



CATÓLICA

FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
E PSICOLOGIA

---

PORTO

# ETIOLOGIA DAS PERTURBAÇÕES DA ALIMENTAÇÃO E DA INGESTÃO EM HOMENS: AMOSTRA CLÍNICA VS COMUNITÁRIA

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

*Luísa Magalhães Teixeira da Silva Barbosa*

Porto, julho de 2020



CATÓLICA  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
E PSICOLOGIA

---

PORTO

# ETIOLOGIA DAS PERTURBAÇÕES DA ALIMENTAÇÃO E DA INGESTÃO EM HOMENS: AMOSTRA CLÍNICA VS COMUNITÁRIA

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

*Luísa Magalhães Teixeira da Silva Barbosa*

Trabalho efetuado sob a orientação de  
Professora Doutora Bárbara César Machado

Porto, julho de 2020

## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Doutora Bárbara César Machado, supervisora do Estágio e do Projeto Individual de Investigação, o meu maior sucesso ao longo de todo o percurso foi conseguir o 3 em 1, ou seja, o tema da tese, local de estágio e professora supervisora (para ambos os projetos) que mais queria. Agradeço-lhe por ser tão compreensiva com a minha dificuldade em receber feedback construtivo, com o facto de eu querer terminar tudo muito e, acima de tudo, por me aceitar como sou. Aprecio muito ser uma pessoa tão descomplicada e que não perde tempo com coisas desnecessárias, que nunca fez com que eu tivesse uma sensação de “perda de tempo” (que é algo que sinto com frequência). Uma vez que o meu percurso académico está mesmo na reta final, acho que já não parece muito mal eu dizer-lhe que é a minha professora favorita de toda a Católica (mas acho que provavelmente já sabia isso).

Aos meus amigos (eles sabem quem são), obrigada por me motivarem ao máximo no sentido de atingir os meus objetivos e por serem um ótimo exemplo para mim.

Ao David, por todas as vezes que me disseste que eu sou a pessoa mais inteligente que alguma vez conheceste e pelo orgulho que demonstras por eu ter chegado longe nos estudos. Agradeço por seres o maior contributo para a minha autoestima e por gostares de mim mesmo com todos os defeitos.

À minha família, o meu obrigada é por tudo o que me foi proporcionado ao longo da vida, o apoio constante relativamente aos estudos e pela enorme compreensão desde que nasci. E também pelo excesso de mimo que tenho, era impossível não mencionar isso.

À minha avozinha, a melhor pessoa que conheci até hoje, porque te prometi há muitos anos que quando publicasse o meu livro ou escrevesse algo em que se costuma colocar agradecimentos te dedicava. Por isso Vovó, isto é para ti. Porque se nunca me tivesses apoiado como fizeste toda a vida, eu nunca teria chegado onde cheguei.

## GLOSSÁRIO

AN	Anorexia Nervosa
AN-R	Anorexia Nervosa de Subtipo Restritivo
AN-P	Anorexia Nervosa de Subtipo Purgativo
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
BN	Bulimia Nervosa
GC	Grupo Clínico
GCS	Grupo de Controlo Saudável
CHSJ	Centro Hospitalar São João do Porto
DSM-5	Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (5ª ed.)
IAC	Ingestão Alimentar Compulsiva
IMC	Índice de Massa Corporal
FR	Fatores de Risco
PAI	Perturbações da Alimentação e da Ingestão
PIAC	Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva
RFED	<i>Risk Factors for Eating Disorders: Interview Schedule</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>

## ÍNDICE

GLOSSÁRIO .....	2
ÍNDICE DE TABELAS .....	4
RESUMO .....	5
ABSTRACT .....	6
1. INTRODUÇÃO .....	7
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	8
2.1. Critérios de diagnóstico das Perturbações da Alimentação e da Ingestão.....	8
2.2. Caracterização clínica das Perturbações da Alimentação e da Ingestão e diferenças na sua apresentação em homens e mulheres .....	9
2.3. Fatores de risco para o desenvolvimento de Perturbações da Alimentação e da Ingestão em homens.....	11
3. MÉTODO.....	15
3.1. Amostra .....	16
3.3. Procedimentos .....	19
3.3.1. Recolha de dados .....	19
3.3.2. Tratamento e análise de dados .....	20
4. RESULTADOS.....	21
4.1. Caracterização clínica.....	21
4.2. Puberdade e exposição a fatores de risco .....	22
4.2.1. Puberdade.....	24
4.2.2. Fatores de risco .....	24
5. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES .....	26
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	31

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Pares formados com os participantes dos dois grupos .....	16
<b>Tabela 2.</b> Caracterização sociodemográfica da amostra .....	17
<b>Tabela 3.</b> Domínios e subdomínios da RFED (Fairburn & Welch, 1990, traduzida e adaptada por Gonçalves et al., 2001).....	18
<b>Tabela 4.</b> Caracterização clínica da amostra .....	21
<b>Tabela 5.</b> Puberdade, fatores de risco e acontecimentos de vida .....	22
<b>Tabela 6.</b> Número de fatores de risco relatados por par clínico .....	23

## RESUMO

**Objetivo:** Estudar os fatores de risco associados ao desenvolvimento das PAI nos homens, especificamente 1) contribuir para a caracterização clínica das PAI; 2) estudar o início sintomático de PAI; 3) caracterizar o desenvolvimento da puberdade; 4) identificar potenciais FR e acontecimentos de vida que possam preceder o desenvolvimento de uma PAI; e 5) comparar a exposição aos FR estudados entre homens com e sem história atual ou passada de PAI.

**Método:** Participaram neste estudo oito indivíduos do sexo masculino, quatro com diagnóstico atual de PAI (DSM-5; APA, 2013) e quatro indivíduos sem história passada ou atual de PAI. Foram aplicados os itens de diagnóstico da *Eating Disorders Examination* (Fairburn & Cooper, 2000), a *Risk Factors for Eating Disorders: Interview Schedule* (Fairburn & Welch, 1990) e a *Semi-structured Clinical Interview for the Evaluation of Puberty Development* (Machado & Gonçalves, 2017). Foram constituídos dois grupos, o grupo clínico e o grupo de controlo saudável.

**Resultados:** Os FR mais prevalentes foram o abuso/provocação por parte dos pares e o histórico de abuso de álcool ou drogas (específico apenas dos indivíduos com PAI). Verificam-se flutuações de peso relevantes em todos os participantes.

**Palavras-chave:** fatores de risco, perturbações da alimentação e da ingestão, puberdade

## **ABSTRACT**

**Objective:** To study the risk factors associated with the development of an ED in males, specifically 1) contribute to the clinical characterization of the ED; 2) study the onset of the ED; 3) describe the development of the puberty; 4) identify potential RF and life events that can precede the development of an ED; and 5) compare the exposition to the FR between males with and without current or past ED diagnostic.

**Method:** Eight men participated in this study, four with a current diagnostic of an ED (DSM-5; APA, 2013) and four without current or past ED diagnostic. The diagnostic items of the *Eating Disorders Examination* (Fairburn & Cooper, 2000) were used, as well as the *Risk Factors for Eating Disorders: Interview Schedule* (Fairburn & Welch, 1990) and the *Semi-structured Clinical Interview for the Evaluation of Puberty Development* (Machado & Gonçalves, 2017). Two groups were created, the clinical group and the healthy control group.

**Results:** The more prevalent RF were peer aggression or teasing and historic of alcohol or drug abuse (specific only in the males with ED). Higher weight fluctuations were verified in all individuals.

**Keywords:** risk factors, eating disorders, puberty

## 1. INTRODUÇÃO

As Perturbações da Alimentação e da Ingestão (PAI; APA, 2013) encontram-se atualmente entre as perturbações psiquiátricas mais prejudiciais, apresentando altas taxas de mortalidade e de comorbilidades, além de serem frequentemente crônicas (Berkman, Lohr, & Bulik, 2007; Mitchell & Crow, 2006; Smink, Van Hoeken, & Hoek, 2012). As PAI resultam frequentemente num comprometimento funcional e sofrimento emocional significativos (Rhode, Stice, & Marti, 2015).

Segundo Murray et al. (2017), existem alguns aspetos relativos às PAI em homens que devem ser considerados: (1) as PAI em homens têm sido negligenciadas na investigação; (2) apresentam-se de forma diferenciada comparativamente com as mulheres; (3) os problemas alimentares orientados para a muscularidade apresentam-se como um fenótipo das PAI em homens; (4) os esquemas de diagnóstico atuais das PAI não se encontram adequados para esta orientação para a muscularidade; e (5) os homens com PAI ainda são um grupo marginalizado, o que se constitui como um problema.

É possível deduzir que, devido aos homens preencherem menos critérios de diagnóstico formais, os sistemas atuais de classificação se encontram demasiado centrados no sexo feminino. As diferenças de género são menos aparentes em perturbações nas quais a procura de magreza tem menor destaque. Tendo em conta o aumento da prevalência de comportamento alimentar patológico, em ambos os sexos, é importante desconstruir a conceptualização fundamentalmente orientada para a magreza existente das PAI e desenvolver uma abordagem com mais sensibilidade quanto ao género, que inclua também os comportamentos alimentares desadequados orientados para a muscularidade (Murray et al., 2017).

Considerando que a maior parte dos estudos previamente realizados foram no âmbito do sexo feminino e que ainda existem algumas lacunas na literatura existente relativa às PAI em homens, este estudo pretende explorar os fatores de risco para o desenvolvimento de PAI no sexo masculino que são ainda, na sua maioria, pouco detalhados ou até desconhecidos, contribuindo para o projeto *The Etiology of Eating Disorders on Males Vs. Females and Their Gender-Specific Issues* e para o seu estado de arte.

Assim sendo, o principal objetivo é estudar os FR associados ao desenvolvimento das PAI nos homens.

## **2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

### **2.1. Critérios de diagnóstico das Perturbações da Alimentação e da Ingestão**

O DSM-5 (APA, 2013) reconhece seis diagnósticos no âmbito das PAI, nomeadamente a Pica, o Mericismo, a Perturbação de Ingestão Alimentar Evitante/Restritiva, a Anorexia Nervosa, a Bulimia Nervosa e a Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva. Apenas a AN, a BN e a PIAC serão desenvolvidas dado a tratarem-se das PAI em foco no presente estudo.

Estamos perante um caso de AN quando: a) existe restrição da ingestão calórica relativamente à necessidade, levando a um peso corporal significativamente baixo; b) medo intenso de ganhar peso ou engordar ou comportamento persistente que interfere no ganho do peso, mesmo estando abaixo do peso ideal; c) perturbação no modo como o peso ou a forma corporal são vivenciados e influência negativa dos mesmos na autoavaliação do indivíduo ou não reconhece a gravidade do baixo peso atual. A AN divide-se em dois subtipos: a) restritivo (AN-R), no qual durante os últimos três meses o indivíduo não apresentou episódios recorrentes de ingestão alimentar compulsiva (IAC) ou comportamento purgativo, ou seja, a diminuição do peso deve-se essencialmente a dieta, jejum e/ou exercício físico excessivo; b) purgativo (AN-P), em que nos últimos três meses o indivíduo teve comportamentos purgativos (DSM-5; APA, 2013).

