

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE

NICOLE CANDEIA DE ALBUQUERQUE

SOB A PERSPECTIVA DA TERAPIA
COGNITIVO-COMPORTAMENTAL,
DISMORFIA MUSCULAR: UM PLANO
INTERVENTIVO DIRECIONADO A ATLETAS E
FISICULTURISTAS

RECIFE

2018

NICOLE CANDEIA DE ALBUQUERQUE

SOB A PERSPECTIVA DA TERAPIA
COGNITIVO-COMPORTAMENTAL,
DISMORFIA MUSCULAR: UM PLANO
INTERVENTIVO DIRECIONADO A ATLETAS E
FISICULTURISTAS

Trabalho de conclusão de curso
apresentado à Faculdade Pernambucana
de Saúde para obtenção de bacharel em
Psicologia, sob a orientação de
Rosângela Vieira Dornelas, CRP
02/11.213

RECIFE

2018

AGRADECIMENTOS

Por mais que eu tenha feito esse trabalho, definitivamente tive o apoio e auxílio de diversas pessoas na minha vida. Devo agradecer à minha família, por sempre ter estimulado e valorizado meu acesso à educação. À Marcelo, por ter sido meu porto seguro em meio a tantas crises. Preciso agradecer também a Leopoldo e Rô, dois tutores que me acolheram como ser humano e aluna, escutando minhas angústias e me ajudando a acreditar no meu potencial e no meu trabalho.

E, sobretudo, agradeço a Deus por ter feito minha vida cruzar com as vidas de tantas pessoas boas, que me ajudaram tanto. Obrigada!

“Quem, de três milênios, não é capaz de se dar conta, vive na ignorância, na sombra,
mercê dos dias, do tempo.”

Johann Wolfgang von Goethe

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	5
1.1. Imagem corporal.....	7
1.2. Alimentação, suplementação e esteroides anabolizantes.....	8
1.3. Prática de exercícios físicos.....	9
1.4. Terapia cognitivo-comportamental.....	10
2. OBJETIVOS.....	13
2.1. Objetivo geral.....	13
2.2. Objetivos específicos.....	13
3. METODOLOGIA.....	14
3.1. Revisão bibliográfica.....	14
3.2. Procedimentos do plano interventivo.....	14
3.3. Aspectos éticos.....	14
RESULTADOS.....	15
CONCLUSÃO.....	35
REFERÊNCIAS.....	36

1. INTRODUÇÃO

Vive-se em um período histórico no qual os meios de comunicação, de acordo com o contexto social e cultural que estão inseridos, influenciam na construção da subjetividade dos indivíduos (RIBEIRO; KRUSE, 2014), isto é, estes interpretam o mundo através de diversos estímulos externos, e dentre eles, também das informações selecionadas e veiculadas pela mídia. A mídia por sua vez, ao veicular uma mensagem em torno de ideais de beleza, possibilita uma nova forma de olhar do outro, na qual o modo que se aparenta ser tem mais relevância do que aspectos subjetivos como sentimentos ou caráter, outrora mais importantes. Com isso, o sujeito e seu caráter subjetivo se tornam coadjuvantes, em detrimento de um corpo que ganha evidência e lugar de protagonismo (SEVERIANO, 2010).

A rede virtual eternaliza no corpo a suposta perfeição das vivências humanas, sendo ele objeto de investimento em prol de felicidade duradoura, reconhecimento social, saúde e bem estar. O sujeito deposita então seus objetivos na busca de um corpo inatingível. Contudo, o caráter inatingível desse corpo ideal possibilita como resultado transtornos de imagem, exclusão social, sentimentos de fracasso, perda da autoestima e sofrimento psíquico (SEVERIANO, 2010).

Frente a tal quadro de adoecimento, a dismorfia muscular, também chamada de vigorexia, se faz presente por caracterizar também uma distorção da imagem corporal, visto que indivíduos por ele acometidos frequentemente se descrevem como "fracos e pequenos", quando apresentam musculatura mais desenvolvida que a média da população masculina (CAMARGO et al., 2008).

Depois de pesquisas prévias com atletas (POPE et al., 1987;1992), em um estudo de 1993, um grupo de pesquisadores , (POPE et al., 1993), reconheceu a síndrome que trazia os sintomas da dismorfia muscular como uma “anorexia reversa”, visto que esta apresentava os sintomas de maneira oposta à anorexia nervosa. Posteriormente, em um estudo de 1997 (POPE et al., 1997), do mesmo grupo de pesquisadores apresentou a anorexia reversa como dismorfia muscular, colocando-a como uma ainda não reconhecida forma de dismorfia corporal.

A dismorfia muscular foi caracterizada por apresentar pensamentos obsessivos sobre muscularidade, e comportamentos compulsivos associados como checagem, comparação, busca por validação e prática excessiva de exercícios, aparentando

semelhanças com o transtorno obsessivo compulsivo (TOC). No entanto, a imagem corporal é também um foco nessas preocupações, sendo assim mais apropriado que a dismorfia muscular fosse classificada como uma forma de dismorfia corporal, e não do TOC (POPE et al., 1997).

Atualmente, a dismorfia muscular encontra-se no DSM-V como uma especificidade do transtorno dismórfico corporal, que por sua vez pertence à classe de transtorno obsessivo-compulsivo e outros transtornos relacionados (DSM-5, 2014).

O transtorno dismórfico corporal é definido como uma preocupação com um ou mais defeitos ou falhas percebidas na aparência física que não são observáveis ou são leves para outros. Indivíduos com esse transtorno apresentaram comportamentos repetitivos ou atos mentais em resposta a essa preocupação com sua aparência. Muitos com a dismorfia corporal tendem a ser preocupados com sua face, cabelo e pele, mas qualquer parte do corpo pode entrar em foco nesse transtorno (GRAVES; WELSH, 2004).

A dismorfia muscular, por sua vez, consiste na preocupação com a ideia que o próprio corpo é muito pequeno ou insuficientemente musculoso, acometendo em sua maioria, indivíduos do sexo masculino (DSM-5, 2014). Demonstra presença significativa em atletas e fisiculturistas, visto que diversos estudos sobre esse tema utilizam amostras selecionadas com esse público, apesar de dificultar generalizações acerca da prevalência do transtorno. (ASSUNÇÃO, 2002).

Indivíduos que apresentam a dismorfia muscular geralmente praticam muitas horas de levantamento de peso e restringem sua dieta, frequentemente abandonando atividades sociais, recreativas e outras ocupações pela necessidade compulsiva de manter seus horários de treino e dieta, evitando situações onde o corpo é exposto a outros, demonstrando frente a estes, estresse e ansiedade (BEHAR; MOLINARI, 2010). Tais comportamentos, bem como preocupação com sua musculatura, acarretam consequências que incluem prejuízo no funcionamento social e ocupacional, intensa aflição frente à possibilidade do próprio corpo ser visto em público, além de uso abusivo de esteroides anabolizantes e outras drogas (POPE et al., 1997).

