abuso pode ser um factor subjacente à associação entre DA e CAL. É, provavelmente, a combinação de abuso na infância e outros factores que leva ao aparecimento destas duas patologias especificamente (Svirko & Hawton, 2007).

É de salientar que alguns autores colocam a hipótese da dissociação desempenhar um papel importante no desenvolvimento de DA, pois estes doentes apresentam sintomas dissociativos intensos (Everill & Waller, 1995). Porém, num estudo comparativo entre doentes com história de abuso com e sem DA, os doentes assintomáticos revelaram níveis mais elevados de dissociação do que os com DA (Favaro et al. 1998). Tal pode ser explicado pelo facto dos sintomas da doença cumprirem as mesmas funções que a dissociação (manifestação de raiva e libertação de tensão). Na BN, aliás, é defendido que a compulsão, como a auto-mutilação, pode ser uma forma de dissociação ou um meio de induzir estados dissociativos (Favazza & Simeon, 1995; van der Kolk et al., 1991).

As tentativas de suicídio e outras formas de CAL impulsivos são os únicos factores preditivos de abuso nos doentes bulímicos (Favaro et al, 1998).



Ambiente Familiar

O ambiente familiar é considerado um factor contributivo importante no desenvolvimento e evolução dos distúrbios psiquiátricos.

Claes, Vandereycken, e Vertommen (2004) utilizaram uma adaptação holandesa da Escala do Ambiente Familiar para comparar o contexto familiar de doentes com DA e sem CAL. Doentes com DA e CAL descreveram seu ambiente familiar como menos coeso e mais conflituoso do que doentes sem CAL. Este resultado sugere que certos aspectos do ambiente familiar podem predispor os indivíduos ao aparecimento de ambos os transtornos.

O estudo de Claes et al. evidencia o papel dos factores ambientais familiares, mas uma limitação importante é depender em grande parte dos testemunhos dos doentes. O estado mental dos doentes pode ter afectado seus pontos de vista sobre sua família (Svirko & Hawton, 2007).

Abuso de Substâncias

Welch and Fairburn (1996) concluíram que os doentes bulímicos não diferem significativamente dos doentes de controlo psiquiátrico em termos de antecedentes actuais ou prévios de elevado consumo de álcool ou cannabis, mas exibem significativamente mais auto-corte e queimaduras do que os de controlo (Svirko & Hawton, 2007).



O Papel da Dor

Segundo o estudo de Claes, Vandereycken, and Vertommen, relativo à dor durante os CAL, um número considerável de doentes com DA (58%) não referiu dor ao puxar o cabelo e um grupo menor de doentes não referiu dor ao arranhar-se, magoar-se (“bruising”), cortar-se e queimar-se. A dor relatada durante os CAL não estava relacionada com o tipo de DA. No entanto, foram encontradas correlações significativas entre a dor reportada e algumas características de DA. Doentes com menos peso corporal e IMC relataram ligeiramente menos dor durante o corte. Além disso, a dor relatada estava significativamente relacionada com o tipo de CAL exibido: puxar o cabelo estava mais associado com a ausência de dor enquanto arranhar, magoar (“bruising”), cortar e queimar estavam mais associados com a presença de dor. A ausência de dor durante o corte foi associada à história de abuso físico e à presença de características dissociativas.

Alguns doentes parecem preferir a dor controlável da auto-mutilação à não controlável de memórias perniciosas. (Truglia et al., 2006)

Lautenbacher, Pauls et al. (1991) encontraram uma correlação significativa entre o limiar de dor e peso corporal em doentes bulímicas. Isto sugere que o excesso de peso pode predispor doentes bulímicas a menor sensibilidade à dor, embora também já tenham sido publicados resultados contraditórios sobre a sensibilidade à dor em indivíduos obesos (por exemplo, McKendall e Haier, 1983; Raymond et al, 1995). Além disso, outras características de DA têm sido associadas à tolerância à dor. Abraham e Joseph (1987) descreveram um aumento na tolerância à dor após episódios de compulsão alimentar e vômito numa doente bulímica. São, no entanto, necessários mais estudos para estabelecer relações entre este tipo de comportamentos e a sensibilidade à dor.

De acordo com o estudo inicialmente citado, quanto mais tempo durar o CAL, menos dor é reportada. Uma das explicações plausíveis para a correlação negativa entre a



sensibilidade à dor e a duração do CAL é a *teoria do processo oponente de Salomão* (1980), que afirma que uma reacção a um acontecimento irá automaticamente produzir a reacção oposta. Os sentimentos de tensão e medo antes dos CAL são mais tarde (quando o CAL continua e o processo opositor se vai tornando mais forte) substituídos pelo estado emocional antagónico, relaxamento, e a ausência de dor, ou seja, o processo oposto.