A BN caracteriza-se por: a) episódios recorrentes de IAC, sendo estes caracterizados por ingestão de uma grande quantidade de alimentos num período determinado (por exemplo uma hora) e uma sensação de falta de controlo em relação à ingestão durante o episódio; b) comportamentos de compensação face aos episódios de IAC, de forma a impedir o ganho de peso tais como exercício excessivo ou purga através de, por exemplo, laxantes, diuréticos ou vômito autoinduzido; c) a IAC e os comportamentos compensatórios ocorrem no mínimo uma vez por semana durante três meses; d) a autoavaliação é excessivamente influenciada pela forma e peso corporal; e) a perturbação não ocorre durante episódios de AN (DSM-5; APA, 2013).

A PIAC verifica-se quando a) existem episódios recorrentes de IAC; b) os episódios de IAC estão associados a três ou mais dos seguintes aspetos: comer mais rapidamente que o normal, comer até se sentir desconfortavelmente cheio, comer grandes quantidades de comida na ausência de sensação física de fome, sentir vergonha quando come e sentir-se angustiado e

culpado após ter comido; c) sofrimento devido aos episódios de IAC; d) os episódios ocorrem pelo menos uma vez por semana durante três meses; e) a IAC não se segue de comportamentos compensatórios desadequados. Também é possível especificar a gravidade desta perturbação em leve quando ocorrem 1 a 3 episódios de IAC, moderada quando estiveram presentes 4 a 7, grave quando se verificaram 8 a 13 e extrema quando ocorrem 14 ou mais (DSM-5; APA, 2013).

Existem ainda dois diagnósticos que se aplicam a indivíduos que não cumprem todos os critérios para o diagnóstico de AN, BN ou PIAC, nomeadamente a Perturbação da Alimentação e da Ingestão com Outra Especificação e a Perturbação da Alimentação e da Ingestão Não Especificada.

## **2.2. Caracterização clínica das Perturbações da Alimentação e da Ingestão e diferenças na sua apresentação em homens e mulheres**

A maioria dos indivíduos com PAI apresentam uma grande tendência para se avaliar tendo apenas em conta a sua forma corporal e a capacidade para a controlar, enquanto que os indivíduos saudáveis se avalia consoante o desempenho percebido em diversos domínios da sua vida, como por exemplo o seu desempenho profissional ou as suas relações sociais. É importante a distinção entre o que se constitui como descontentamento normativo com a aparência corporal e a sintomatologia específica das PAI, (Fairburn, Cooper, Shafran, & Cooper, 2014).

Na AN está presente uma sobrevalorização da forma e do peso, forte desejo de emagrecer e medo de ganhar peso e a manutenção de um peso corporal indevido. A tentativa bem-sucedida de perder peso, que não é vista como um problema (APA, 2013), faz com que os indivíduos fiquem abaixo do peso recomendado, não existindo vontade de mudança (Fairburn & Cooper, 2014). Os homens representam 25% dos diagnósticos desta perturbação (Hudson, Hiripi, Pope, & Kessler, 2007). Por outro lado, estudos realizados em *setting* clínico sugerem que os indivíduos do sexo masculino constituem 5 a 11% do total de indivíduos com perturbações alimentares a receber tratamento para as mesmas (Sweeting, Walker, MacLean, Patterson, Räisänen, & Hunt, 2015). A procura de ajuda e adesão terapêutica para o tratamento de perturbações alimentares em homens é baixa, sendo especialmente incomum em homens com AN, principalmente devido ao estigma (Griffiths, Mond, Murray, & Touyz, 2015b) e à pouca literacia em saúde mental (Mitchison & Mond, 2015). Pode haver algumas diferenças na

apresentação de sintomas da AN em homens. A primeira diferença prende-se com o tipo de objetivo associado à restrição alimentar. Segundo a literatura da especialidade, enquanto que as mulheres estão mais orientadas pelo desejo de magreza, os homens estão mais orientados pelo desejo de atingir um alto nível de massa magra (“leaness”), de forma a que os seus músculos fiquem mais visíveis (Pope, Phillips, & Olivardia, 2000). Os homens com AN preocupam-se menos com o peso do que as mulheres com a mesma perturbação, no entanto preocupam-se igualmente com a forma corporal, à semelhança das mulheres (Muisse, Stein, & Arbess, 2003; Strober, Freeman, Lampert, Diamond, Teplinsky, & DeAntonio, 2006). Por último, o exercício físico compulsivo, que é uma característica comum da AN e da BN, pode ser um sintoma mais central nos homens, sendo o último sintoma a entrar em remissão e o primeiro de recaída (Murray, Griffiths, Rieger, & Touyz, 2014; Touyz, Kopec-Schrader, & Beumont, 1993).

Na BN verifica-se uma sobrevalorização da forma e do peso, à semelhança do que ocorre em indivíduos com AN, no entanto existe também IAC recorrente (ingestão de uma grande quantidade de comida seguida de uma sensação de perda de controlo) e comportamento de controlo do peso extremo tal como restrições alimentares rígidas, vômitos autoinduzidos ou uso indevido de laxantes. Os indivíduos com esta perturbação costumam apresentar um índice de massa corporal saudável (entre 18,5 e 25), uma vez que a ingestão excessiva é anulada com o recurso a comportamentos purgativos, exercício físico excessivo ou restrição alimentar (APA, 2013; Fairburn & Cooper, 2014). Os homens representam até 33,(3)% dos casos de BN (Hudson et al., 2007; Hay, Girosi, & Mond, 2015). As características da IAC variam consoante o género. Enquanto que as mulheres apresentam uma preferência pelo consumo de doces durante os episódios de IAC, os homens apresentam uma maior tendência de consumir comidas com alto teor proteico e gorduras, como por exemplo carne (Wansink, Cheney, & Chan, 2003). Os homens apresentam maior probabilidade de relatarem ter comido grandes quantidades de comida, mas menor probabilidade de relatar experiências de IAC ou perda de controlo durante os episódios (Lewinsohn, Seeley, Moerk, & Striegel-Moore, 2002; Striegel-Moore, Rosselli, Perrin, DeBar, Wilson, May, & Kraemer, 2009). Após os episódios de IAC, os homens apresentam menor probabilidade de recorrer a comportamentos de purgativos, tais como vomitar ou consumir laxantes inadequadamente, mas apresentam uma maior tendência para mecanismos de compensação não purgativos, tais como restrição alimentar extrema e exercício físico excessivo (Striegel-Moore et al., 2009; Lavender, De Young, & Anderson, 2010). Os “cheat meals” (refeições batota) e “cheat days” (dias nos quais existirão refeições batota) são termos referentes a episódios de alimentação com um objetivo orientado para a muscularidade,

que parecem ter alguma semelhança clínica com os episódios de IAC (Murray, Griffiths, Hazery, Shen, Wooldridge, & Mond, 2016a; Pila, Mond, Griffiths, Mitchison, & Murray, 2017) e cuja relevância não deve ser descartada. Esta prática consiste em períodos prolongados de restrição alimentar com baixo número de calorias e alto teor proteico, intercalados com “cheat meals” planejados, nos quais é consumida uma enorme quantidade de comida com grande densidade calórica (Murray et al., 2016a; Pila et al., 2017). Pensa-se que este consumo esporádico de calorias tem efeitos no metabolismo, mantendo o estado de cetose e aumentando a rapidez do esgotamento de gordura (Murray et al., 2016a). Apesar da importância e associação clínica entre os episódios de IAC e os “cheat meals”, não existem muitas evidências que defendam que esta prática afeta os indivíduos afetiva e psicossocialmente, nem está definida nos critérios de classificação e diagnóstico de BN atuais (Murray et al., 2017).

Na PIAC verificam-se episódios de IAC, tal como na BN, no entanto os hábitos alimentares fora dos episódios são diferentes. Nesta perturbação existe uma tendência para comer em demasia fora dos episódios, sendo estes comportamentos semelhantes aos de um indivíduo com obesidade. Os vômitos autoinduzidos, o uso de laxantes e a tendência para fazer exercício físico em excesso não estão presentes. A maioria dos indivíduos que pede ajuda devido a esta perturbação apresenta excesso de peso ou obesidade, com índice de massa corporal igual ou superior a 30 (APA, 2013; Fairburn & Cooper, 2014). Esta perturbação é a que apresenta maior prevalência e é tão comum em mulheres como em homens (Hay et al., 2015; Hudson et al., 2007). A apresentação da perturbação também não é muito diferente quando comparados homens com mulheres (Hay et al., 2015; Tanofsky, Wilfley, Spurrell, Welch, & Brownell, 1997). No entanto, existem alguns estudos que reportam uma maior prevalência nas mulheres, uma vez que para se efetuar o diagnóstico de PIAC é necessário a existência de reações emocionais aversivas à IAC, tais como culpa ou vergonha. Isto deve-se, provavelmente, ao facto de os homens apresentarem menor probabilidade de expressar ou sentir sentimentos de angústia ou culpa relativamente às compulsões alimentares (Lewinsohn et al., 2002).

### **2.3. Fatores de risco para o desenvolvimento de Perturbações da Alimentação e da Ingestão em homens**

O termo fator de risco refere-se a uma característica mensurável que precede o início de uma doença ou perturbação mental (Kraemer et al., 1997). As PAI apresentam diversos fatores

de risco, nomeadamente biológicos, psicossociais, genéticos e ambientais (Jacobi et al., 2004).

Preocupação relativamente ao peso e forma corporal, restrição alimentar e histórico familiar de PAI são os fatores de risco mais estudados (Killen et al., 1996; Jacobi et al., 2004; Stice et al., 2008). A AN tem sido associada a problemas de alimentação durante a infância e a perfeccionismo pré-mórbido (Pike et al., 2008; Nicholls & Viner, 2009). Tem sido estudada a associação entre a BN, histórico de obesidade durante a infância, provocação por parte dos pares e histórico familiar de dieta ou alimentação excessiva (Fairburn et al., 1997), que parecem apresentar-se como importantes fatores de risco no desenvolvimento desta PAI (Fairburn et al., 1998; Striegel-Moore et al., 2005). Impulsividade marcada por problemas de conduta, abuso de substâncias e histórico de gravidez precoce parecem também estar relacionadas com a BN (Cassin and von Ranson, 2005). A BN e a PIAC apresentam alguns fatores de risco comuns tais como alguns traços de personalidade tais como o neuroticismo e a procura de novidade (“novelty-seeking”), que parecem ser relevantes para estas PAI (Cassin and von Ranson, 2005). Afeto negativo, problemas parentais (incluindo discórdia familiar, exigência e expectativas parentais elevadas, divórcio dos pais, psicopatologia parental e eventos ambientais disruptivos (como mudanças de casa frequentes) e abuso sexual e/ou físico têm sido descritos como possíveis fatores de risco para qualquer PAI (Fairburn et al., 1997, 1998, 1999; Striegel-Moore et al., 2005; Pike et al., 2008).