Em suma, existem três aspectos principais que caracterizam o transtorno de dismorfia muscular: a alteração da imagem corporal, a restrição alimentar, acompanhada de suplementação e uso abusivo de esteroides anabolizantes, e a prática excessiva de exercícios físicos (treinamento de força – levantamento de peso).

A dismorfia muscular é um quadro pouco estudado, e não há qualquer descrição sistemática de seu tratamento, se fazendo necessários, portanto, mais estudos que possam apresentar mais formas de abordagem terapêutica. Contudo, o tratamento pela perspectiva da Terapia cognitivo-comportamental se mostra útil nesses casos (ASSUNÇÃO, 2002).

Dessa forma, esse estudo tem como proposta um plano interventivo, baseado na perspectiva da terapia cognitiva-comportamental, direcionado a atletas e fisiculturistas.

1.1. Imagem corporal

A imagem corporal é um conceito multidimensional que engloba a percepção da aparência de um corpo e as respostas emocionais relativas a essa percepção (WILLIAMSON, 2006). Apresenta duas dimensões, a perceptiva e a atitudinal. A perceptiva se refere à precisão no julgamento do tamanho do corpo. Já a atitudinal pode ser dividida em três aspectos, o cognitivo, o afetivo e o comportamental. Esses dizem respeito, respectivamente, às crenças e pensamentos, sentimentos e comportamentos relacionados ao corpo. (FERREIRA; CASTRO; MORGADO, 2014 apud BATISTA et al, 2005).

Por ser construída também através de estímulos externos, está sujeita a influências do contexto na qual está inserida, por exemplo, pelas novas tecnologias e pela mídia. Dessa forma, essas informações obtidas pelo contato com o ambiente são apreendidas e passam a configurar a forma com que o sujeito percebe o mundo e a si mesmo (BARROS, 2005).

Transforma relações externas com o mundo, bem como é transformada por elas, apresentando contínua (troca) entre processos fisiológicos, psicológicos e sociais (BARROS, 2005). Frente a isso, a imagem corporal diz da articulação de aspectos fisiológicos com aspectos subjetivos e emocionais do indivíduo, que por sua vez, são resultantes da percepção singular das experiências vividas com o mundo e com outras pessoas (BARROS, 2001).

1.2. Alimentação, suplementação e esteroides anabolizantes

Frequentemente, indivíduos que apresentam dismorfia muscular estritamente aderem a uma dieta com um consumo específico de calorias, alta em proteína e baixa em gordura. Se desviam por algum motivo desse padrão alimentar, podem ficar ansiosos ou agitados a ponto de precisarem compensar isso de forma imediata, fazendo treinos extras, por exemplo. (POPE et al., 1997). Vale ressaltar que esses indivíduos, em sua maioria, fazem sua própria dieta com base em informações advindas de amigos, colegas ou instrutores de academia e internet, sem ter acompanhamento profissional ou conhecimentos específicos de nutrição (PINTO; ARAÚJO, 2007).

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, a Anvisa, suplementos alimentares são produtos que tem o fim de suplementar a dieta com nutrientes e outras substâncias em situações específicas, como os suplementos vitamínicos ou minerais (portaria n.32/1998) e os Alimentos para Atletas (RDC n. 18/2010). Eles podem auxiliar desde em demandas nutricionais de atletas, permitindo que cumpram a rotina de treinos para melhorar seu desempenho ou auxiliar na redução da absorção de colesterol em alguns indivíduos. Não existem produtos regularizados que possuem efeitos “milagrosos” como emagrecimento ou ganhos de massa muscular, por exemplo. A eficácia da suplementação está associada à estratégia definida para o alcance dos objetivos do indivíduo. Não são todos que precisam suplementar sua dieta, os alimentos para atletas destinam-se a um público específico.

De acordo com o Observatório Brasileiro de informações Sobre Drogas (OBID), os esteroides anabolizantes são substitutos sintéticos do hormônio masculino testosterona, e promovem o efeito anabólico, que leva ao crescimento da musculatura, e o androgênico, que leva ao desenvolvimento das características sexuais masculinas. Apesar de possuir usos clínicos, nos quais sua principal função é de reposição de testosterona, se usado para outros fins que não médico, é ilegal, e acarreta problemas à saúde. Frequentemente, usuários podem usar os anabolizantes durante ciclos de 6 a 12 semanas ou mais, e depois parar por um tempo semelhante, com uma crença de que isso garantirá a recuperação do sistema hormonal, contudo, essa crença não é comprovada.

Alguns dos principais efeitos dos esteroides consistem em nervosismo, irritação, agressividade, problemas hepáticos, acne grave, problemas sexuais e cardiovasculares, aumento do HDL, diminuição da imunidade. O uso abusivo de esteroides pode levar à

distorção de juízo em relação a sentimentos de invencibilidade, distração, confusão mental, bem como a uma distorção de julgamento do próprio corpo (dismorfia muscular).

Pope et al (1997) em um estudo com 108 participantes, dos quais 55 eram usuários de anabolizantes e 53 não eram, 9 relataram histórico de dismorfia muscular; desses 9, todos relataram que o transtorno começou após o uso de esteroides anabolizantes.

Por sua vez, Garcez Nabuco et al, (2016), em um estudo com 182 atletas de 14 a 59 anos, ambos os gêneros e 20 esportes diferentes, mostram que os homens são mais suscetíveis ao consumo de suplementos dietéticos, e dentre outros resultados, participantes usuários desses suplementos demonstraram ser duas vezes mais propensos a desenvolverem a dismorfia muscular.

Segundo a Anvisa, os anabolizantes não são autorizados para o uso em alimentos incluindo suplementos

1.3. Prática de exercícios físicos

Em um estudo de Hernandez-Martinez (2016) observou-se que atletas podem demonstrar sintomas de dismorfia muscular por estarem engajados em uma atividade na qual o desenvolvimento muscular é um fator determinante. Pope et al (1997) considerou, também, que o levantamento de peso ou treinamento de resistência compulsivos, mesmo com aqueles com bom desenvolvimento muscular, se tornam foco na vida das pessoas com vigorexia. Faz-se necessário, portanto, abordar os aspectos benéficos da prática do treinamento de força, bem como as consequências negativas decorrentes do treinamento de força excessivo.

A musculação (treinamento de força aplicado em ginásio ou academia) constitui a base do treinamento de diversas modalidades esportivas, e é o termo mais utilizado para designar o treino com pesos. Ela desenvolve qualidades de aptidão física, fortalece e torna mais resistente a estrutura musculoesquelética, melhora a flexibilidade e coordenação, diminui os fatores de risco para doenças crônicas em geral, é fundamental para a preservação e reabilitação funcional de articulações com processos degenerativos ou inflamatórios crônicos, e ainda apresenta baixo risco de lesões traumáticas (SILVA, 2007).