No mesmo estudo, os doentes que não relatam dor durante o CAL (nomeadamente o corte) apresentam mais experiências dissociativas, e muitas vezes, história (precoce) de trauma. A dissociação pode ser a explicação para as alterações na sensação de dor (analgésia) e para experiências corporais distorcidas (despersonalização). Está bem documentado que as vítimas de trauma podem ter dificuldade em assimilar a dor ou a afectividade dolorosa (por exemplo, Saxe, Chawla, & van der Kolk, 2002; Orbach, Mikulincer, King, Cohen, & Stein, 1997). A disposição para a dissociação manifestada na relativa insensibilidade à dor física e indiferença para com os seus corpos podem estar presentes nos auto-mutiladores e suicidas (Orbach, 1994). Experiências como a indiferença à dor, e “espoliação do corpo” (“body detachment”) e a “negação do eu” (“self-negation”) são frequentemente observadas na despersonalização (Jacobs & Bovasso, 1992) e podem reflectir um sistema de atenção biologicamente perturbado e / ou vazão emocional (Sierra & Berrios, 1998). Parece haver maior propensão para a insensibilidade à dor nas formas mais impulsivas de CAL como o corte, mas menor no acto puxar o cabelo, considerado um tipo compulsivo de CAL (Favaro & Santonastaso, 1998).

Doentes com DA são conhecidos pela sua tendência a negar ou minimizar suas queixas ou sintomas (Vandereycken, 2005). Isto poderia explicar uma sub-notificação de experiência de dor durante o CAL. Há a dúvida se será uma questão de resistência (uma atitude estóica) ou indiferença quando alguém não presta atenção a um sinal tão importante como a dor. Variáveis psicológicas que afectam a tolerância à dor incluem a motivação,



percepção, emoções e estratégias comportamentais e cognitivas de controlo da dor. Na investigação da dor, a “detecção do sinal” ou “teoria da decisão sensorial” é aplicada para distinguir os factores neurossensoriais dos factores de atitude (“attitudinal factors”) na descrição da dor (Clark, 1994). Permite a medição das duas componentes do comportamento percebido, discriminação e critério de resposta. A medida discriminação reflecte a precisão com que um sujeito faz uma distinção/discriminação entre dois estímulos de intensidade ligeiramente diferente. Mede indirectamente aspectos da sensibilidade à dor relacionados com o funcionamento neurossensorial. O critério de resposta quantifica o viés da resposta do sujeito, ou seja, a tendência geral para referir um dos eventos que ocorrem com mais frequência do que o outro, por exemplo, a tendência geral para (não) relatar dor. Este desvio de resposta foi demonstrado ser afectado por manipulação dos factores de atitude e psicológicos. Pode ser específica para a dor ou simplesmente reflectir diferenças não específicas (como atenção ou motivação) no processamento de estímulos sensoriais. A analgesia durante os CAL nos doentes *borderline* tem sido atribuída aos sintomas dissociativos concomitantes como desrealização e despersonalização (Van der Kolk e Saporta, 1991; Claes, Vandereycken, & Vertommen, 2006).



BULIMIA NERVOSA, AUTO-MUTILAÇÕES E COMPORTAMENTO SUICIDÁRIO

Como foi dito anteriormente, segundo Favaro & Santonastaso é fulcral estar atento ao suicídio na BN. O suicídio é uma das grandes causas de morte nos doentes bulímicos, como é visível na Tabela 1, tanto mais que cerca de 25% dos doentes que tentaram suicídio fizeram-no mais de uma vez e, de acordo com a literatura, os repetidores parecem estar em maior risco de morte do os não-repetidores.

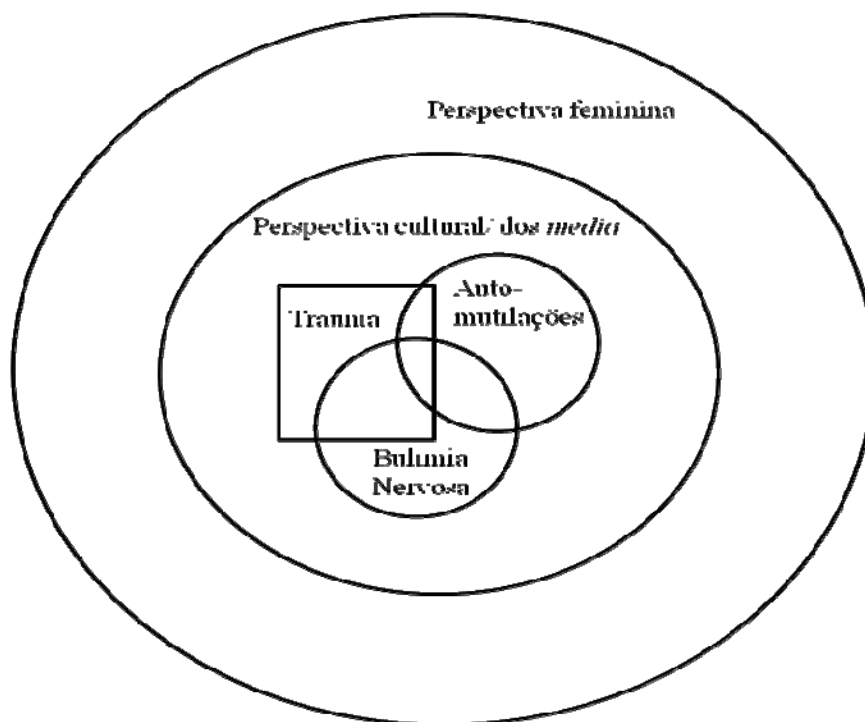


Figura 5 – Perspectiva feminina na Bulimia Nervosa e nas Auto-mutilações (adaptado de Levitt et al., 2007)