Uma questão importante prende-se com as diferenças da apresentação das PAI nos homens comparativamente com as mulheres. Estudos sugerem que indivíduos do sexo masculino com estas perturbações têm uma maior probabilidade de apresentar um maior número de comorbilidades, como por exemplo uso abusivo de substâncias e sintomatologia psicótica (Carlat, Camargo, & Herzog, 1997; Striegel-Moore, Garvin, Dohm, & Rosenheck, 1999). Relativamente à gravidade, os casos de homens com PAI são tão ou mais severos que os casos de mulheres com o mesmo diagnóstico, no que toca a comorbilidades médicas e psiquiátricas (Murray et al., 2017) e apresentam uma menor probabilidade de receberem um diagnóstico de PAI do que as mulheres, apesar de relatarem os mesmos sintomas (Currin, Schmidt, & Waller, 2007; Murray & Touyz, 2014).

Existe alguma evidência empírica (Calzo, Horton, Sonnevile, Swanson, Crosby, Micali, Eddy, & Field, 2016a) acerca das características das PAI em indivíduos do sexo masculino que sugere que a procura de muscularidade e diminuição da massa gorda tem ligação

com um aumento do risco de consumo de drogas ilícitas. Os indivíduos do sexo masculino apresentam também uma idade de início da perturbação mais tardia, tipicamente no final da adolescência (Gueguen, Godart Chambry, Brun-Eberentz, Foulon, Divac, Guelfi, Rouillon, Falissard, & Huas, 2012; Mitchison & Mond, 2015; Zerwas, Larsen, Petersen, Thornton, Mortensen, & Bulik, 2015), apresentam maior probabilidade de ter um histórico de obesidade ou excesso de peso e foram gozados/provocados relativamente à forma corporal (Carlat et al., 1997; Gueguen et al., 2012). Os homens são também menos propensos a relatar os seus problemas e preocupações quanto a assuntos relacionados com a forma corporal e alimentação, quando comparados com as mulheres (Lavender et al., 2010). As PAI podem ser a causa de complicações médicas significativas em todos os sistemas e órgãos do corpo (Mitchel & Crow, 2006), mas têm impacto principalmente no funcionamento cardíaco, neurológico e dos ossos (Murray et al., 2017). Contudo, o peso corporal não pode ser considerado um indicador confiável de complicações médicas em homens, ao contrário do que acontece no sexo feminino (Vo, Lau, & Rubinstein, 2016).

Ainda que um corpo magro seja referenciado como o ideal para muitas mulheres pertencentes à sociedade ocidental, a maior parte dos homens ocidentais refere como corpo ideal uma figura mais muscular, em oposição a uma figura mais magra (Cafri, Blevins, & Thompson, 2006; Leit, Gray, & Pope, 2002; Leit, Pope, & Gray, 2001). O ideal masculino é então um corpo com grande grau de muscularidade especialmente na parte superior e um baixo nível de gordura corporal, de forma a que os músculos se tornem mais visíveis (Cafri et al., 2006; McCreary, Hildebrandt, Heinberg, Boroughs, & Thompson, 2007; Ridgeway & Tylka, 2005). Este desejo e preferência pela muscularidade estão associados a um conjunto de comportamentos orientados para a mudança corporal, sendo que mais de 90% dos adolescentes do sexo masculino referem ter-se exercitado para aumentar a muscularidade, mais de dois terços diz ter alterado significativamente a sua dieta de forma a aumentar a muscularidade e até 10% informa que se envolveu com substâncias sintéticas que realçam os músculos, ou seja, esteroides anabolizantes (Eisenberg, Wall, & Neumark-Sztainer, 2012).

Segundo Murray et al. (2017), a procura de muscularidade compreende duas construções bidimensionais: o impulso para a muscularidade e o impulso para a magreza. O impulso para a muscularidade está associado à aquisição de massa muscular e o impulso para a magreza está relacionado com a ausência de gordura corporal, que, tal como já referido, é desejada para que os músculos se tornem mais visíveis (Cafri et al., 2006; Smolak & Murnen,

2008). A procura de aumento da muscularidade e diminuição da massa gorda podem dar origem a diferentes comportamentos alimentares desadequados. Para o aumento da muscularidade é necessária a ingestão de uma grande quantidade de calorias, enquanto que para a redução da adiposidade corporal é necessário um déficit calórico, sendo desta forma impossível atingir os dois objetivos com a mesma dieta ou comportamento alimentar. Esta procura intermitente de definição muscular e baixa adiposidade corporal é chamada de “bulk” e “cut”, respetivamente (Griffiths, Murray, & Touyz, 2013). No entanto, estes comportamentos apenas podem ser considerados problemáticos se o indivíduo se sente culpado, ansioso ou está comprometido funcionalmente devido aos mesmos (Murray et al., 2017). Assim sendo, estudos têm descrito que os homens com AN apresentam uma menor preocupação com o peso do que as mulheres com a mesma perturbação (Muisse, Stein, & Arbess, 2003; Strober et al., 2006), apresentando uma igual preocupação com a forma corporal (Strober et al., 2006). O exercício físico excessivo parece ser uma das características mais comuns em homens com PAI (Weltzin et al., 2012).

Estudos recentes têm demonstrado mudanças na prevalência da AN e BN em homens em todo o mundo (Hudson et al., 2007; Mitchison, Mond, Slewa-Younan & Hay, 2013), além de que certos comportamentos relacionados com as PAI parecem estar a aumentar com uma maior rapidez no sexo masculino do que no feminino e que estes dados parecem estar associados com níveis comparáveis de angústia e incapacidade em homens e mulheres (Bentley & Mond, 2015; Mitchison et al., 2013).

Alguns autores têm discutido a orientação sexual como um potencial fator de risco para o desenvolvimento de PAI em homens (Murray et al., 2017). No entanto, como os homens não heterossexuais são uma minoria (Carlat et al., 1997), não existem estudos consensuais. Por outro lado, é importante reconhecer os hábitos e especificidades culturais associadas às diferentes orientações sexuais, uma vez que estas podem moldar os ideais de imagem e aparência corporal (Murray et al., 2017). Alguns estudos procuraram explorar o papel e o impacto que as normas sociais destas comunidades de orientação sexual não heterossexual têm sobre o comportamento sexual (por exemplo atrair parceiros) e de que forma podem aumentar o risco de desenvolvimento de PAI (Brown & Keel, 2015; Mor, Parfionov, Davidovitch, & Grotto, 2014). Alguns estudos sugerem que comorbilidades como perturbação depressiva major ou abuso de substâncias associadas ao stress relativo à orientação sexual podem explicar parcialmente a ocorrência de PAI em homens (Feldman & Meyer, 2007; Ming, Lin Miao Shan, Kuek Shu Cen, Lian, & Boon Swee Kim, 2014). Ainda relativamente à orientação sexual nos

homens, verifica-se que o desejo de aumento de peso (Calzo, Corliss, Blood, Field, & Austin, 2013), de muscularidade (Calzo, Masyn, Corliss, Scherer, Field, & Austin, 2015) ou a manifestação de padrões alimentares desadequados não difere ou apresenta-se como menor quando se compara homens heterossexuais com homens com uma orientação sexual diferente (Murray et al., 2017).

É também importante referir que a generalidade dos estudos sobre PAI em homens foi realizada em contexto ocidental com adolescentes e adultos de etnia caucasiana (Murray et al., 2017). Os estudos são maioritariamente focados em adolescentes e jovens adultos, visto que é o período mais comum de início das PAI (Nagata, Golden, Peebles, Long, Leonard, Chang, & Carlson, 2017a; Vo et al., 2016). No entanto, é importante não esquecer que a visão corporal negativa persiste em homens de meia idade, ao contrário do declínio desta visão negativa que ocorre nas mulheres com o avançar da idade (Tzoneva, Forney, & Keel, 2015).

Estas evidências quanto à preocupação com a imagem corporal orientadas para a muscularidade (Mitchison et al., 2015; Murray, Griffiths & Mond, 2016b) demonstram que não é suficiente depender de um modelo teórico explicativo das PAI orientado para a magreza, tal como tem sido veiculado pelos modelos explicativos das PAI quando desenvolvidas por mulheres. Os resultados obtidos no estudo de Machado et al. (2020) confirmam esta proposta de que o desenvolvimento e comportamentos relativos a uma PAI nos homens parece ter uma ligação com o desejo de muscularidade, na medida em que quase todos os participantes desse estudo apresentaram a dieta como o primeiro comportamento alimentar significativo e todos os participantes com exceção de um apresentaram uma história de exercício físico excessivo prévia ao diagnóstico de PAI.

### **3. MÉTODO**

O principal objetivo deste estudo é estudar os FR associados ao desenvolvimento das PAI nos homens. Como objetivos específicos destacam-se: 1) contribuir para a caracterização clínica das PAI nos homens; 2) estudar o início sintomático de PAI nos homens; 3) caracterizar o desenvolvimento da puberdade nos homens; 4) identificar potenciais FR e acontecimentos de vida precipitantes que possam preceder o desenvolvimento de uma PAI nos homens; e 5) comparar a exposição aos FR estudados entre homens com diagnóstico de uma PAI e homens sem história passada ou atual de qualquer perturbação mental.

### 3.1. Amostra

Para este estudo recorreu-se à base de dados pré-existente do projeto de investigação mais abrangente da qual se retirou informação para o grupo clínico (GC) e adotou-se uma amostragem por conveniência para a recolha dos dados do grupo de controlo saudável (GCS), uma vez que foram identificados indivíduos na comunidade que estivessem disponíveis para participar.

Participaram neste estudo oito homens com idades compreendidas entre os 20 e os 22 anos ( $M = 21.13$ ,  $DP = 0.84$ ). A amostra foi dividida em dois grupos, o GC constituído por quatro indivíduos diagnosticados com PAI e o GCS constituído por quatro indivíduos sem diagnóstico de PAI. Os critérios de inclusão adotados para o GC foram ser do sexo masculino e ter diagnóstico de PAI. Os critérios de exclusão para o GC foram a presença de uma outra perturbação mental que não a PAI e/ou a presença de diabetes ou outra doença orgânica. Para o GCS, os critérios de inclusão foram ser do sexo masculino e ter a mesma idade (considerado o intervalo de mais/menos 12 meses) e nível socioeconómico dos participantes do GC. Os critérios de exclusão para o GCS foram a foi a presença de um diagnóstico de PAI e/ou de diabetes ou outra doença orgânica.

Foram formados pares sendo que cada indivíduo do GC foi emparelhado com um indivíduo do GCS com idade e nível socioeconómico idênticos. Foram associadas letras aos indivíduos do GC e números aos indivíduos do GCS, como é possível verificar na tabela apresentada em seguida (*ver tabela 1*).