Apesar de seus diversos efeitos benéficos à saúde, se exercitar excessivamente pode acarretar uma série de consequências psicológicas e físicas negativas, tal como a dependência do exercício, que ocorre quando a atividade física moderada ou vigorosa torna-se um comportamento compulsivo (HAUSENBLAS; DOWNS, 2001), tendinites e teno-bursites agudas devido ao abuso de cargas, e em longo prazo, tendinites crônicas, agravadas muitas vezes por micro traumas de exercícios ou técnicas inadequadas de execução (SILVA, 2007).

1.4. Terapia cognitivo-comportamental

A terapia cognitiva foi desenvolvida no início da década de 1960 pelo psiquiatra Aaron T. Beck, que para o tratamento da depressão criou uma psicoterapia de curta duração, direcionada à solução de problemas, estruturada e voltada para o presente. O tratamento se baseia na conceituação do paciente através da compreensão de seu modelo cognitivo, que por sua vez parte da hipótese de que o que o indivíduo pensa dos eventos influencia sua cognição, comportamento e emoções (BECK, J. S, 2013).

A cognição, por sua vez, possui níveis de organização (BANACO, R. A, 1997). No nível mais superficial, se processam os pensamentos automáticos, os quais consistem em pensamentos avaliativos e rápidos, que não necessariamente obedecem a uma linha de raciocínio lógico nem se baseiam fielmente à situação vivida pelo indivíduo. Podem ser provocados por estímulos internos ou externos, e apesar de facilmente acessados (KNAPP, P, 2014), muitas pessoas não estão cientes deles, a não ser que estejam treinadas para monitorá-los e identifica-los (KNAPP, P; BECK, A. T, 2008)

O teor desses pensamentos deriva dos níveis mais profundos da cognição, nos quais se processam as crenças intermediárias e centrais. As intermediárias são transituacionais, ou seja, se apresentam de maneiras diferentes a depender da situação, e consistem em regras, atitudes e pressupostos que regem a vida do indivíduo, e são expressas sob um formato condicional. As crenças centrais ou nucleares são mais enraizadas e profundas, que diferente das intermediárias, são verdades absolutas que regem o pensamento do indivíduo independente da situação (KNAPP, P; BECK, A. T, 2008).

As crenças estão contidas em estruturas cognitivas adquiridas no período inicial do desenvolvimento chamadas “esquemas” (KNAPP, 2014). Os esquemas são estruturas que armazenam e organizam informações, funcionando como filtros que quando ativados, influenciam na avaliação objetiva das experiências e na forma como as quais são processadas. Dessa forma, se o indivíduo avalia erroneamente uma situação, mesmo quando sua percepção dela está correta, podem ocorrer as distorções cognitivas de pensamento, que por sua vez, retroalimentam esquemas disfuncionais preexistentes (KNAPP; BECK, 2008).

Sob essa perspectiva, o objetivo terapêutico da TCC é de reconstruir e corrigir padrões distorcidos de pensamento, tendo como base de tratamento os princípios básicos:

Princípio nº1	A terapia cognitivo-comportamental está baseada em uma formulação em desenvolvimento contínuo dos problemas dos pacientes e em uma conceituação individual de cada paciente em termos cognitivos.
Princípio nº2	A terapia cognitivo-comportamental requer uma aliança terapêutica sólida.
Princípio nº3:	A terapia cognitivo-comportamental enfatiza a colaboração e a participação ativa.
Princípio nº4:	A terapia cognitivo-comportamental é orientada para os objetivos e focada nos problemas.
Princípio nº5:	A terapia cognitivo-comportamental enfatiza inicialmente o presente.
Princípio nº6	A terapia cognitivo-comportamental é educativa, tem como objetivo ensinar o paciente a ser seu próprio terapeuta e enfatiza a prevenção de recaída.

Princípio nº7	A terapia cognitivo-comportamental visa ser limitada no tempo.
Princípio nº8	As sessões da terapia cognitivo-comportamental são estruturadas.
Princípio nº9	A terapia cognitivo-comportamental ensina os pacientes a identificar, avaliar e responder aos seus pensamentos e crenças disfuncionais.
Princípio nº10	A terapia cognitivo-comportamental usa uma variedade de técnicas para mudar o pensamento, o humor, e o comportamento.

(BECK, 2014)

Sobretudo, terapeuta da TCC deve ensinar o cliente a ser seu próprio terapeuta. Através da psicoeducação, do questionamento socrático e do empirismo colaborativo, o profissional ajudará o indivíduo a identificar, questionar e testar, através de experimentos e técnicas, seus pensamentos automáticos distorcidos. Também poderá aprender de forma contínua sobre a maneira que seu pensamento influencia na forma que se sente, e como muitas vezes altera seu humor e comportamento.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Propor para a dismorfia muscular um plano interventivo baseado na terapia cognitivo-comportamental, direcionado a atletas e fisiculturistas.

2.2. Objetivos específicos

- Especificar etapas do processo terapêutico consoantes com a dismorfia muscular;
- Sugerir técnicas e atividades direcionadas às necessidades do público alvo;
- Propor princípios fundamentais para a compreensão do quadro clínico de um atleta de alto rendimento ou praticante de fisiculturismo que apresenta dismorfia muscular.

3. METODOLOGIA

3.1. Revisão bibliográfica

Realizou-se uma revisão bibliográfica nas bases de dado SCIELO e PubMed, na qual os artigos foram filtrados por relevância. Foram utilizados artigos originais datados desde 1982 até artigos mais recentes de 2017, bem como livros e sites governamentais.

3.2. Procedimentos do plano interventivo

- Foram elaboradas etapas para o plano de intervenção, baseadas na terapia cognitivo-comportamental e necessidades do público alvo;
- Sugeriram técnicas e atividades para cada etapa do plano interventivo;
- Foram propostos princípios básicos para a prática clínica com atletas e fisiculturistas.

3.3. Aspectos éticos

Este trabalho consiste na elaboração de um produto educacional, na qual não foi realizada pesquisa com seres humanos, não necessitando, portanto, ser submetido ao comitê de ética.

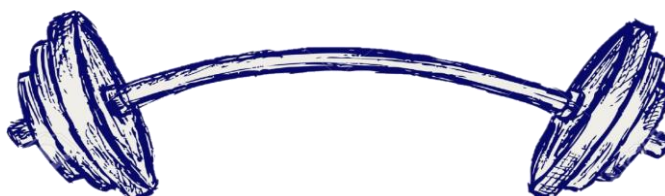
4. RESULTADOS

Os resultados do trabalho consistem no produto educacional que segue nas próximas páginas.