Na BN, corpo é experienciado com muito medo pois pode aumentar de peso ou “ficar gordo” e a auto-avaliação é deveras influenciada pelo peso e forma do corpo. Pompili, Girardi, Ruberto, and Tatarelli (2005) investigaram o risco de suicídio e o mal-estar corporal e encontraram uma forte ligação entre estes. Orbach, Stein, Shan-Sela, and Har-Even (2001) sublinharam que o corpo, como fonte de satisfação e prazer, incrementa a tendência à



preservação e à atracção pela vida e funciona como um escudo contra a auto-destruição; porém, o descontentamento corporal pode aumentar o sofrimento e intensificar as atitudes auto-destrutivas. Devido ao descontentamento com os seus corpos, muitas crianças e adolescentes, principalmente do sexo feminino, não só tentam perder peso e estão preocupadas com o que devem ou não comer, mas também iniciam comportamentos de risco, que salientam a sua luta interna com o seu corpo. Esses comportamentos de risco como uso de álcool ou outras drogas, relações sexuais desprotegidas e condução perigosa, muitas vezes para estarem em conformidade com as pressões dos seus pares, são manifestações mínimas de um *continuum* de CAL e podem levar a tentativas de suicídio bem sucedidas (Pompili, Girardi, Tatarelli, Ruberto & Tatarelli, 2006). A obesidade na infância pode levar a um descontrolo alimentar precoce e a maior risco de suicídio através do estigma negativo associado ao excesso de peso que tem efeitos adversos conhecidos na auto-estima e auto-valorização (Forcano et al., 2009). Um diagnóstico de DA na adolescência aumenta em cinco vezes o risco de uma tentativa de suicídio em jovens adultos (Johnson, Cohen, Kasen & Brook, 2002; Franko & Keel, 2006).

A BN está indubitavelmente ligada a CAL (Dulit et al., 1994; Favazza, De Rosear & Conterio, 1989; Herpertz, 1995). Um sintoma típico da BN é a auto-lesão e a auto-mutilação; de alguma forma o comportamento purgativo pode ser considerado um tipo de CAL. Este comportamento é frequentemente encontrado em doentes com um impulso quase irresistível de se auto-punir. É notável o que foi reportado por Van der Kolk, Perry, e Herman (1991), que consideraram o DA uma forma de auto-destruição semelhante ao corte e a tentativas de suicídio. Contudo, de acordo com Root e Fallon (1989), a auto-mutilação não devia ser considerada uma característica de comportamento suicidário mas uma forma de reduzir a tensão e induzir alívio, sendo este comportamento então associado a vários sintomas dissociativos (Everill, Waller & MacDonald, 1995). Demitrack, Putnam, Brewerton, Brandtm e



Goldm (1990) estudaram a psicopatologia dissociativa em doentes com DA e descobriram que os mais afectados por estes aparentam uma relação específica de propensão a auto-mutilação e comportamento suicidário: os doentes teriam a oportunidade de experimentar o seu corpo e procurar um sentido de realidade e a sua própria identidade (Pompili et al., 2006).

Favaro et al. (2008) afirmam que nenhum dos diferentes tipos de CAL foi especificamente associado com um distúrbio adicional do eixo I. Pelo contrário, história de tentativas de suicídio estão associadas com fobia social e doença bipolar. As perturbações da personalidade, tanto as do *Cluster B* (dramático-emocional) como as do *Cluster C* (ansiedade-medo), estão associadas a CAL. O DPB está particularmente ligado tanto a CAL impulsivos e *skin picking*, bem como a tentativas de suicídio. O segundo distúrbio de personalidade mais comum, a personalidade dependente, está relacionada com *skin picking* e com doentes com CAL impulsivos que não têm história de tentativas de suicídio. Estes resultados parecem confirmar a distinção entre *skin picking* e outros tipos de CAL do tipo compulsivo. No entanto, é importante observar que em várias análises ambos os tipos de CAL são previstos por HA.

O temperamento parece desempenhar um papel importante na determinação do risco de desenvolvimento de CAL, uma vez que emerge como um indicador significativo para todos os três tipos de CAL. Além disso, o seu papel parece ser independente do das perturbações da personalidade.

Algumas dimensões do carácter, nomeadamente uma elevada ST e uma baixa SD, estão associados a CAL e tentativas de suicídio na BN. Ambos se revelaram factores preditivos independentes e tentativas de suicídio no estudo de Bulik et al. (1999). A baixa SD implica uma baixa admissão de responsabilidade pelas próprias escolhas, uma baixa auto-aceitação, e uma diminuta desenvoltura: todas as características que podem aumentar o risco de distúrbios de personalidade e actos auto-agressivos (Bulik et al., 1999). Indivíduos



com elevada na ST da TCI são descritos como despreziosos, altruístas, criativos e espirituais (Cloninger et al., 1993). Não é fácil explicar por que é que a ST pode estar associada a um maior risco de comportamento auto-destrutivo. No entanto, indivíduos excessivamente espirituais e altruístas podem estar em risco de rituais ascéticos de significado auto-punitivo. Além disso, a ST parece ser preditiva de dissociação (Grabe et al., 1999) que, de acordo com alguns estudos (van der Kolk et al., 1991), aumentam o risco de CAL impulsivo.