**Tabela 1.** Pares formados com os participantes dos dois grupos

Par	Sujeito com PAI (GC)	Sujeito saudável (GCS)
A1	A	1
B2	B	2
C3	C	3
D4	D	4

Os participantes do GC ( $n = 4$ ) encontra-se atualmente com um diagnóstico de PAI, nomeadamente três participantes com AN-R e um com BN, segundo o *Diagnostic and*

*Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5; APA, 2013). Os participantes de ambos os grupos (GC e GCS) encontravam-se solteiros na data das entrevistas. Todos os participantes terminaram o ensino secundário e seis frequentam ou frequentaram o ensino superior. Na data da entrevista, três participantes eram estudantes de mestrado, três eram estudantes de licenciatura e dois encontravam-se desempregados. Dois participantes têm um nível socioeconómico médio/baixo, um tem nível socioeconómico médio/alto e os restantes sete participantes um nível socioeconómico médio (*ver tabela 2*).

**Tabela 2.** Caracterização sociodemográfica da amostra

Sujeito	A	1	B	2	C	3	D	4
Idade atual	22	22	21	22	20	21	20	21
Educação	Uni	Uni	12º	Uni	12º	Uni	Uni	Uni
Ocupação	EstM	EstL	EstL	EstM	Desemp	Desemp	EstM	EstL
NS	Médio	Médio	Médio	Médio	Médio/Baixo	Médio/Baixo	Médio/Alto	Médio
Diagnóstico atual PAI	AN-R	—	AN-R	—	BN	—	AN-R	—

*Nota.* NS = nível socioeconómico; Uni = frequenta/frequentou ensino superior (universidade); 12º = ensino secundário finalizado; EstM = estudante de mestrado; EstL = estudante de licenciatura; Desemp = desempregado

### 3.2. Instrumentos

No âmbito deste estudo foram aplicados os itens de diagnóstico do o Exame das Perturbações do Comportamento Alimentar (*Eating Disorders Examination / EDE*, 14ª edição - Versão 14.3; Fairburn & Cooper, 2000, traduzido e adaptado por Machado, 2001), que consiste numa entrevista semiestruturada baseada no investigador que permite a avaliação da presença de sintomatologia do comportamento alimentar de acordo com o DSM-IV (APA, 1996), tendo sido adaptada posteriormente para um diagnóstico com base no DSM-5 (2013). Esta avaliação é possível através da verificação dos comportamentos e atitudes do participante nas últimas quatro semanas, três e 6 meses. A recolha de dados com o suporte deste instrumento teve como o objetivo confirmar a presença de diagnóstico de PAI no GC e a ausência de diagnóstico de PAI no GCS.

Foi também utilizada outro instrumento que consiste numa entrevista semiestruturada

baseada no investigador, nomeadamente a Entrevista para Fatores de Risco das Perturbações do Comportamento Alimentar (*Risk Factors for Eating Disorders: Interview Schedule / RFED*; Fairburn & Welch, 1990, traduzida e adaptada por Gonçalves et al., 2001). Esta entrevista permite a recolha de informação referente a potenciais FR que possam estar associados ao desenvolvimento de PAI. A RFED foca-se no período antes do início da PAI, que deve ser entendido como o período em que se identificam, pela primeira vez, um dos seguintes comportamentos: dieta prolongada, episódios regulares de ingestão alimentar compulsiva, vômito autoinduzido ou uso de laxantes. No GCS, foi considerada a idade de início de sintomatologia da PAI dos indivíduos do GC com os quais foram emparelhados. Nesta entrevista, os FR encontram-se divididos em três grandes domínios, Vulnerabilidade Pessoal, Ambiental e Vulnerabilidade para Dietas, sendo que cada domínio se encontra dividido em subdomínios que refletem tipos de exposição que são possivelmente vivenciados pelos indivíduos. Os autores incluem também um conjunto de FR adicionais, que não pertencem a nenhum dos três grandes domínios referidos anteriormente (Machado, 2010).

**Tabela 3.** Domínios e subdomínios da RFED (Fairburn & Welch, 1990, traduzida e adaptada por Gonçalves et al., 2001)

Domínio I	Características na infância
Vulnerabilidade Pessoal	Perturbações psiquiátricas pré-mórbidas Problemas comportamentais Perturbações psiquiátricas nos pais (antes e depois do início da perturbação da alimentação e da ingestão)
Domínio II	Problemas parentais
Ambiental	Acontecimentos disruptivos Perturbações psiquiátricas nos pais (antes e depois do início da perturbação da alimentação e da ingestão) Agressão e gozo pelos pares Abuso físico e sexual
Domínio III	Risco de dietas
Vulnerabilidade para Dietas	Risco de obesidade Perturbações da alimentação e da ingestão nos pais
Fatores adicionais	Idade da menarca

---

Número de gravidezes

Número de filhos

Aborto

---

Para além das categorias já referidas, a RFED inclui também um conjunto de questões relativamente ao nível socioeconómico parental com base na Classificação de Graffar (Graffar, 1956), em que as classes I e II correspondem a um nível socioeconómico alto, a classe III a um nível socioeconómico médio e as escalas IV e V a um nível socioeconómico baixo.

Em adição à RFED foi também aplicada a Entrevista Semi-Estruturada para a Avaliação do Desenvolvimento da Puberdade (*Semi-structured Clinical Interview for the Evaluation of Puberty Development / SCIEPD*; Machado & Gonçalves, 2017), com o objetivo de avaliar o desenvolvimento da puberdade e o seu impacto. As questões focam o crescimento, desenvolvimento da massa muscular, ombros, pilosidade e mudanças na voz, uma vez que estes se apresentam como marcadores da puberdade em homens (Ricciardelli & McCabe, 2015, in Machado et al, 2020). Foi pedido aos participantes que se comparassem com os pares da sua idade quando respondessem a estas questões (*comparativamente com os seus amigos/pares, a sua estatura...*). Este instrumento permite também avaliar a existência de vergonha perante a muda de roupa em frente aos pares e também ocorrência de provocação por parte dos pares relativamente aos diferentes marcadores da puberdade e à muda de roupa em frente aos mesmos. Aos participantes do GCS, as questões retrospectivas foram feitas tendo em conta a idade de início da sintomatologia da PAI dos pares do GC.

De forma a proceder à recolha de dados para a dissertação, tornou-se necessário obter formação relativamente à aplicação destes instrumentos. Esta formação foi oferecida pela professora Doutora Bárbara César Machado, ocorreu durante o mês de novembro de 2019 e permitiu o aumento de conhecimentos acerca das instruções de aplicação e cotação da entrevista. Foram também discutidos alguns casos reais o que permitiu uma melhor consolidação do que foi aprendido.

### **3.3. Procedimentos**

#### **3.3.1. Recolha de dados**

A recolha de dados ocorreu de janeiro de 2020 a maio de 2020 e foi realizada através da

aplicação dos instrumentos descritos. Para esta recolha de dados foi garantida a possibilidade de desistência a qualquer momento por parte dos participantes além de questões de confidencialidade. Também foram assegurados todos os procedimentos éticos e deontológicos.

A recolha de dados do GC foi ocorreu *setting* clínico, na Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar São João do Porto (CHSJ). A amostra para o GC preencheu, no momento de avaliação, critérios para uma PAI, segundo a quinta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5; APA, 2013). Os participantes foram selecionados pelo psicoterapeuta por eles responsável (psiquiatra ou psicólogo), que foi previamente informado acerca do projeto, após ser aprovado eticamente pelo CHSJ. A amostra para o GCS foi recolhida na comunidade e, uma vez que a entrevista é longa, os momentos de avaliação foram divididos para não se tornar exaustivo para o entrevistado.

Devido ao surgimento do *Covid-19*, respetiva suspensão do estágio e confinamento obrigatório, a recolha de dados relativos ao GC não foi possível, tendo por isso sido utilizada uma base de dados facultada pela Professora Doutora Bárbara César Machado. Assim sendo, foi apenas possível salvaguardar a recolha de dados do GCS através de um método de amostragem não probabilístico por conveniência, tal como foi referido anteriormente. Esta recolha de dados teve continuidade através de entrevistas online, nomeadamente por videochamada, garantindo igualmente o anonimato (utilização de headphones e realização da entrevista num local sem interrupções). No entanto, esta tipologia, uma vez que este instrumento é uma entrevista clínica baseada no entrevistador impedindo que os dados sejam recolhidos em autorrelato, apenas foi possível a realização de 4 entrevistas, pelo que se adotou o recurso ao estudo de casos em série (*case series study*), procedimento que replica um dos estudos publicados pela equipa de investigação (cf. Machado et al., 2020).

### **3.3.2. Tratamento e análise de dados**

Uma vez que os dados recolhidos no estudo são de natureza quantitativa, recorreu-se ao programa IMB® SPSS® (versão 26) para o seu tratamento estatístico, nomeadamente para as análises descritivas e de frequência de forma a caracterizar a amostra do ponto de vista sociodemográfico e clínico. Esta análise ocorreu após a inserção dos diversos dados numa base de dados. As respostas obtidas através da recolha de dados foram agrupadas numa tabela organizada de acordo com os diferentes domínios da entrevista realizada.

## 4. RESULTADOS

### 4.1. Caracterização clínica

A idade de início dos primeiros sintomas associados ao desenvolvimento das PAI (idade índex) variou entre os 13 e os 20 anos ( $M = 17$ ,  $DP = 2.94$ ) e a idade de início da perturbação (isto é, cumprimento de todos os critérios para o diagnóstico de uma PAI) entre os 16 e os 22 anos ( $M = 19.5$ ,  $DP = 2.65$ ). Relativamente ao GC três dos participantes destacaram a preocupação com o peso e forma e três a realização de dieta como os primeiros comportamentos alimentares significativos associados ao início da PAI. O peso mais baixo tendo em conta a altura dos participantes resultou num IMC que variou entre 12.46 e 19.59 ( $M = 15.87$ ,  $DP = 2.93$ ) enquanto que o IMC mais alto variou entre 16.26 e 35.92 ( $M = 28.84$ ,  $DP = 8.66$ ). O IMC dos participantes do GC na data em que as entrevistas foram realizadas variou entre 13.15 e 23.84 ( $M = 17.18$ ,  $DP = 4.63$ ). Um dos participantes encontrava-se em tratamento residencial para a PAI, nomeadamente AN-R. O peso mais baixo do GCS tendo em conta a altura dos participantes resultou num IMC que variou entre 17.4 e 25.5 ( $M = 20.60$ ,  $DP = 3.52$ ) enquanto que o IMC mais alto variou entre 19.04 e 28.05 ( $M = 23.48$ ;  $DP = 4.10$ ). O IMC dos participantes do GCS na data em que as entrevistas foram realizadas variou entre 18.04 e 27.20 ( $M = 22.31$ ,  $DP = 0.58$ ). Três dos quatros indivíduos do GC estão atualmente a tomar medicação, nomeadamente antidepressivos. Nenhum dos participantes do GCS se encontra a tomar medicação (*ver tabela 4*).