NICOLE CANDEIA DE ALBUQUERQUE

SOB A PERSPECTIVA DA TERAPIA
COGNITIVO-COMPORTAMENTAL:

DISMORFIA MUSCULAR



UM PLANO INTERVENTIVO DIRECIONADO A
ATLETAS E FISICULTURISTAS

SUMÁRIO

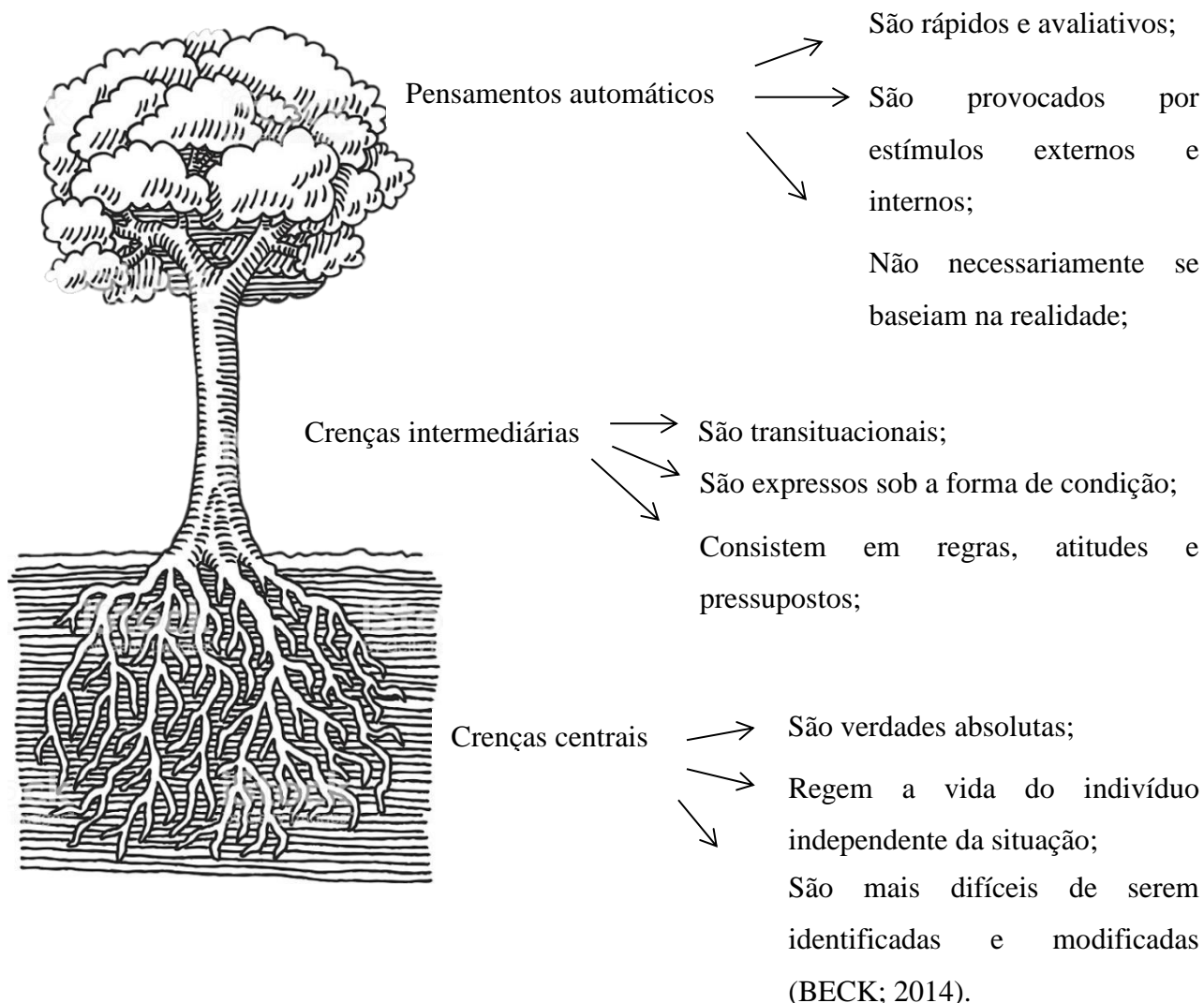
APRESENTAÇÃO.....	18
1. CONCEITOS CENTRAIS DA TERAPIA COGNITIVO- COMPORTAMENTAL (TCC).....	19
2. PRINCÍPIOS BÁSICOS PARA PRÁTICA CLÍNICA COM ATLETAS E FISICULTURISTAS.....	21
3. ASPECTOS IMPORTANTES DA DISMORFIA MUSCULAR.....	22
4. ETAPAS DO PLANO INTERVENTIVO.....	23
4.1. Psicoeducação: ensinando sobre o pensar, o sentir e o agir.....	23
4.2. Entrevista inicial.....	23
4.2.1. Histórico.....	24
4.2.2. Vínculo social.....	24
4.2.3. Relação com o treinamento e trajetória esportiva.....	25
4.2.4. Relação com a alimentação, suplementação e uso de outras substâncias.....	25
4.2.5. Rotina, interesses e objetivos.....	26
4.2.6. Outras sugestões.....	26
4.3. Evocação de pensamentos.....	28
4.4. Identificação e modificação de distorções.....	29
4.5. Empirismo colaborativo.....	33
O QUE HÁ DE MAIS IMPORTANTE?.....	35

APRESENTAÇÃO

A dismorfia muscular emerge de um contexto no qual a imagem é exaltada e a subjetividade, colocada em segundo plano. Consiste em um transtorno no qual os indivíduos se percebem insuficientemente musculosos ou muito pequenos em tamanho, quando, de fato, são até mais musculosos que uma média geral de indivíduos. Diversos estudos demonstram sua presença significativa em atletas levantadores de peso, fisiculturistas, mas não necessariamente se tem uma descrição sistemática de seu tratamento.

Dessa forma, esse material consiste em um plano de intervenção direcionado a atletas e fisiculturistas que vivenciam as particularidades do quadro da dismorfia muscular. Sob a perspectiva da terapia cognitivo-comportamental, traz os conceitos centrais da abordagem, os princípios básicos para a prática clínica com atletas e fisiculturistas, bem como sugestões de técnicas e ferramentas que podem auxiliar no tratamento desse transtorno.

1. CONCEITOS CENTRAIS DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL (TCC)



- As crenças estão contidas em estruturas cognitivas adquiridas no período inicial do desenvolvimento chamadas “**esquemas**” (KNAPP, 2014);
- **Esquemas** são estruturas que armazenam e organizam informações; são filtros que **quando ativados, influenciam na avaliação objetiva das experiências** e na forma como as quais são processadas.
- Se o indivíduo avalia erroneamente uma situação, mesmo quando sua percepção dela está correta, isso caracteriza uma **distorção de pensamento**, que por sua vez, retroalimenta esquemas disfuncionais preexistentes (KNAPP; BECK, 2008).