Os distúrbios de personalidade correlacionam-se frequentemente com o CAL na BN. Contudo, o temperamento parece desempenhar um papel mais importante (A. Favaro et al., 2008).

Corcos et al. (2002) estabeleceram que história de depressão, uso de drogas e "conduta desordeira" (comportamentos de risco, roubo, fuga) é significativamente maior em doentes com BN e história de tentativas de suicídio. Bulik et al. (2008) apurou que doentes com DA que tentaram o suicídio reportaram níveis significativamente mais elevados em HA e menores de SD, RD e C do que os que não tentaram. Tal como é sugerido em estudo recentes, o comportamento suicidário está associado a traços de personalidade como HA e traços neuróticos, mas também a impulsividade e NS. A coexistência de traços impulsivos e ansiosos aumentam o risco de comportamento suicidário (Forcano et al., 2009). Bulik et al. (1999) também encontraram taxas mais elevadas de depressão nestes doentes e Favaro e Santonastaso (1997) relataram que estes têm mais sintomas de comorbilidade psiquiátrica.

O modelo de regressão de Forcano et al., 2009 revelou que menor escolaridade, tratamentos anteriores para DA, menor IMC, história familiar alcoolismo e menor pontuação em SD estão estatisticamente associadas a tentativas de suicídio. A descoberta de que menor escolaridade está associada com suicídio é consistente com estudos anteriores realizados em doentes psiquiátricos (Kuo et al., 2001), bem como na população em geral. Da



mesma forma que nos doentes psiquiátricos em geral, as tentativas de suicídio ocorrem mais no início do curso da doença. Investigações também revelaram que em situações de tratamentos anteriores para DA, o curso clínico é geralmente mais prolongado e há maior número de tratamentos falhados nos doentes psiquiátricos que tentaram o suicídio comparativamente com os que não tentaram, mas que também a motivação para mudar é menor nos primeiros.

Os dados do estudo de Forcano et al., 2009 apoiam os modelos de Cloninger e Joiner, que estabelecem que as vulnerabilidades da personalidade em conjunto com os sintomas de interiorização e exteriorização são modelos explicativos do comportamento suicidário. Especificamente na BN, os indivíduos que apresentam mais traços de interiorização da personalidade (ou seja, HA), bem como baixo nível conjunto de C e SD, em associação a sintomas de comorbilidade de exteriorização (por exemplo, comportamentos impulsivos) e também maior duração do DA, estão mais propensos a desenvolver comportamentos suicidas. A história familiar alcoolismo pode ser sinal de uma predisposição genética subjacente a vícios e da possibilidade de ambientes familiares disfuncionais poderem contribuir ou desencadear o desenvolvimento de BN.

As tentativas de suicídio ocorrem com igual frequência em todos os subtipos de e BN até mesmo em casos subliminares. Embora as tentativas de suicídio sejam caracterizadas principalmente pela dificuldade de controlo de impulsos, há a presença de maior comorbilidade geral e HA (Forcano et al., 2009).

Estudos recentes têm encontrado taxas mais altas de distúrbios dos Eixos I e II, transtornos afectivos (particularmente depressão e doença bipolar), problemas de controlo de impulsos, uso de drogas e distúrbios de personalidade do *Cluster B* (Milos, Spindler, Hepp e Schnyder, 2004; Stein, Lilienfeld, Wildman & Marcus, 2004) em doentes com DA que tentaram o suicídio. O abuso sexual parece ser um forte correlativo de suicídio nos doentes



com DA (Favaro & Santonastaso, 1997; Yamaguchi et al, 2000). As tentativas de suicídio são mais prováveis de ocorrer em doentes com atitudes purgativas como vômito, uso de laxantes ou ambos. Na BN, o uso de drogas e laxantes mostraram ser factores preditivos significativos de tentativas de suicídio. A gravidade de sintomas depressivos não parece prever suicídio na BN.

Para as mulheres com BN, o objectivo de uma tentativa de suicídio pode ter mais a ver com a regulação de afecto, como tem sido observado em doentes com distúrbios de personalidade (Fritsch, Donaldson, Spirito, & Plummer, 2000; Yen, Zlotnick e Costello, 2002). Nesse sentido, a tentativa de suicídio pode servir como uma tentativa de aliviar um sentimento negativo, de "transferir" da dor dos sintomas bulímicos para a ferida ou complicações médicas resultantes da tentativa, ou recentrar a atenção dos outros para a gravidade da patologia. Os estudos de multi-impulsividade (Lacey, 1993) mostram apoiar esta proposta.