**Tabela 4.** Caracterização clínica da amostra

Sujeito	A	1	B	2	C	3	D	4
IMC atual	15.53	27.20	16.21	18.04	23.84	21.20	13.15	28.0
IMC mais baixo	15.39	25.50	16.04	17.40	19.59	18.91	12.46	20.68
IMC mais alto	30.78	28.05	32.41	19.04	35.92	21.20	16.26	25.61
Diagnóstico atual PAI	AN-R	X	AN-R	X	BN	X	AN-R	X
Medicação atual	√ Antidep	X	X	X	√ Antidep	X	√ Antidep	X

Internamento residencial	X	N/A	X	N/A	X	N/A	√	N/A
Diagnósticos prévios PAI	X	X	X	X	X	X	X	X
Comorbilidades atuais	X	X	X	X	X	X	X	X
Primeiro k alimentar desadequado significativo	Dieta	N/A	Preocupação com peso e forma	N/A	Dieta e preocupação com peso e forma	N/A	Dieta e preocupação com peso e forma	
Idade índex	20	N/A	17	N/A	18	N/A	13	N/A
Idade de início da PAI	22	N/A	21	N/A	19	N/A	16	N/A

Nota. √ = característica presente; X = característica não presente; N/A = não se aplica; antidep = antidepressivos

## 4.2. Puberdade e exposição a fatores de risco

**Tabela 5.** Puberdade, fatores de risco e acontecimentos de vida

Sujeito	A	1	B	2	C	3	D	4
Puberdade (SCIEPD; Machado e Gonçalves, 2017)								
Crescimento com sofrimento associado	√	X	X	X	X	X	X	X
Crescimento com provocação associada	√	X	X	X	X	X	√	X
Massa muscular com sofrimento associado	X	X	X	√	X	√	X	X
Massa muscular com provocação associada	X	X	X	√	√	√	√	X
Pelo corporal com sofrimento associado	X	X	X	X	X	X	X	X
Pelo corporal com provocação associada	X	X	X	X	√	X	√	X
Mudança na voz com sofrimento associado	X	X	X	X	X	X	X	X
Mudança na voz com provocação associada	X	X	X	X	√	X	√	X
Vergonha em relação à muda de roupa na frente dos pares	X	X	X	X	√	√	√	X
Provocação em relação à muda de roupa na frente dos pares	X	X	X	X	X	X	√	X
Domínios de risco (RFI; Fairburn et al., 1997)								
Vulnerabilidade pessoal e ambiental								
Problemas de conduta	X	X	√	X	X	X	X	X
Autoavaliação negativa	X	X	X	√	√	X	X	X
Timidez e/ou ausência de amigos	√	X	X	X	√	√	X	X

Perfeccionismo	X	X	X	√	X	√	X	√
Ansiedade escolar	X	X	X	√	X	X	X	X
Humor deprimido	X	√	X	√	√	√	X	X
Ideação suicida ou tentativas de suicídio	X	X	X	X	X	√	X	X
Histórico de abuso de álcool ou drogas	√	X	√	X	√	X	X	X
Agressão ou provocação por parte dos pares	√	X	√	√	√	√	√	√
Outros problemas mentais	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Problemas relacionados com alimentação, peso e forma corporal</b>								
Problemas do comportamento alimentar até aos 12 anos	X	X	X	X	X	X	X	X
Excesso de peso durante a infância	√	√	X	X	√	√	X	√
Baixo peso durante a infância	√	X	√	√	√	X	√	X
Autoconsciência sobre a aparência	X	√	√	√	√	√	X	√
Exercício significativo	X	X	√	X	X	X	√	X
<b>Psicopatologia na família</b>								
Pai/mãe com depressão major	X	√	X	√	X	X	X	X
Pai/mãe com outras perturbações mentais	X	X	X	√*	X	X	√**	X
Outros familiares com perturbações mentais	X	√	X	X	√	X	√	X
<b>Acontecimentos disruptivos</b>								
Abuso sexual e/ou físico	X	√	X	X	X	X	X	X
Morte de um ente querido	√	√	X	X	√	X	√	√
<b>Acontecimentos precipitantes</b>								
Um evento	√	√	√	√	√	√	√	√
Dois ou mais eventos	√	√	X	√	√	√	X	X

*Nota.* \* mãe com outra perturbação mental (nomeadamente perturbação bipolar tipo I, diagnosticada antes da idade índice do par do GC); \*\* mãe com outra perturbação mental, diagnosticada antes da idade índice do indivíduo

**Tabela 6.** Número de fatores de risco relatados por par clínico

Par	Indivíduo com PAI	Indivíduo saudável
A1	<b>10</b>	9
B2	7	<b>13</b>
C3	<b>16</b>	11
B4	<b>13</b>	6

#### **4.2.1. Puberdade**

No GC, relativamente à puberdade, verificou-se crescimento (estatura) com sofrimento (25%) e provocação (50%), desenvolvimento da massa muscular com provocação (50%), pelo corporal com provocação (50%), mudança na voz com provocação (50%), vergonha (50%) e provocação (25%) em relação à muda de roupa em frente dos pares em pelo menos um dos participantes. Não se verificou sofrimento no que toca ao desenvolvimento da massa muscular, sofrimento perante o desenvolvimento de pilosidade corporal e sofrimento relativo à mudança de voz em nenhum dos participantes deste grupo. No GCS, também relativamente à puberdade, verificou-se desenvolvimento de massa muscular com sofrimento (50%) e provocação (50%) e vergonha em relação à muda de roupa em frente dos pares por pelo menos um dos participantes (25%). Não se verificou crescimento com sofrimento ou provocação, desenvolvimento de pilosidade corporal com sofrimento ou provocação, mudança na voz com sofrimento ou provocação e provocação em relação à muda de roupa em frente aos pares em nenhum dos participantes deste mesmo grupo (*consultar tabela 5*).

#### **4.2.2. Fatores de risco**

Relativamente à vulnerabilidade pessoal e ambiental no GC, verificaram-se problemas de conduta num dos participantes (25%), autoavaliação negativa num participante (25%), dois timidez ou ausência de pares em dois participantes (50%), humor deprimido num participante (25%), abuso de álcool ou drogas em três participantes (75%) e agressão ou provocação por parte dos pares em todos os participantes (100%). Não se verificou perfeccionismo, ansiedade escolar, ideação suicida ou tentativas de suicídio e outros problemas mentais em nenhum indivíduo. Também relativamente à vulnerabilidade pessoal e ambiental no GCS, verificou-se autoavaliação negativa num participante (25%), timidez e/ou ausência de pares num participante (25%), perfeccionismo em três participantes (75%), ansiedade escolar num participante (25%), humor depressivo em três participantes (75%), ideação suicida ou tentativas de suicídio num participante (25%) e agressão ou provocação por parte dos pares em três participantes (75%). Não se verificaram problemas de conduta, histórico de abuso de álcool ou drogas e outros problemas mentais em nenhum dos elementos do GCS.

Em relação aos problemas relacionados com a alimentação, peso e forma corporal no GC, verificou-se excesso de peso durante a infância em dois participantes (50%), baixo peso durante a infância em todos os participantes (100%), autoconsciência sobre a aparência em dois

participantes (50%) e prática de exercício físico significativo em dois participantes (50%). Não se verificou a existência de problemas do comportamento alimentar até aos doze anos em nenhum dos elementos do GC. Ainda em relação aos problemas relacionados com a alimentação, peso e forma corporal, verificou-se excesso de peso durante a infância em três participantes (75%), baixo peso durante a infância num participante (25%) e autoconsciência sobre a aparência em todos os participantes (100%). Não se verificaram problemas do comportamento alimentar até aos doze anos e prática de exercício físico significativo nos elementos do GCS.

A nível da psicopatologia na família, verificou-se no GC um participante (25%) com pai ou mãe com uma perturbação (nomeadamente a mãe com uma perturbação mental diagnosticada antes da idade de início da sintomatologia da PAI) e dois participantes com familiares com outras perturbações mentais (50%). Não se verificou em nenhum dos participantes do GC pai ou mãe com depressão major. No GCS verificaram-se dois participantes (50%) com pai ou mãe com depressão major, um participante com pai ou mãe com outras perturbações mentais (nomeadamente a mãe com perturbação bipolar tipo II) e um participante (25%) com familiares com outras perturbações mentais.

Relativamente à presença de acontecimentos de vida disruptivos, verificou-se a morte de um ente querido em três participantes do GC (75%), no entanto não se verificou abuso físico ou sexual em nenhum dos membros deste grupo. No GCS verificou-se abuso físico e sexual num participante (25%) e morte de um ente querido em dois participantes (50%).

Quanto aos fatores precipitantes no GC, verificou-se pelo menos um evento stressor no ano em que se desenvolveram os primeiros sintomas do comportamento alimentar em todos os participantes (100%) e dois ou mais eventos stressores nesse mesmo ano em dois participantes (50%). Uma vez que os indivíduos do GC foram emparelhados com indivíduos saudáveis, foram feitas as mesmas questões para os participantes do GCS, tendo em conta o ano em que se desenvolveram os primeiros sintomas do par. Assim sendo, verificou-se pelo menos um evento stressor no ano em que se desenvolveram os primeiros sintomas do comportamento alimentar em todos os participantes (100%) e dois ou mais eventos stressores nesse mesmo ano em três participantes (75%).

## 5. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Este estudo pretendeu aumentar o conhecimento acerca das PAI em homens. Foram avaliadas características clínicas, sintomatologia do comportamento alimentar, início dos sintomas de PAI, experiências relativas à puberdade e exposição a potenciais FR para o desenvolvimento de PAI em homens com diagnóstico atual de PAI. Do mesmo modo, no GCS foi avaliada a presença de sintomatologia do comportamento alimentar, experiências relativas à puberdade e exposição aos potenciais FR previamente avaliados no GC. Por sua vez, o GCS foi constituído por homens sem diagnóstico atual de PAI com características sociodemográficas semelhantes, nomeadamente idade, escolaridade e nível socioeconómico, de forma a poder comparar os resultados.

Relativamente à caracterização clínica, verificou-se, em quase todos os participantes do GC, a dieta e a preocupação com o peso e a forma corporal como o primeiro comportamento alimentar desadequado. Verifica-se, neste estudo, que os homens apresentam os mesmos sintomas principais das PAI que as mulheres, nomeadamente a restrição alimentar, medo de ganhar peso e extrema importância do peso e forma corporal na sua autoavaliação (Machado et al., 2020). A idade de início dos primeiros sintomas de PAI neste estudo parece também ser mais tardia, quando comparada com a idade de início dos primeiros sintomas de PAI em mulheres (Carlat, Camargo, & Herzog 1997). A prática de exercício físico excessivo verificou-se em apenas metade dos participantes do GC. Os IMC mais baixos verificam-se no GC, sendo que alguns valores se encontram abaixo de 14 enquanto que apenas se verificou um IMC abaixo de 18 num participante do GCS (nomeadamente 17,5). Neste estudo verificou-se que o excesso de peso na infância é mais relatado por indivíduos do GCS do que indivíduos do GC, no entanto, os IMC dos indivíduos do GCS não ultrapassaram os 28 enquanto que os do GC rondam os 30, ainda que 75% dos diagnósticos atuais desses mesmos indivíduos seja AN-R. Por outro lado, todos os indivíduos do GC relatam baixo peso na infância em contraste com apenas um indivíduo do grupo de controlo saudável. Em relação aos pares formados para este estudo, parece interessante referir alguns pontos nos quais se assemelham ou diferenciam. Os pares 2A e 3C apresentam um IMC atual e mínimo idênticos com exceção do IMC mais alto, sendo que os valores superiores foram relatados pelo participante do GC. À semelhança dos resultados obtidos por Machado e colaboradores (2020), e tendo em conta que no presente estudo os IMC máximos dos participantes com AN-R ultrapassam os 30, parece ser possível afirmar que o desenvolvimento de PAI em indivíduos do sexo masculino é caracterizado por maiores

flutuações de peso.