O terapeuta da TCC ajudará o atleta e fisiculturista a:

- A identificar, questionar e testar seus pensamentos distorcidos;
- A ser seu próprio terapeuta;
- A treinar diariamente sua mente para evolução no acompanhamento;

2. PRINCÍPIOS BÁSICOS PARA PRÁTICA CLÍNICA COM ATLETAS E FISCULTURISTAS

- O alto rendimento exige dos atletas um investimento maior no esporte, por ser sua ocupação profissional. Atletas e praticantes de fisiculturismo inseridos nesse contexto irão seguir um regime mais rígido de treinamento, dieta alimentar e consumo de suplementos e outras substâncias;
- Frente a isso, o psicólogo não deve se atentar a investigar apenas esse regime, mas a percepção e interpretação do atleta em relação a isso, bem como seus objetivos em relação ao esporte que pratica;
- Não se deve utilizar, para avaliar atletas, os mesmos parâmetros direcionados a indivíduos que não fazem parte desse contexto específico, como por exemplo, pessoas que praticam algum esporte com fins recreativos ou não competitivos, de forma geral;
- O atleta tem um regime específico de treinos que se baseia em uma periodização, ou seja, em um planejamento frente aos períodos pré-competitivo, competitivo e pós-competitivo. A intervenção de qualquer profissional da área de saúde no contexto do esporte competitivo deve ser planejada de acordo com essa periodização.

3. ASPECTOS IMPORTANTES DA DISMORFIA MUSCULAR

- O indivíduo apresenta alteração na imagem corporal, por se perceber muito menos musculoso do que realmente é;
- Apresenta pensamentos obsessivos em relação à musculatura;
- Apresenta comportamentos compulsivos tais como comparação e checagem excessiva;
- Traz de forma significativa distorções cognitivas em seus pensamentos, que conseqüentemente geram emoções interpretadas como ruins, e comportamentos disfuncionais, fatores que reforçam as crenças disfuncionais.

4. ETAPAS DO PLANO INTERVENTIVO

4.1. Psicoeducação: ensinando sobre o pensar, o sentir e o agir

A primeira etapa em um processo terapêutico, independente da especificidade do quadro do indivíduo, deve ser o acolhimento. O psicólogo deve explicar para o cliente tudo o que este precisa saber ao iniciar o acompanhamento psicológico, de acordo com sua abordagem. É importante que o terapeuta da terapia cognitivo-comportamental, por sua vez, enfatize os seguintes pontos com o cliente:

- Para que o processo terapêutico seja efetivo, é importante que trabalhemos como uma equipe, nos ajudando em prol de um mesmo objetivo, que é sua melhora;
- Você precisa praticar tudo aquilo que aprender no acompanhamento psicológico. O processo de melhora é um treino mental, e é preciso que sua dedicação seja diária.
- A psicologia não julga seus objetivos, interesses pessoais ou escolhas. Ela apenas te ajudará a refletir e avaliar de forma racional e consciente sobre os pensamentos que podem alterar seu humor e comportamento.

É importante também que o profissional ensine ao cliente, de forma acessível e condizente com sua realidade, o funcionamento básico do modelo cognitivo, ou seja, deve explicar ao cliente o que são os pensamentos automáticos e crenças, e sua relação com as emoções e comportamento. A psicoeducação estará presente em todo o processo terapêutico.

4.2. Entrevista inicial

Serão abordados na entrevista os aspectos principais do quadro de dismorfia muscular, que são a alteração da imagem corporal, os comportamentos compulsivos e pensamentos obsessivos relacionados aos treinos, à dieta alimentar e à percepção do próprio corpo, que por sua vez, denotam claramente distorções cognitivas. Além disso, serão explorados aspectos médicos como histórico psiquiátrico, presença de lesões,

vínculo social, rotina, interesses pessoais, relação com a prática de exercício físico e trajetória esportiva, bem como a relação com a alimentação.

4.2.1. Histórico

Indivíduos com dismorfia muscular tendem ao uso de esteroides anabolizantes, que por sua vez podem desencadear uma série de repercussões negativas na saúde do indivíduo, como problemas hepáticos, acne grave, problemas sexuais e cardiovasculares, aumento do HDL, diminuição da imunidade. Também apresentam tendência a treinar mesmo estando lesionados e podem apresentar um histórico de outros transtornos, tais como a anorexia nervosa e a bulimia nervosa. Exemplo:

- O histórico médico/psiquiátrico;
- Outra condição médica específica;
- Se o atleta apresentou ou apresenta lesões, e quais foram.

4.2.2. Vínculo social

Os indivíduos que apresentam a dismorfia muscular tem seu vínculo social prejudicado, visto que se afastam de familiares e amigos na tentativa de evitar, ao máximo, situações que interfiram no seu regime alimentar e rotina de treinos. O profissional deve investigar se o atleta possui uma rede de apoio emocional, bem como se ele procura estar perto de pessoas que ama. Exemplo:

- Por quem sua família é composta?
- Você mora com quem?
- Quem são as pessoas que você considera sua rede de apoio emocional?

4.2.3. Relação com o treinamento e trajetória esportiva

É importante procurar conhecer a relação do atleta com o esporte que pratica, bem como sua trajetória esportiva. Para conhecer essa relação, o profissional deve explorar a motivação do atleta, bem como o tempo que ele dedica ao esporte e seus objetivos atuais em relação a isso. Exemplo:

- Quantos esportes você já praticou em sua trajetória?
- Qual esporte está praticando agora?
- Há quanto tempo pratica esse esporte?
- Quais são seus objetivos em relação a esse esporte?
- O que te motiva?
- O que te desmotiva?
- Quantas horas diárias, em média, você dedica aos treinos? Quantos dias na semana?

4.2.4. Relação com a alimentação, suplementação e uso de outras substâncias

O atleta, principalmente em esportes como o levantamento de peso, bem como o fisiculturista, realiza dietas específicas, utiliza suplementos alimentares e, geralmente, esteroides anabolizantes com o fim do ganho de massa muscular e melhoria de performance. O profissional deve buscar, portanto, identificar a relação do atleta com sua dieta alimentar, assim como seus gostos em relação à comida. Exemplo:

- Como é sua dieta alimentar? Descreva:
- Usa suplementos alimentares ou outras substâncias? Quais utiliza?
- Você gosta de comer?

- Do que mais gosta?
- Do que menos gosta?

4.2.5. Rotina, interesses e objetivos

É importante que o psicólogo explore os interesses do indivíduo, bem como investigue sua rotina e identifique seus objetivos, para analisar a consonância desses aspectos entre si. Os objetivos e metas são aspectos relevantes no treinamento, e estes precisam ser realistas, condizentes com a capacidade do sujeito. (PAES, 2018), por isso, ao investigar esses fatores, o profissional pode perceber se há ou não disparidade entre eles.