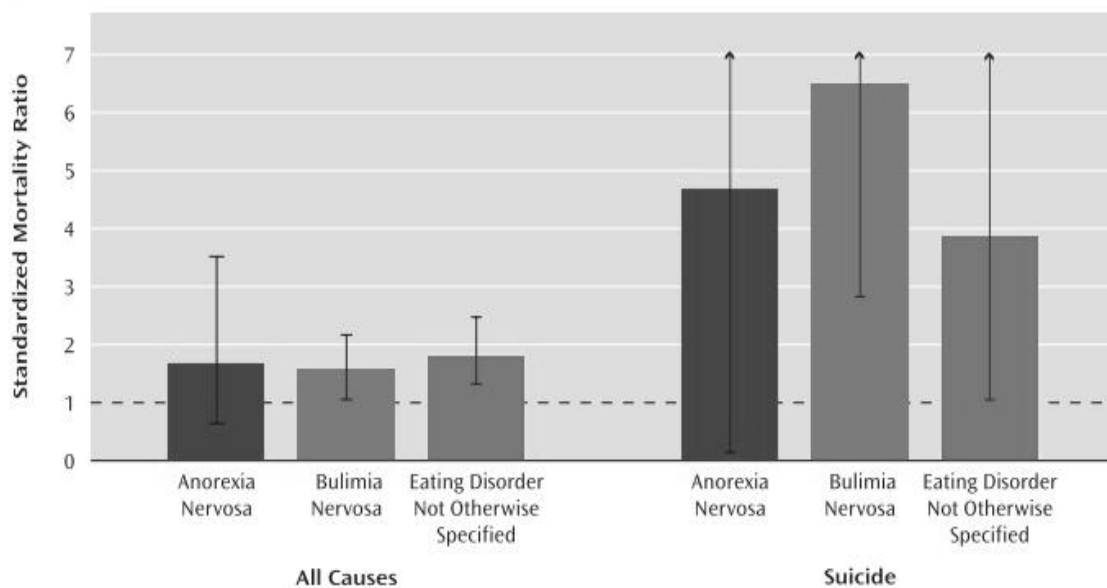
Os doentes com BN tendem a ser mais saudáveis, o que pode resultar em menos consequências fatais da tentativa (ingestão de comprimidos ou de álcool, perda de sangue) (Franko & Keel, 2006).

Os indivíduos com DA evocam, de uma forma geral, a ideia de feridas auto-infligidas, destinadas a destruir lentamente o corpo em vez de o conseguir através de um acto suicida. Este pensamento erróneo leva muitas vezes a ignorar ou subestimar o risco de suicídio. De facto, foram poucos os estudos que analisaram profundamente o comportamento suicida nos doentes com DA. A suposição de que a inanição é dominante na vida destes doentes geralmente prevalece e leva à conclusão facilitadora de que o risco de suicídio nestes doentes é baixo. Pompili et al. (2006) concluiu que mesmo entre os profissionais de saúde mental que cuidam de doentes com DA, o risco de suicídio não é muitas vezes tido em séria consideração.



Os indivíduos com BN têm uma atitude peculiar para com os seus corpos: de uma forma, acreditam que é a coisa mais preciosa e importante que têm, por outro lado temem-no e lutam com ele como um inimigo sinistro que tem de ser morto, o que merece um acto suicida (Pompili et al., 2006; C. Nickel, Simek, et al., 2006).

Mortalidade



^a Bars indicate 95% confidence intervals.

Figura 6 – Taxas de mortalidade para todas as causas de mortalidade e suicídio em doentes avaliados para tratamento por Distúrbios Alimentares entre 1979 e 1997 (n=1885) (Crow et al., 2009)

É sabido que a mortalidade nos DA é elevada. Esta afirmação é verdadeira tanto para as causas de mortalidade da BN, devida a complicações médicas associadas ao vómito, ao abuso de laxantes e aos outros comportamentos purgativos, como para o suicídio e há evidências que sugerem que a mortalidade proveniente do suicídio pode ser mais elevada nos DA do que noutros distúrbios psiquiátricos. Tal é confirmado pelo estudo de Crow et al., 2009, um dos maiores sobre o tema até à data.



CONCLUSÕES

A relação entre BN e auto-mutilações é imensamente complexa e indubitavelmente determinada por factores psicológicos, sociais e biofisiológicos

Será relevante começar por estabelecer que a pressão cultural e social tem efeitos nefastos numa mente já fragilizada de um doente bulímico, nomeadamente adolescentes e jovens adultas, epidemiologicamente as mais afectadas por ambos os distúrbios.

É aceite que os comportamentos purgativos como o vómito auto-induzido, os laxantes ou o exercício físico excessivo podem ser considerados uma forma de CAL.

Foram estabelecidos vários elementos comuns quer à BN, quer ao CAL, o que permite inferir uma associação entre estas duas entidades: impulsividade, agressividade, dissociação, necessidade de controlo, desregulação afectiva, estilo cognitivo de auto-crítica e punição, depressão, ansiedade, tendências suicidas, comorbilidades psiquiátricas e distúrbios de personalidade, trauma, ambiente familiar, abuso de substâncias e relação com a dor.