Relativamente à puberdade é relevante referir que, quanto ao crescimento (estatura), apenas se verificou vivência de sofrimento e presença de provocação por parte dos pares (amigos) em participantes do GC. Não se verificou sofrimento relativo ao desenvolvimento dos pelos no corpo em nenhum participante (tanto do GC como do GCS), no entanto, a provocação também em relação à pilosidade corporal foi verificada em participantes do GC. Já o sofrimento e provocação em relação à massa muscular verificam-se tanto no GC, como no GCS. Tal como já foi referido, os problemas alimentares orientados para a muscularidade poderão apresentar-se como um fenómeno observado nos homens com diagnóstico de PAI (Eisenberg, Wall, & Neumark-Sztainer, 2012). Tendo em conta os resultados obtidos parece verificar-se uma preferência pela muscularidade que se encontra associada a um conjunto de comportamentos orientados para a mudança corporal (Eisenberg, Wall, & Neumark-Sztainer, 2012). Relativamente à mudança de voz, não se verificou sofrimento ou provocação por parte dos pares nos elementos do GCS, no entanto verificou-se provocação nos participantes do GC. Por último, verificou-se uma maior vergonha e provocação na mudança de roupa em frente aos pares, tendo sido os participantes do GC os únicos a relatar provocação. Ainda que exista literatura considerável relativamente à vergonha corporal e a sua ligação com as PAI, não existe um consenso quanto ao papel da vergonha corporal no início, desenvolvimento e manutenção de uma PAI, uma vez que pode funcionar como causa e consequência deste tipo de perturbações (Cella, Iannaccone, & Cotrufo, 2019).

Todos os participantes deste estudo, tanto do GC como do GCS (com exceção de um) experienciaram agressão e provocação por parte dos pares. Atualmente o *bullying* ou provocação ocorre também através de formas de comunicação online como por exemplo redes sociais (*Cyberbullying*; Lie & Bang, 2019). A agressão por parte dos pares, quer seja de carácter físico ou verbal, é uma ameaça tanto à saúde mental da vítima, como ao seu ajustamento psicossocial (Ybrandt & Armelius, 2010). Experienciar *bullying* ou provocação por parte dos pares está associada a diversos problemas emocionais (Reijntjes et al., 2010) o que pode contribuir para o desenvolvimento e manutenção de PAI (Jacobi et al., 2004). Em acréscimo, uma vez que é comum que as PAI se desenvolvem na adolescência, eventos disruptivos nas relações interpessoais decorrentes do *bullying* ou provocação por parte dos pares podem ser muito relevantes para a compreensão destas perturbações (Duarte, Pinto-Gouveia, & Rodrigues, 2015; Striegel-Moore & Bulik, 2007). O *bullying* ou provocação por parte dos pares é

frequentemente direcionado à aparência física da vítima, podendo ter como consequência um aumento da insatisfação corporal e restrição alimentar (Menzel et al., 2010), apresentando-se por isso como um fator de risco para o desenvolvimento de PAI (Stice, 2016). É possível verificar num estudo recente de Lie & Bang (2019) que os indivíduos com PAI experienciam mais *bullying* ou provocação por parte dos pares que indivíduos saudáveis (com os quais foram comparados) mas também experienciam mais *bullying* ou provocação por parte dos pares dirigido à aparência do que indivíduos saudáveis.

Relativamente à mudança de voz, não se verificou sofrimento ou provocação por parte dos pares nos elementos do GCS, no entanto verificou-se provocação nos participantes do GC.

Em relação à presença de fatores que poderão predispor ao desenvolvimento de PAI, e no que respeita ao domínio da vulnerabilidade pessoal, importa mencionar que os problemas de conduta foram verificados apenas num participante do GC. Por outro lado, verificou-se, em quase todos os participantes do GC (75%), um histórico de abuso de álcool ou substâncias enquanto que não se verificou estes dois domínios de risco no GCS. A impulsividade é um traço de personalidade comum em diversas perturbações mentais, incluindo perturbações de personalidade (Critchfield, Levy, & Clarkin, 2004), perturbações relacionadas com o abuso de substâncias psicoativas (Bornovalova et al., 2005), PAI (Bulik et al., 2004), apostas patológicas (vício de jogo) e outras perturbações do controlo de impulsos (Berney et al., 2006). A ligação entre PAI e a impulsividade tem sido documentada na literatura desde cedo (Lacey & Evans, 1986; Lacey, 1993), encontrando-se especialmente associada à BN e à AN-P (Matsunaga et al., 2000). Esta impulsividade presente em alguns indivíduos com PAI parece evidenciar-se quando se encontram presentes alguns dos seguintes fatores: (1) subtipo da PAI ser purgativo (Cassin & von Ranson, 2005); (2) severidade da sintomatologia mais elevada (Newton, Freeman & Munro, 1993); (3) maior número de comorbilidades presentes (Bulik et al., 2004); (4) fatores genéticos (Steiger et al., 2005); (5) pobre funcionamento psicológico (Duncan et al., 2005); (6) alteração do funcionamento bioquímico (Steiger et al., 2001); (7) estratégias de *coping* pobres (Nagata et al., 2000); (8) sensação de fome (Lyke & Spinella, 2004); e (9) fracos resultados face ao tratamento (Sohlberg et al., 1989). Os comportamentos impulsivos mais comuns em indivíduos com PAI são a automutilação (Solano et al., 2005), abuso de drogas ou álcool (Bornovalova et al., 2005), roubo (Grant & Kim, 2002) e promiscuidade sexual (Matsunaga et al., 2000), o que vai de encontro aos resultados obtidos no GC. Em oposição a estudos em que demonstram que o perfeccionismo é um traço de personalidade que se apresenta como fator de

risco para o desenvolvimento da AN (Wade et al., 2008; Fairburn, Cooper, Doll, & Welch, 1999), não se verificou em nenhum dos indivíduos com diagnóstico de AN a existência de perfeccionismo, ao contrário do que aconteceu no GCS, em que se verificou perfeccionismo em quase todos os participantes. Não se verificou humor deprimido em nenhum dos participantes do GC, em contraste com quase todos os participantes do GCS (75%), que relatam não só humor deprimido, mas também ideação suicida (25%). Neste estudo verificou-se que o excesso de peso na infância é mais relatado por indivíduos do GCS do que indivíduos do GC, no entanto, os IMC dos indivíduos do GCS não ultrapassou os 28 enquanto que os do GC rondam os 35, ainda que 75% dos diagnósticos atuais desses mesmos indivíduos seja AN-R.

Verifica-se uma maior prevalência de pai/mãe com depressão major e de abuso sexual e/ou físico no GCS e uma maior prevalência de perturbações noutros membros na família e mortes de entes queridos no GC. A presença de psicopatologia no pai ou mãe, abuso sexual e abuso físico foram referidos por alguns autores como FR comuns em indivíduos com PAI (Fairburn et al., 1997, 1998, 1999; Striegel-Moore et al., 2005; Pike et al., 2008).

Todos os participantes do GC relataram pelo menos um acontecimento no ano anterior ao início da sintomatologia do comportamento alimentar, assim como todos os participantes do GCS, que foram questionados também acerca de acontecimentos disruptivos no ano em que o par clínico desenvolveu os primeiros sintomas do comportamento alimentar.

Diversos estudos têm sido realizados de forma a avaliar impacto de eventos de vida adversos específicos na vida dos indivíduos (por exemplo divórcio dos pais), no entanto é comum não só que diversos eventos adversos aconteçam ao mesmo tempo (Dong et al., 2004; Green et al., 2010), mas também que ocorra uma acumulação de eventos adversos ao longo do desenvolvimento dos indivíduos (Seery, Holman, & Silver, 2010). Torna-se, portanto, inviável isolar um evento adverso específico e denominá-lo FR, ainda que certos eventos adversos estejam comumente associados a efeitos no funcionamento psicológico (McMahon et al., 2003). Assim sendo, o efeito cumulativo de eventos adversos parece ser a visão mais adequada quando se procura compreender quais os FR para o desenvolvimento de perturbações mentais (Seery, Holman, & Silver, 2010) tal como as PAI. Diversos estudos comprovam que a acumulação de eventos adversos pode predispor os indivíduos para o desenvolvimento de sintomas psicopatológicos (Breslau, Chilcoat, Kessler, & Davis, 1999; Cabrera et al., 2007; Turner & Lloyd, 1995, 2004). Neste estudo os participantes do GC apresentaram mais FR do

que os participantes do GCS, com a exceção do par 2B, em que o participante do GCS relatou mais FR (13 vs 7). Assim sendo parece verificar-se que um maior número de FR pode predispor ao desenvolvimento de uma PAI. Alguns FR verificaram-se apenas no GC, mas o mais prevalente foi o histórico de abuso de álcool ou drogas. Ainda assim é importante realçar que se verificam mais FR relacionados com a provocação por parte dos pares nos participantes do GC, em comparação com os do GCS.

É também relevante refletir acerca das limitações deste estudo, nomeadamente a dimensão da amostra, o tipo de amostragem utilizado e a reduzida amplitude de idades, o que pode comprometer a representatividade da mesma. A interrupção abrupta das atividades devido ao *Covid-19*, comprometeu a recolha de dados presencial do GCS, o que se reflete noutra limitação, uma vez que ocorreram interrupções devido ao local em que os participantes se encontravam, e existe a possibilidade de estes não se terem sentido confortáveis para responder a determinadas questões. Diversos indivíduos recusaram a realização da entrevista devido a esta ser *online*, na medida em que consideraram que o total anonimato só poderia ser atingido se a mesma fosse presencial. Também não foi possível a recolha de dados do GC na medida em que não foi possível a deslocação ao local de estágio (local no qual seriam recolhidos os dados para este grupo), tendo sido necessário a utilização de dados previamente recolhidos facultados pela Professora Doutora Bárbara César Machado. Por outro lado, existe também um ponto forte a referir, que é ser o primeiro estudo com uma tentativa de comparar a presença de FR entre um grupo de controlo saudável e um grupo clínico de homens com PAI.