Técnica “gosto e faço”

O QUE GOSTO E FAÇO	O QUE FAÇO E NÃO GOSTO
O QUE NÃO GOSTO E NÃO FAÇO	O QUE GOSTO E NÃO FAÇO

(VALLE, 2008)

Rotina semanal

Horário	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SÁB	DOM

4.2.6. Outras sugestões

Além desses pontos, na entrevista inicial, o profissional pode se utilizar de outras ferramentas e meios de conhecer como o atleta pensa, se sente e se comporta. Pode utilizar o baralho das emoções, pedindo ao atleta que ele identifique a primeira

situação que lhe vier à cabeça em relação às emoções do baralho (as que o profissional achar mais relevante utilizar).

Pode também escolher algumas palavras chave, como família, amigos, treino, dieta, tempo livre, corpo, estudo, dinheiro, e pedir que ele descreva cada uma dessas palavras chave com uma palavra. Pode ainda pedir que ele julgue cada uma delas pelo seu grau de importância para ele, através de uma escala de intensidade (de 0 a 10, por exemplo).

4.3. Evocação de pensamentos

A terceira etapa do processo consiste na evocação dos pensamentos, isto é, o profissional poderá identificar os pensamentos automáticos mais recorrentes, e a partir daí, identificar quais emoções eles mais afloram. A partir da realização das técnicas a seguir, quando o cliente expressar o que pensa, poderá aprender sobre a relação dos pensamentos automáticos com as emoções e comportamentos. Exemplo:

Como os Pensamentos Criam Sentimentos

Pensamento: Penso que...	Sentimento: Portanto, sinto que...
Saí da dieta e exagerei no que comi	Me sinto depressivo(a) e ansioso(a)
Estou muito fraco(a) e fora de forma	Me sinto envergonhado(a)

(LEAHY, 2007)

A Técnica A-B-C

A= Evento Ativador	B= Crença	C= Consequência (Sentimento)	C= Consequência (Comportamento)
Me checo no espelho	Estou muito fraca e pequena	Depressiva, envergonhada	Uso roupas largas para ninguém ver meu corpo

(LEAHY, 2007)

4.4. Identificação e modificação de distorções

Após a evocação dos pensamentos automáticos, quando o cliente aprende a relação do pensar, do sentir e do agir, é possível passar para a próxima etapa, que consiste em entender as distorções do pensamento, na qual a informação crucial consiste em:

- Mesmo quando nossa percepção de um evento está correta, a avaliação feita pelo nosso pensamento pode estar errada;
- Por isso, é importante questionar os pensamentos automáticos e tentar identificar a distorção que ele apresenta.

Quando o cliente conhece os tipos de distorção, através da Lista de Verificação Das Distorções Cognitivas, ele pode tentar identificar por si só que tipo de distorções cognitivas traz em seus pensamentos, a partir de seus registros.

Lista de Verificação das Distorções Cognitivas:

1. Leitura mental: Você imagina que sabe o que as pessoas pensam sem ter evidências suficientes. Por exemplo: “Ele acha que sou um fracasso”.

2. Adivinhação do futuro: Você prevê o futuro – que as coisas vão piorar ou que há perigos pela frente. Por exemplo: “Vou ser reprovado no exame” ou “Não conseguirei o emprego”.

3. Catastrofização: Você acredita que o que aconteceu ou vai acontecer é tão terrível e insustentável que não será capaz de suportar. Por exemplo: “Seria horrível se eu fracassasse”.

4. Rotulação: Você atribui traços negativos a si mesmo e aos outros. Por exemplo: “Sou indesejável” ou “Ele é uma pessoa imprestável”.

5. Desqualificação dos aspectos positivos: Você afirma que as realizações positivas, suas ou alheias, são triviais. Por exemplo: “É isso que se espera das esposas – de modo que não conta quando ela é legal comigo” ou “Esses sucessos são fáceis, de modo que não importam”.

6. Filtro negativo: Você foca quase exclusivamente os aspectos negativos e raramente nota os positivos. Por exemplo: “Veja todas as pessoas que não gostam de mim”.

7. Supergeneralização: Você percebe um padrão global de aspectos negativos com base em um único incidente. Por exemplo: “Isso geralmente me acontece. Parece que eu fracasso em muitas coisas”.

8. Pensamento dicotômico: Você vê eventos, ou pessoas, em termos de tudo-ou-nada. Por exemplo: “Sou rejeitado por todos” ou “Tudo isso foi uma perda de tempo”.

9. Afirmações do tipo “deveria”: Você interpreta os eventos em termos de como as coisas devem ser, em vez de simplesmente concentrar-se no que elas são. Por exemplo: “Eu deveria me sair bem. Caso contrário, serei um fracasso”.

10. Personalização: Você atribui a si mesmo culpa desproporcional por eventos negativos e não consegue ver que certos eventos também são provocados pelos outros. Por exemplo: “Meu casamento terminou porque falhei”.

11. Atribuição de culpa: Você se concentra na outra pessoa como fonte de sentimentos negativos e se recusa a assumir a responsabilidade da mudança. Por exemplo: “Estou me sentindo assim agora por culpa dela” ou “Meus pais são a causa de todos os meus problemas”.

12. Comparações injustas: Você interpreta os eventos em termos de padrões irrealistas, comparando-se com pessoas que se saem melhor do que você e concluindo, então, que é inferior a elas. Por exemplo: “Ela é mais bem-sucedida do que eu” ou “Os outros se saíram melhor do que eu no teste”.

13. Orientação para o remorso: Você fica preso à ideia de que poderia ter se saído melhor no passado, em vez de pensar no que pode fazer melhor agora. Por exemplo: “Eu poderia ter conseguido um emprego melhor se tivesse tentado” ou “Eu não deveria ter dito isso”.

14. E se...? : Você faz uma série de perguntas do tipo “e se...” alguma coisa acontecer, e nunca fica satisfeito com as respostas. Por exemplo: “Sim, mas e se eu ficar ansioso?” ou “E se eu não conseguir respirar?”

15. Raciocínio emocional: Você deixa os sentimentos guiarem sua interpretação da realidade. Por exemplo: “Sinto-me deprimida; conseqüentemente, meu casamento não está dando certo”.

16. Incapacidade de refutar: Você rejeita qualquer evidência ou argumento que possa contradizer os pensamentos negativos. Por exemplo, quando você pensa “Não sou digna de amor”, rejeita como irrelevante qualquer evidência de que as pessoas gostem de

você. Conseqüentemente, o pensamento não é refutado. Outro exemplo: “Esse não é o problema real. Há problemas mais profundos. Existem outros fatores”.