Os CAL podem ser tanto impulsivos (cortes, queimaduras) como compulsivos (puxar o cabelo, *skin piking*, roer severamente as unhas), dependendo das características dos indivíduos: os com maior propensão à depressão e a comportamentos suicidários tendem a desenvolver o primeiro tipo enquanto os com menor consciência interoceptiva e menor duração da doença tendem a desenvolver o segundo tipo.

A impulsividade está aumentada em maior grau nos bulímicos que se auto-mutilam do que nos que não o fazem. A auto-agressão severa faz inclusive parte de um dos critérios de uma sub-entidade denominada “bulimia multi-impulsiva”, tal é a relevância deste traço de personalidade. A impulsividade também está associada a traços ou DPB, ao abuso de substâncias e é manifestada em muitos indivíduos com história de trauma.



A dissociação é um elemento concomitante na BN e no CAL: tanto as auto-mutilações como as atitudes bulímicas purgativas podem ser usados para induzir ou terminar uma experiência dissociativa, dependendo da necessidade momentânea do doente.

Na BN, a elevada agressividade do doente para consigo e para como os outros é sentida como raiva e demonstrada por comportamentos agressivos, sobretudo auto-dirigidos.

Tanto a purga como os CAL podem ser interpretados como uma forma de regulação de afecto, auto-punição ou forma de recuperar o controlo. A depressão e a ansiedade podem ser indicadoras de doença activa.

Apesar de muitos doentes bulímicos que se auto-mutilam apresentarem CAL compulsivos e pensamentos do tipo obsessivo-compulsivo, são os traços e distúrbios de personalidade do *Cluster B* do Eixo II que mais se destacam na evolução da BN e na gravidade dos seus sintomas, incluindo os CAL. Nestes, o realce vai para os traços narcísicos mas, principalmente, para os traços e DPB. O DPB é o mais frequente na BN e foi possível deprender, pela complementaridade dos parâmetros deste distúrbio com as características da bulimia multi-impulsiva, que as auto-mutilações não são exclusivas da personalidade *borderline*. Ainda sobre a personalidade, os perfis TCI mostraram ser constantes na BN, nos CAL, no suicídio e no DBP tendo em comum resultados baixos em SD e elevados em HA e NS.

Parece ser unânime que o trauma, nomeadamente abuso sexual, principalmente na infância e a violência física predisõem em larga escala o desenvolvimento de BN, CAL e a severidade dos seus sintomas. A negligência parental é outro grande factor contributivo.

A maior tolerância à dor parece ligar a BN, as auto-mutilações, o trauma e a dissociação. Estes doentes parecem ter uma relação distintiva com a dor, tornando-a paradoxalmente também no seu refúgio. O alcoolismo e abuso de outras substâncias são outros denominadores comuns.



Na BN, uma das maiores causas de morte é o suicídio. Considerando que os mecanismos podem ser os mesmos mas mais graves, o comportamento suicidário, nesta perspectiva, será um *continuum* da evolução dos CAL na BN. Contudo, é importante sublinhar que não é necessário que um doente bulímico se auto-mutile para que tente o suicídio.

Os processos psicopatológicos mais relevantes na ligação da BN e das auto-mutilações aparentam então ser a impulsividade, a dissociação e a agressividade. Serão propulsionados principalmente por antecedentes de trauma (nomeadamente abuso sexual na infância e negligência) e a base mais fértil para se exacerbarem será os traços de personalidade *borderline* (e ainda mais o distúrbio). Esta é uma hipótese explicativa, contudo foi perceptível, na pesquisa para este trabalho, que há ainda uma grande lacuna na investigação da integração dos elementos psicológicos/processos mentais para a explicação dos CAL na BN e que merece ser abordada.



REFERÊNCIAS

1. Brown, T. a, Haedt-Matt, A. a, & Keel, P. K. (2011). Personality pathology in purging disorder and bulimia nervosa. *The International journal of eating disorders*, 1-6. doi:10.1002/eat.20904
2. Bulik, C M, Sullivan, P. F., Joyce, P. R., & Carter, F. A. (1995). Temperament, character, and personality disorder in bulimia nervosa. *The Journal of nervous and mental disease*, 183(9), 593-8. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7561822>
3. Bulik, C. M. et al. (1995). Temperament, Character and Personality Disorder in Bulimia Nervosa. *The Journal of nervous and mental disease*, 183(9), 593-598.
4. Chen, E. Y., Brown, M. Z., Harned, M. S., & Linehan, M. M. (2009). A comparison of borderline personality disorder with and without eating disorders. *Psychiatry research*, 170(1), 86-90. doi:10.1016/j.psychres.2009.03.006
5. Claes, L., Vandereycken, W., & Vertommen, H. (2006). Pain experience related to self-injury in eating disorder patients. *Eating behaviors*, 7(3), 204-13. doi:10.1016/j.eatbeh.2005.09.003
6. Coelho, Rui; Prata, Joana; Ramos, S. (2006). *Perturbações do Comportamento Alimentar*.
7. Corcos, M., Taïeb, O., Benoit-Lamy, S., Paterniti, S., Jeammet, P., & Flament, M. F. (2002). Suicide attempts in women with bulimia nervosa: frequency and characteristics. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 106(5), 381-6. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12366473>
8. Corstorphine, E., Waller, G., Lawson, R., & Ganis, C. (2007). Trauma and multi-impulsivity in the eating disorders. *Eating behaviors*, 8(1), 23-30. doi:10.1016/j.eatbeh.2004.08.009
9. Crow, S. J., Peterson, C. B., Swanson, S. a, Raymond, N. C., Specker, S., Eckert, E. D., & Mitchell, J. E. (2009). Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. *The American journal of psychiatry*, 166(12), 1342-6. doi:10.1176/appi.ajp.2009.09020247
10. Dohm, F.-A., Striegel-Moore, R. H., Wilfley, D. E., Pike, K. M., Hook, J., & Fairburn, C. G. (2002). Self-harm and substance use in a community sample of Black and White women with binge eating disorder or bulimia nervosa. *The International journal of eating disorders*, 32(4), 389-400. doi:10.1002/eat.10104
11. Duncan, A. E., Neuman, R. J., Kramer, J. R., Kuperman, S., Hesselbrock, V. M., & Bucholz, K. K. (2006). Lifetime psychiatric comorbidity of alcohol dependence and bulimia nervosa in women. *Drug and alcohol dependence*, 84(1), 122-32. doi:10.1016/j.drugalcdep.2006.01.005