Neste estudo verificou-se uma “exceção à regra”, nomeadamente o participante 2 do GCS, que apresentou tanto ou mais FR que os indivíduos do GC. Por este motivo serão importantes estudos futuros que permitam uma melhor compreensão acerca das trajetórias que levam os indivíduos do sexo masculino a desenvolver uma PAI, uma vez que o comportamento humano implica múltiplos sistemas de influência que podem ter um certo impacto em diferentes estágios do desenvolvimento (Striegel-Moore & Bulik, 2007). A replicação deste estudo com uma amostra maior e incluindo indivíduos com outras perturbações mentais poderá ser relevante, na medida em que o gozo/provocação por parte dos pares parece apresentar-se como um importantíssimo fator de risco para o desenvolvimento de qualquer perturbação mental.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)* American Psychiatric Pub.

Bentley, C., Gratwick-Sarll, K., Harrison, C., & Mond, J. (2015). Sex differences in psychosocial impairment associated with eating disorder features in adolescents: A school-based study. *International Journal of Eating Disorders, 48*(6), 633-640. doi:10.1002/eat.22396

Berkman, N. D., Lohr, K. N., & Bulik, C. M. (2007). Outcomes of eating disorders: a systematic review of the literature. *International Journal of Eating Disorders, 40*(4), 293-309. doi:10.1002/eat.20369

Berney, A., Leyton, M., Gravel, P., Sibon, I., Sookman, D., Neto, P. R., ... & Okazawa, H. (2011). Brain Regional  $\alpha$ -[11C] Methyl-L-Tryptophan Trapping in Medication-Free Patients With Obsessive-Compulsive Disorder. *Archives of general psychiatry, 68*(7), 732-741. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.16

Bierman, K. L., & Wargo, J. B. (1995). Predicting the longitudinal course associated with aggressive-rejected, aggressive (nonrejected), and rejected (nonaggressive) status. *Development and Psychopathology, 7*(4), 669-682. doi:10.1017/s0954579400006775

Bond, L., Carlin, J. B., Thomas, L., Rubin, K., & Patton, G. (2001). Does bullying cause emotional problems? A prospective study of young teenagers. *British Medical Journal, 323*(7311), 480-484. doi:10.1136/bmj.323.7311.480

Bornovalova, M. A., Lejuez, C. W., Daughters, S. B., Rosenthal, M. Z., & Lynch, T. R. (2005). Impulsivity as a common process across borderline personality and substance use disorders. *Clinical psychology review, 25*(6), 790-812. doi:10.1016/j.cpr.2005.05.005

Breslau, N., Chilcoat, H. D., Kessler, R. C., & Davis, G. C. (1999). Previous exposure to trauma and PTSD effects of subsequent trauma: Results from the Detroit Area Survey of Trauma. *American Journal of Psychiatry, 156*(6), 902-907. doi:10.1176/ajp.156.6.902

Brown, T. A., & Keel, P. K. (2015). Relationship status predicts lower restrictive eating pathology for bisexual and gay men across 10-year follow-up. *International Journal of Eating*

*Disorders*, 48(6), 700-707. doi:10.1002/eat.22433

Bulik, C. M., Klump, K. L., Thornton, L., Kaplan, A. S., Devlin, B., Fichter, M. M., ... & Mitchell, J. E. (2004). Alcohol use disorder comorbidity in eating disorders: a multicenter study. *The Journal of clinical psychiatry*, 65(7), 1000–1006. doi:10.4088/jcp.v65n0718

C. Machado, B., Vieira, A. I., Brandão, I., Buinhas, I., Granja, N., Cunha, M., ... & Gonçalves, S. F. (2020). Eating Disorders in Males: A Case Series Study to Evaluate Putative Risk Factors. *The Journal of Men's Studies*, 28(2), 223-236. doi:10.1177/1060826520905093

Cabrera, O. A., Hoge, C. W., Bliese, P. D., Castro, C. A., & Messer, S. C. (2007). Childhood adversity and combat as predictors of depression and post-traumatic stress in deployed troops. *American Journal of Preventive Medicine*, 33(2), 77–82. doi:10.1016/j.amepre.2007.03.019

Cafri, G., Blevins, N., & Thompson, J. K. (2006). The drive for muscle leanness: A complex case with features of muscle dysmorphia and eating disorder not otherwise specified. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 11(4), e117-e118. doi:10.1007/bf03327575

Calzo, J. P., Corliss, H. L., Blood, E. A., Field, A. E., & Austin, S. B. (2013). Development of muscularity and weight concerns in heterosexual and sexual minority males. *Health Psychology*, 32(1), 42-51. doi:10.1037/a0028964

Calzo, J. P., Horton, N. J., Sonnevile, K. R., Swanson, S. A., Crosby, R. D., Micali, N., ... & Field, A. E. (2016). Male eating disorder symptom patterns and health correlates from 13 to 26 years of age. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(8), 693-700. doi:10.1016/j.jaac.2016.05.011

Carlat, D. J., Camargo, C. A., & Herzog, D. B. (1997). Eating disorders in males: A report on 135 patients. *American Journal of Psychiatry*, 154(8), 1127-1132. doi:10.1176/ajp.154.8.1127

Cassin, S. E., & von Ranson, K. M. (2005). Personality and eating disorders: a decade in review. *Clinical psychology review*, 25(7), 895-916. doi:10.1016/j.cpr.2005.04.012

Cella, S., Iannaccone, M., & Cotrufo, P. (2019). Does body shame mediate the relationship between parental bonding, self-esteem, maladaptive perfectionism, body mass index and eating

disorders? A structural equation model. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 25(3), 667–678. doi:10.1007/s40519-019-00670-3

Clark, D. M., Crozier, W. R., & Alden, L. E. (2005). A cognitive perspective on social phobia. *The essential handbook of social anxiety for clinicians* (pp. 193-218) John Wiley & Sons, 2005.

Craig, W., & Pepler, D. (1997). Naturalistic observations of bullying and victimization on the playground. *Unpublished Report. Toronto, ON: LaMarsh Research Centre on Violence and Conflict Resolution, York University.*

Critchfield, K. L., Levy, K. N., & Clarkin, J. F. (2004). The relationship between impulsivity, aggression, and impulsive-aggression in borderline personality disorder: an empirical analysis of self-report measures. *Journal of personality disorders*, 18(6), 555-570. doi:10.1521/pedi.18.6.555.54795

Currin, L., Schmidt, U., & Waller, G. (2007). Variables that influence diagnosis and treatment of the eating disorders within primary care settings: a vignette study. *International Journal of Eating Disorders*, 40(3), 257-262. doi:10.1002/eat.20355

Darcy, A. M., Doyle, A. C., Lock, J., Peebles, R., Doyle, P., & Le Grange, D. (2012). The eating disorders examination in adolescent males with anorexia nervosa: How does it compare to adolescent females?. *International Journal of Eating Disorders*, 45(1), 110-114. doi:10.1002/eat.20896

Dong, M., Anda, R. F., Felitti, V. J., Dube, S. R., Williamson, D. F., Thompson, T. J., ... & Giles, W. H. (2004). The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child abuse & neglect*, 28(7), 771-784. doi:10.1016/j.chiabu.2004.01.008

Duarte, C., Pinto-Gouveia, J., & Rodrigues, T. (2015). Being bullied and feeling ashamed: Implications for eating psychopathology and depression in adolescent girls. *Journal of Adolescence*, 44, 259–268. doi:10.1016/j.adolescence.2015.08.005

Duncan, A. E., Neuman, R. J., Kramer, J., Kuperman, S., Hesselbrock, V., Reich, T., & Bucholz, K. K. (2005). Are there subgroups of bulimia nervosa based on comorbid psychiatric disorders?. *International Journal of Eating Disorders*, 37(1), 19-25. doi:10.1002/eat.20066

Eisenberg, M. E., Wall, M., & Neumark-Sztainer, D. (2012). Muscle-enhancing behaviors among adolescent girls and boys. *Pediatrics*, *130*(6), 1019–1026. doi:10.1542/peds.2012-0095

Fairburn, C. G. (1997). Eating disorders. In D. M. Clark, & C. G. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behaviour therapy* (pp. 209–241). Oxford: Oxford University Press.

Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., & Welch, S. L. (1999). Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. *Archives of general psychiatry*, *56*(5), 468-476. doi:10.1001/archpsyc.56.5.468

Fairburn, C. G., Cooper, Z., Shafran, R., & Wilson, G. T. (2008). Eating disorders: A transdiagnostic protocol. In *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual*. (pp. 578-614). New York, NY, US: The Guilford Press.

Fairburn, C. G., Doll, H. A., Welch, S. L., Hay, P. J., Davies, B. A., & O'Connor, M. E. (1998). Risk factors for binge eating disorder: a community-based, case-control study. *Archives of general psychiatry*, *55*(5), 425-432. doi:10.1001/archpsyc.55.5.425

Fairburn, C. G., Welch, S. L., Doll, H. A., Davies, B. A., & O'Connor, M. E. (1997). Risk factors for bulimia nervosa: A community-based case-control study. *Archives of General psychiatry*, *54*(6), 509-517. doi:10.1001/archpsyc.1997.01830180015003

Feldman, M. B., & Meyer, I. H. (2007). Eating disorders in diverse lesbian, gay, and bisexual populations. *International journal of eating disorders*, *40*(3), 218-226. doi:10.1002/eat.20360

Fosse, G. K., & Holen, A. (2006). Childhood maltreatment in adult female psychiatric outpatients with eating disorders. *Eating behaviors*, *7*(4), 404-409. doi:10.1016/j.eatbeh.2005.12.006

Gilbert, P. (1998). *What is shame? Some core issues and controversies*. In P. Gilbert, & B. Andrews (Eds.), *Shame, interpersonal behaviour, psychopathology and culture* (pp. 2–30). Oxford: Oxford University Press.

Graffar, M. (1956). Une méthode de classification sociale d'échantillons de population / A method of social classification of population samples. *Courrier*, *6*, 445–459. doi:10.2307/1532714

- Grant, J. E., & Kim, S. W. (2002). Clinical characteristics and associated psychopathology of 22 patients with kleptomania. *Comprehensive Psychiatry*, 43(5), 378-384. doi:10.1053/comp.2002.34628
- Green, J. G., McLaughlin, K. A., Berglund, P. A., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2010). Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication I: associations with first onset of DSM-IV disorders. *Archives of general psychiatry*, 67(2), 113-123. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2009.186
- Griffiths, S., Mond, J. M., Murray, S. B., & Touyz, S. (2015). The prevalence and adverse associations of stigmatization in people with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 48(6), 767-774. doi:10.1002/eat.22353
- Griffiths, S., Murray, S. B., & Touyz, S. (2013). Disordered eating and the muscular ideal. *Journal of Eating Disorders*, 1(1), 15. doi:10.1186/2050-2974-1-15
- Gueguen, J., Godart, N., Chambry, J., Brun-Eberentz, A., Foulon, C., Divac, PhD, S. M., ... & Huas, C. (2012). Severe anorexia nervosa in men: comparison with severe AN in women and analysis of mortality. *International Journal of Eating Disorders*, 45(4), 537-545. doi:10.1002/eat.20987
- Hale, B., & Smith, D. (2012). Bodybuilding. In *Encyclopedia of body image and human appearance*. (pp. 66-73). Elsevier Inc.
- Hay, P., Girosi, F., & Mond, J. (2015). Prevalence and sociodemographic correlates of DSM-5 eating disorders in the Australian population. *Journal of Eating Disorders*, 3(1), 19. doi:10.1186/s40337-015-0056-0
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope Jr, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological psychiatry*, 61(3), 348-358. doi:10.1016/j.biopsych.2006.03.040
- Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H. C., & Agras, W. S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological bulletin*, 130(1), 19-65. <https://doi.org/10.1037/0033-2909>.