17. Foco no julgamento: Você avalia a si próprio, os outros e os eventos em termos de preto-e-branco (bom-mau ou superior-inferior), em vez de simplesmente descrever, aceitar ou compreender. Está continuamente se avaliando e avaliando os outros segundo padrões arbitrários e concluindo que você e os outros deixam a desejar. Você se concentra nos julgamentos dos outros e de si mesmo. Por exemplo: “Não tive um bom desempenho na faculdade” ou “Se eu for aprender tênis, vou me sair mal” ou “Veja como ela faz sucesso. Eu não consigo”.

Categorização das Distorções cognitivas

Pensamento Automático	Distorção
Comi um doce e perdi todo o progresso que fiz nos treinos	Pensamento dicotômico
Saí da dieta hoje. Não tenho foco nenhum.	Incapacidade de refutar

(LEAHY, 2007)

Quando o cliente aprende que seus pensamentos podem avaliar erroneamente uma situação, ou seja, pode ser distorcido, ele pode começar a pensar em formas de modificar sua forma de pensar, buscando alternativas mais consoantes com a realidade factível. É preciso que ele pratique a busca de alternativas para seu pensamento automático, bem como evidências ou provas a favor ou contra a distorção identificada.

Exame de evidências

Crença: “Perderei peso porque não consegui treinar hoje”

Evidências a favor...	Evidências Contra...
Talvez eu perca o efeito imediato do treino na musculatura	Não se ganha ou perde peso do dia para a noite
	O descanso da musculatura favorece sua hipertrofia

(LEAHY, 2007)

Desempenho do Papel de seu Próprio Advogado de Defesa

Muitas vezes nos criticamos, mas não nos damos ao trabalho de nos defender contra nossos pensamentos negativos. Neste exercício, você vai desempenhar o papel de advogado, defendendo-se das “acusações” negativas ou críticas que estão sendo feitas contra si mesmo. Responda a todas as perguntas do formulário e verifique se não está sendo duro demais consigo mesmo.

<p>Que lei foi infringida? De que você está acusando-se? Existem evidências incontestáveis?</p> <p>Saí com minha família e comi algo fora da dieta, fui muito fraca.</p>
<p>Como você poderia defender-se?</p> <p>Eu estou em off, comer algo fora da dieta não vai interferir muito no meu planejamento. Fazia muito tempo que eu não saía com minha família.</p>
<p>Há outras explicações para o seu comportamento?</p> <p>Não saí da dieta por ter sido fraca, talvez eu só tenha tentado aproveitar o momento diferente.</p>
<p>Você agiu com malícia ou crueldade?</p> <p>Não</p>
<p>Como uma pessoa responsável agiria?</p> <p>Provavelmente sairia com a família, e compartilharia da refeição que todos estivessem comendo.</p>
<p>Qual é a qualidade do caso contra você e a seu favor?</p> <p>-</p>
<p>Como um júri avaliaria essas evidências?</p> <p>Ele provavelmente não me julgaria como alguém que apenas errou.</p>

(LEAHY, 2007)

4.5. Empirismo colaborativo

Através do treino mental diário, que consiste no registro dos pensamentos automáticos, monitoramento de emoções e identificação de distorções cognitivas e evidências, o cliente pode tentar modificar a forma com que se sente e se comporta com mais segurança. Considerando isso, nessa etapa, o profissional poderá propor experimentos ao cliente que o desafie a enfrentar hábitos ou temores, causados por crenças intermediárias, regras ou pressupostos, tais como:

- “Se eu faltar o treino por um dia, perderei todo meu progresso”;
- “Se eu comer algo fora da dieta, irei engordar”;
- “Saí com minha família e comi fora da dieta, logo, sou fraco(a)”;
- “Estou muito fraco(a) e sou muito pequeno(a), não posso usar roupas curtas e pequenas para evitar que vejam meu corpo”;
- “Fui fraco(a) e saí da dieta hoje, preciso compensar amanhã treinando mais uma hora”.

É importante que o psicólogo conheça o contexto esportivo do atleta em questão, para que possa propor experimentos coesos com esse entorno, não prejudicando o desempenho e resultados do atleta. Também é necessário que outros profissionais participem desse processo, tais como o nutricionista e o profissional de educação física, por exemplo. Na fase de empirismo do atleta no processo terapêutico, ele tenha através desses profissionais, referências científicas que o ajudem a refutar seus pensamentos distorcidos. Exemplo:

T: Terapeuta;

A: Atleta.

T: “Que tal tentar sair com sua família no domingo em vez de ir para academia?”;

A: “E se eu me sentir culpado? De que adianta sair se vou me sentir mal durante toda a ocasião?”;

T: “Será mesmo? Porque não tenta refutar seu pensamento na prática? Lembre que nossos pensamentos influenciam a forma como nos sentimos. Se você questionar seu pensamento distorcido, tem uma chance de se sentir melhor”;

A: “Como faço isso?”;

T: “Que tal identificarmos uma forma para você se lembrar do que conversamos agora? Talvez um lembrete, ou um recado que você possa ler caso se sinta mal”;

A: “como escrevo esse recado?”;

T: “busque alternativas para seu pensamento como já praticamos. Porque se sentiria culpado ao sair com sua família?”;

A: “porque eu perderia um dia de treino, e estragaria todo o progresso que fiz até agora”;

T: “Tente refutar esse pensamento”

A: “Talvez eu me sinta mais fraco, mas o progresso que fiz não será todo perdido”;

T: “Existe algum lado bom em não treinar nesse dia?”;

A: “Pelo menos a musculatura vai descansar. No outro dia estarei mais disposto”;

T: “Você acha que pensar dessa forma aliviaria seu sentimento de culpa?”;

A: “Talvez sim”;

T: “Então faça seu lembrete baseado no que conversamos”;

A: “Ok”.

O QUE HÁ DE MAIS IMPORTANTE?

A prática do profissional deve ser pautada na preservação da autonomia do sujeito e promoção de qualidade de vida. Diante de qualquer quadro de adoecimento ou transtorno, especificamente da dismorfia muscular, o profissional deve buscar familiaridade com o contexto que envolve o indivíduo. Ele precisa reconhecer que o fator que adoece não está na quantidade de treinos ou tempo de duração dos mesmos, na dieta rígida ou até mesmo uso de esteroides anabolizantes por parte do atleta ou fisiculturista. O que adoece é o desconhecimento e a estranheza frente aos próprios pensamentos e emoções. Quando o indivíduo acredita e deixa de questionar seus pensamentos automáticos, por vezes distorce a realidade, prejudica sua relação com outros e sua evolução.

É necessário que o profissional, acima de tudo, ensine seu cliente ou paciente a se conhecer melhor e entender a natureza de seus pensamentos, e o porquê de se sentir da forma que se sente, ou por se comportar da forma que se comporta. Quando isso ocorre, o indivíduo retoma algo de sumo importância: a possibilidade de decidir por sua vida, ciente do que o influencia a decidir, e das consequências de suas decisões. Esse é o dever de todo profissional.