12. Dunedin, T., Comorbidity, N., & Replication, S. (2009). Worrying About Obsessions and Compulsions. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, (March), 271-273.
13. Favaro, a, & Santonastaso, P. (1999). Different types of self-injurious behavior in bulimia nervosa. *Comprehensive psychiatry*, 40(1), 57-60. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9924879>
14. Favaro, A., & Santonastaso, P. (2002). The spectrum of self-injurious behavior in eating disorders. *Eating disorders*, 10(3), 215-25. doi:10.1080/10640260290081812
15. Favaro, A., Santonastaso, P., Monteleone, P., Bellodi, L., Mauri, M., Rotondo, A., Erzegovesi, S., et al. (2008). Self-injurious behavior and attempted suicide in purging bulimia nervosa: associations with psychiatric comorbidity. *Journal of affective disorders*, 105(1-3), 285-9. doi:10.1016/j.jad.2007.05.010
16. Fedorowicz, V. J., Falissard, B., Foulon, C., Dardennes, R., Divac, S. M., Guelfi, J. D., & Rouillon, F. (2007). Factors associated with suicidal behaviors in a large French sample of inpatients with eating disorders. *The International journal of eating disorders*, 40(7), 589-95. doi:10.1002/eat.20415
17. Fischer, S., & le Grange, D. (2007). Comorbidity and high-risk behaviors in treatment-seeking adolescents with bulimia nervosa. *The International journal of eating disorders*, 40(8), 751-3. doi:10.1002/eat.20442
18. Fischer, S., Smith, G. T., & Cyders, M. A. (2009). NIH Public Access, 28(8), 1413-1425. doi:10.1016/j.cpr.2008.09.001.Another
19. Forcano, L., Fernández-Aranda, F., Alvarez-Moya, E., Bulik, C., Granero, R., Gratacòs, M., Jiménez-Murcia, S., et al. (2009). Suicide attempts in bulimia nervosa: personality and psychopathological correlates. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, 24(2), 91-7. doi:10.1016/j.eurpsy.2008.10.002
20. Foulon, C, Guelfi, J. D., Kipman, a, Adès, J., Romo, L., Houdeyer, K., Marquez, S., et al. (2007). Switching to the bingeing/purging subtype of anorexia nervosa is frequently associated with suicidal attempts. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, 22(8), 513-9. doi:10.1016/j.eurpsy.2007.03.004
21. Franko, D. L., & Keel, P. K. (2006). Suicidality in eating disorders: occurrence, correlates, and clinical implications. *Clinical psychology review*, 26(6), 769-82. doi:10.1016/j.cpr.2006.04.001
22. Gelder, Michael; Gath, Dennis; Mayou, R. C. P. (1996). *Oxford Textbook Of Psychiatry* (9th ed.). Oxford University Press.
23. Göpel, C., Herrmann, F., & Marcus, a. (2001). Life-threatening tonsil hyperplasia probably induced by severe bulimia nervosa: a case report. *The International journal of eating disorders*, 29(1), 100-3. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11135343>



24. Herzog, D. B., Greenwood, D. N., Dorer, D. J., Flores, a T., Ekeblad, E. R., Richards, a, Blais, M. a, et al. (2000). Mortality in eating disorders: a descriptive study. *The International journal of eating disorders*, 28(1), 20-6. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10800010>
25. Hoek, H. W., & van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *The International journal of eating disorders*, 34(4), 383-96. doi:10.1002/eat.10222
26. Kaplan, Harold I.; Sadock, B. J. (1998). *Synopsis of Psychiatry* (8th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
27. Lehoux, P. M., Steiger, H., & Jabalpurilawa, S. (2000). State/trait distinctions in bulimic syndromes. *The International journal of eating disorders*, 27(1), 36-42. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10590447>
28. Levitt, J. L., Sansone, R. A., & Cohn, L. (2007). *Self-Harm Behavior and Eating Disorders: Dynamics, Assessment, and Treatment* (p. 291). Routledge.
29. Matsumoto, T., Yamaguchi, A., Asami, T., Okada, T., Yoshikawa, K., & Hirayasu, Y. (2005). Characteristics of self-cutters among male inmates: association with bulimia and dissociation. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 59(3), 319-26. doi:10.1111/j.1440-1819.2005.01377.x
30. Menninger, K. M. (1938). *Man Against Himself*. New York.
31. Muehlenkamp, J. J., Engel, S. G., Wadson, A., Crosby, R. D., Wonderlich, S. a, Simonich, H., & Mitchell, J. E. (2009). Emotional states preceding and following acts of non-suicidal self-injury in bulimia nervosa patients. *Behaviour research and therapy*, 47(1), 83-7. Elsevier Ltd. doi:10.1016/j.brat.2008.10.011
32. Nickel, C., Simek, M., Moleda, A., Muehlbacher, M., Buschmann, W., Fartacek, R., Bachler, E., et al. (2006). Suicide attempts versus suicidal ideation in bulimic female adolescents. *Pediatrics international : official journal of the Japan Pediatric Society*, 48(4), 374-81. doi:10.1111/j.1442-200X.2006.02224.x
33. Nickel, M. K., Simek, M., Lojewski, N., Muehlbacher, M., Fartacek, R., Kettler, C., Bachler, E., et al. (2006). Familial and sociopsychopathological risk factors for suicide attempt in bulimic and in depressed women: prospective study. *The International journal of eating disorders*, 39(5), 410-7. doi:10.1002/eat.20288
34. Peterson, C. B., Thuras, P., Ackard, D. M., Mitchell, J. E., Berg, K., Sandager, N., Wonderlich, S. A., et al. (2011). Personality dimensions in bulimia nervosa, binge eating disorder, and obesity. *Comprehensive psychiatry*, 51(1), 31-6. doi:10.1016/j.comppsy.2009.03.003
35. Pompili, M., Girardi, P., Tatarelli, G., Ruberto, A., & Tatarelli, R. (2006). Suicide and attempted suicide in eating disorders, obesity and weight-image concern. *Eating behaviors*, 7(4), 384-94. doi:10.1016/j.eatbeh.2005.12.004
36. Prince, A. C., Brooks, S. J., Stahl, D., & Treasure, J. (2009). Systematic review and meta-analysis of the baseline concentrations and physiologic responses of gut



hormones to food in. *American Journal of Clinical Nutrition*.
doi:10.3945/ajcn.2008.27056.Am

37. Roe-sepowitz, D. (2007). Characteristics and predictors of self-mutilation: a study of incarcerated women. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 321, 312-321.
doi:10.1002/cbm
38. Rowe, S. L., Jordan, J., McIntosh, V. V. W., Carter, F. a, Bulik, C. M., & Joyce, P. R. (2008). Impact of borderline personality disorder on bulimia nervosa. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 42(12), 1021-9.
doi:10.1080/00048670802512040
39. Sampaio, Daniel; Bouça, Dulce; Carmo, Isabel, Jorge, Z. (1999). *Doenças do Comportamento Alimentar - Manual para o Clínico Geral*. Edições ASA.
40. Sansone, Randy A, & Levitt, J. L. (2002). Self-Harm Behaviors Among Those With Eating Disorders: An Overview. *Eating disorders*, 20, 205-213.
41. Sansone, Randy A;, & Sansone, L. A. (2011). Personality Pathology and Its Influence on Eating Disorders. *Clinical Neuroscience*, 8(3), 13-18.
42. Saraiva, C. B. (2006). *Estudos Sobre o Para-Suicídio* (1st ed.).
43. Spindler, A., & Milos, G. (2004). Psychiatric Comorbidity and Inpatient Treatment History in Bulimic Subjects. *General Hospital Psychiatry*, (26), 19-23.
44. Svirko, E., & Hawton, K. (2007). Self-injurious behavior and eating disorders: the extent and nature of the association. *Suicide & life-threatening behavior*, 37(4), 409-21. doi:10.1521/suli.2007.37.4.409
45. Truglia, E., Mannucci, E., Lassi, S., Rotella, C. M., Faravelli, C., & Ricca, V. (2006). Aggressiveness, anger and eating disorders: a review. *Psychopathology*, 39(2), 55-68.
doi:10.1159/000090594
46. Wonderlich, S., Myers, T., Norton, M., & Crosby, R. (2002). Self-Harm and Bulimia Nervosa: A Complex Connection. *Eating disorders*, 10, 257-267.
47. Zapolski, T. C. B., Settles, R. E., Cyders, M. A., & Smith, G. T. (2010). Borderline Personality Disorder, Bulimia Nervosa, Antisocial Personality Disorder, ADHD, Substance Use: Common Threads, Common Treatment Needs, and the Nature of Impulsivity. *Independent practitioner (Lutterworth, England)*, 30(1), 20-23. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3022439&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>