CONCLUSÃO

É notável que a dismorfia muscular cresce em um contexto que, por vezes, cede o protagonismo da subjetividade humana ao culto da imagem e da perspectiva do outro na autonomia do sujeito. Através da revisão bibliográfica realizada, foi possível notar que não há descrição sistemática para seu tratamento, porém, a terapia cognitivo-comportamental se mostrou importante e foi recomendada.

Esse trabalho, portanto, visou disponibilizar mais uma ferramenta para ser utilizada na prática clínica com atletas e fisiculturistas, ampliando as possibilidades do tratamento do transtorno. Sugere-se que haja mais produções de materiais objetivos e práticos que ampliem ainda mais as possibilidades do tratamento de dismorfia muscular, bem como mais pesquisas que envolvam a vivência de praticantes do treinamento de força sob um viés qualitativo.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-V**. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre : ARTMED, 2002, 5a. ed, 2014;
- ANVISA. AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **O que é e para que serve o suplemento alimentar?**. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/>;
- ASSUNCAO, S. **Dismorfia muscular**. Rev. Bras. Psiquiatr, v. 24, supl. 3, p. 80-84, 2002;
- BANACO, R. A. (Org.) **Sobre comportamento e cognição: Vol. 1. Aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista**. São Paulo. Arbytes, 1997;
- BARROS, D. **Imagem corporal: a descoberta de si mesmo**. Revista História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v. 12, n. 2: p. 547-54, 2005;
- BARROS, D. **Estudo da imagem corporal da mulher: corpo (ir) real x corpo ideal**. Dissertação de mestrado, Campinas; Faculdade de Educação Física, Unicamp, 2001;
- BEHAR, R; MOLINARI, D. **Dismorfia muscular, imagen corporal y conductas alimentarias en dos poblaciones masculinas**. Revista médica de Chile, v. 138, n. 11, p. 1386-1394, 2010;
- BATISTA, A. et al. **Dimensão Atitudinal Da Imagem Corporal e Comportamento Alimentar em Graduandos de Educação Física, Nutrição e Estética da Cidade de Juiz de Fora - MG**. Rev. educ. fis. UEM, v. 26, n. 1, p. 69-77, 2015;
- CAMARGO, Pires, T et al. **Vigorexia: revisão dos aspectos atuais deste distúrbio de imagem corporal**. Revista brasileira psicologia do esporte, v. 2, n. 1, p. 01-15, 2008;
- FERREIRA, ME; CASTRO, MR; MORGADO FF. **Imagem corporal: reflexões, diretrizes e práticas de pesquisa. Juiz de Fora (MG)**. Editora UFJF; 2014 Apud BATISTA, A. et al . **Dimensão Atitudinal Da Imagem Corporal e Comportamento Alimentar em Graduandos de Educação Física, Nutrição e Estética da Cidade de Juiz de Fora - MG**. Rev. educ. fis. UEM, v. 26, n. 1, p. 69-77, 2015;
- GARCEZ, N et al . **Factors associated with dietary supplementation among Brazilian athletes**. Revista Nutr. Hosp., Madrid , v. 33, n. 3, p. 678-684, 2016;
- GRAVES, BS; WELSH, RL. **Recognizing the signs of body dysmorphic disorder and muscle dysmorphia**. ACSM's Health & Fitness Journal, p. 11-3, 2004;
- HAUSENBLAS, H. A; DOWNS, D. **How much is too much? The development and validation of the exercise dependence scale**. Revista Psychology and Health, v. 17, p. 387-404, 2002;
- HERNÁNDEZ-MARTÍNEZ, A., GONZÁLEZ-MARTÍ, I; JORDÁN, O **Detection of Muscle Dysmorphia symptoms in male weightlifters**. Revista Anales de Psicología/ Annals of Psychology, v. 33, n. 1, p. 204-210, 2016;

KNAPP, P; BECK, A. T. **Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva.** *Rev. Bras. Psiquiatr*, vol.30, suppl.2, p. 54-64. ISSN 1516-4446, 2008;

KNAPP, P. **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica .** 2ª Ed. São Paulo. Artmed, 2014;

LEAHY, RL. **Técnicas da terapia cognitiva: manual do terapeuta.** Porto Alegre. Artmed, 2017;

OBID. OBSERVATÓRIO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS. **Esteróides Anabolizantes, Extase.** Disponível em: <https://obid.senad.gov.br/drogas-a-a-z/esteroides-anabolizantes>.

137-165, 2010;

PAES, R.V.D.C. **A preparação psicológica de atletas do alto rendimento: planejamento, periodização e intervenção.** São Paulo. Alexa Cultural, 2018;

PINTO, M; ARAÚJO, AS. **Analysis of dietary habits and use of ergogenic resources used by bodybuilders in order to muscle hypertrophy.** *Revista Educación Física y Deportes*, v. 115, p. 137-42, 2001;

POPE, HG Jr. KATZ, DL. **Bodybuilder's psychosis.** *Lancet* 1987;

POPE, HG Jr. KATZ, DL, AIZLEY, HG. **Psychiatric symptoms in anabolic steroid users. In: 1992 New Research Programs and Abstracts.** Proceedings of the 145th Annual Meeting of the American Psychiatric Association, May 5. 1992. NR 367; Washington. DC: America Psychiatric Association, 1992;

POPE, HG jr; KATZ, DL; HUDSON, J. **Anorexia Nervosa and “Reverse Anorexia” Among 108 Male Bodybuilders.** *Revista Comprehensive Psychiatry*, vol. 34, n. 6, p. 406-409, 1993;

POPE, HG Jr; GRUBER, AJ; CHOI, P; OLIVARDIA, R; PHILLIPS, KA. **Muscle Dysmorphia: na underrecognized form of body dysmorphic disorder?.** *Revista Psychosomatics*, v. 38, p. 548-557, 1997.

RIBEIRO, RG, KRUSE, MHL. **The woman body in review: the imperative of beauty.** *Revista Texto Contexto Enfermagem*, v. 23, n. 1, p. 101–108, 2004;

SEVERIANO, M; REGO, M; MONTEFUSCO, E. **O corpo idealizado de consumo: paradoxos da hipermodernidade.** *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, v. 10, n. 1, p. 137-165, 2010;

SILVA, TR. **Saúde Coletiva e Atividade Física: Conceitos e Aplicações Dirigidos à Graduação em Educação Física.** Campinas: IPES Editorial; 2007;

VALLE, M.P. **Dinâmica de grupo aplicada à psicologia do esporte.** 2ª Ed. Casa do psicólogo, 2010;

WILLIAMSON, D. **Body image disturbance in eating disorders: form of cognitive bias.** 1996;