- Killen, J. D., Taylor, C. B., Hayward, C., Haydel, K. F., Wilson, D. M., Hammer, L., ... & Strachowski, D. (1996). Weight concerns influence the development of eating disorders: a 4-year prospective study. *Journal of consulting and clinical psychology*, *64*(5), 936-940. doi:10.1037/0022-006x.64.5.936
- Kim, Y. S., Leventhal, B. L., Koh, Y. J., Hubbard, A., & Boyce, W. T. (2006). School bullying and youth violence: causes or consequences of psychopathologic behavior?. *Archives of general psychiatry*, *63*(9), 1035-1041. doi:10.1001/archpsyc.63.9.1035
- Klomek, A. B., Marrocco, F., Kleinman, M., Schonfeld, I. S., & Gould, M. S. (2007). Bullying, depression, and suicidality in adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *46*(1), 40-49. doi:10.1097/01.chi.0000242237.84925.18
- Kraemer, H. C., Kazdin, A. E., Offord, D. R., Kessler, R. C., Jensen, P. S., & Kupfer, D. J. (1997). Coming to terms with the terms of risk. *Archives of general psychiatry*, *54*(4), 337-343. doi:10.1001/archpsyc.1997.01830160065009
- Lacey, J. H. (1993). Self-damaging and addictive behaviour in bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, *163*, 190-194. doi:10.1192/bjp.163.2.190
- Lacey, J. H., & Evans, C. D. H. (1986). The impulsivist: A multi-impulsive personality disorder. *British Journal of Addiction*, *81*(5), 641-649. doi:10.1111/j.1360-0443.1986.tb00382.x
- Lavender, J. M., De Young, K. P., & Anderson, D. A. (2010). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): norms for undergraduate men. *Eating behaviors*, *11*(2), 119-121. doi:10.1016/j.eatbeh.2009.09.005
- Leary, M. R., & Kowalski, R. M. (1995). *Social anxiety*. New York: Guilford.
- Leit, R. A., Gray, J. J., & Pope Jr, H. G. (2002). The media's representation of the ideal male body: A cause for muscle dysmorphia?. *International Journal of Eating Disorders*, *31*(3), 334-338. doi:10.1002/eat.10019
- Leit, R. A., Pope Jr, H. G., & Gray, J. J. (2001). Cultural expectations of muscularity in men: The evolution of Playgirl centerfolds. *International Journal of Eating Disorders*, *29*(1), 90-93.

doi:10.1002/1098-108x(200101)29:1<90::aid-eat15>3.0.co;2-f

Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R., Moerk, K. C., & Striegel-Moore, R. H. (2002). Gender differences in eating disorder symptoms in young adults. *International Journal of Eating Disorders*, 32(4), 426-440. doi:10.1002/eat.10103

Lie, S. Ø., Rø, Ø., & Bang, L. (2019). Is bullying and teasing associated with eating disorders? A systematic review and meta-analysis. *International journal of eating disorders*, 52(5), 497-514. doi:10.1002/eat.23035

Lyke, J. A., & Spinella, M. (2004). Associations among aspects of impulsivity and eating factors in a nonclinical sample. *International Journal of Eating Disorders*, 36(2), 229-233. doi:10.1002/eat.20025

Machado, B. C. (2010). *Fatores de risco no desenvolvimento na anorexia nervosa*. (Unpublished Doutorado). Universidade do Minho, Braga.

Martins, C. (2011). Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir. *Braga: Psiquilíbrios Edições*.

Matsunaga, H., Kiriike, N., Iwasaki, Y., Miyata, A., Matsui, T., Nagata, T., ... & Kaye, W. H. (2000). Multi-impulsivity among bulimic patients in Japan. *International Journal of Eating Disorders*, 27(3), 348-352. doi: 10.1002/(sici)1098-108x(200004)27:3<348::aid-eat13>3.0.co;2-f

McCreary, D. R., Hildebrandt, T. B., Heinberg, L. J., Boroughs, M., & Thompson, J. K. (2007). A review of body image influences on men's fitness goals and supplement use. *American Journal of Men's Health*, 1(4), 307-316. doi:10.1177/1557988306309408

McMahon, S. D., Grant, K. E., Compas, B. E., Thurm, A. E., & Ey, S. (2003). Stress and psychopathology in children and adolescents: is there evidence of specificity?. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(1), 107-133. doi:10.1111/1469-7610.00105

Menzel, J. E., Schaefer, L. M., Burke, N. L., Mayhew, L. L., Brannick, M. T., & Thompson, J. K. (2010). Appearance-related teasing, body dissatisfaction, and disordered eating: A meta-analysis. *Body image*, 7(4), 261-270. doi:10.1016/j.bodyim.2010.05.004

Ming, T. S., Lin Miao Shan, P., Kuek Shu Cen, A., Lian, L. E., & Boon Swee Kim, E. (2014). Men do get it: Eating disorders in males from an asian perspective. *ASEAN Journal of Psychiatry, 15*(1).

Mitchell, J. E., & Crow, S. (2006). Medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Current Opinion in Psychiatry, 19*(4), 438-443. doi:10.1097/01.yco.0000228768.79097.3e

Mitchison, D., & Mond, J. (2015). Epidemiology of eating disorders, eating disordered behaviour, and body image disturbance in males: a narrative review. *Journal of eating disorders, 3*(1), 20. doi:10.1186/s40337-015-0058-y

Mitchison, D., Mond, J., Slewa-Younan, S., & Hay, P. (2013). Sex differences in health-related quality of life impairment associated with eating disorder features: A general population study. *International Journal of Eating Disorders, 46*(4), 375-380. doi:10.1002/eat.22097

Mor, Z., Parfionov, K., Davidovitch, N., & Grotto, I. (2014). Gym exercising patterns, lifestyle and high-risk sexual behaviour in men who have sex with men and in heterosexual men. *BMJ open, 4*(11), e005205. doi:10.1136/bmjopen-2014-005205

Muise, A. M., Stein, D. G., & Arbess, G. (2003). Eating disorders in adolescent boys: a review of the adolescent and young adult literature. *Journal of Adolescent Health, 33*(6), 427-435. doi:10.1016/s1054-139x(03)00060-0

Murray, S. B., Griffiths, S., Hazery, L., Shen, T., Wooldridge, T., & Mond, J. M. (2016). Go big or go home: A thematic content analysis of pro-muscularity websites. *Body Image, 16*, 17-20. doi:10.1016/j.bodyim.2015.10.002

Murray, S. B., Griffiths, S., Rieger, E., & Touyz, S. (2014). A comparison of compulsive exercise in male and female presentations of anorexia nervosa: what is the difference? *Advances in Eating Disorders: Theory, Research and Practice, 2*(1), 65-70. doi:10.1080/21662630.2013.839189

Murray, S. B., Nagata, J. M., Griffiths, S., Calzo, J. P., Brown, T. A., Mitchison, D., ... & Mond, J. M. (2017). The enigma of male eating disorders: A critical review and synthesis. *Clinical Psychology Review, 57*, 1-11. doi:10.1016/j.cpr.2017.08.001

- Nagata, J. M., Golden, N. H., Peebles, R., Long, J., Leonard, M. B., Chang, A. O., & Carlson, J. L. (2017). Assessment of sex differences in bone deficits among adolescents with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 50*(4), 352-358. doi:10.1002/eat.22626
- Nagata, T., Kawarada, Y., Kiriike, N., & Iketani, T. (2000). Multi-impulsivity of Japanese patients with eating disorders: primary and secondary impulsivity. *Psychiatry Research, 94*(3), 239-250. doi:10.1016/s0165-1781(00)00157-8
- Nansel, T. R., Craig, W., Overpeck, M. D., Saluja, G., & Ruan, W. J. (2004). Cross-national consistency in the relationship between bullying behaviors and psychosocial adjustment. *Archives of pediatrics & adolescent medicine, 158*(8), 730-736. doi:10.1001/archpedi.158.8.730
- Natvig, G. K., Albrektsen, G., & Qvarnström, U. (2001). Psychosomatic symptoms among victims of school bullying. *Journal of health psychology, 6*(4), 365-377. doi:10.1177/135910530100600401
- Newton, J. R., Freeman, C. P., & Munro, J. (1993). Impulsivity and dyscontrol in bulimia nervosa: is impulsivity an independent phenomenon or a marker of severity?. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 87*(6), 389-394. doi:10.1111/j.1600-0447.1993.tb03393.x
- Nicholls, D. E., & Viner, R. M. (2009). Childhood risk factors for lifetime anorexia nervosa by age 30 years in a national birth cohort. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 48*(8), 791-799. doi:10.1097/chi.0b013e3181ab8b75
- Nordhagen, R., Nielsen, A., Stigum, H., & Köhler, L. (2005). Parental reported bullying among nordic children: a population-based study. *Child: care, health and development, 31*(6), 693-701. doi:10.1111/j.1365-2214.2005.00559.x
- Pike, K. M., Hilbert, A., Wilfley, D. E., Fairburn, C. G., Dohm, F. A., Walsh, B. T., & Striegel-Moore, R. (2008). Toward an understanding of risk factors for anorexia nervosa: a case-control study. *Psychological medicine, 38*(10), 1443–1453. doi:10.1017/s0033291707002310
- Pila, E., Mond, J. M., Griffiths, S., Mitchison, D., & Murray, S. B. (2017). A thematic content analysis of cheatmeal images on social media: Characterizing an emerging dietary trend. *International Journal of Eating Disorders, 50*(6), 698-706. doi:10.1002/eat.22671

- Pope, H., Pope, H. G., Phillips, K. A., & Olivardia, R. (2000). *The Adonis complex: The secret crisis of male body obsession*. Simon and Schuster. doi:10.1037/e490672008-001
- Reijntjes, A., Kamphuis, J. H., Prinzie, P., & Telch, M. J. (2010). Peer victimization and internalizing problems in children: A meta-analysis of longitudinal studies. *Child abuse & neglect*, 34(4), 244-252. doi:10.1016/j.chiabu.2009.07.009
- Ricciardelli, L., & McCabe, M. (2015). *Eating disorders in boys and men*. *The Wiley Handbook of Eating Disorders* (pp. 492-506). Wiley-Blackwell. doi:10.1002/9781118574089.ch37
- Rickert, V. I., Hased, S. J., Hendon, A. E., & Cunniff, C. (1996). The effects of peer ridicule on depression and selfimage among adolescent females with Turner syndrome. *Journal of Adolescent Health*, 19(1), 34-38. doi:10.1016/1054-139x(95)00225-h
- Ridgeway, R. T., & Tylka, T. L. (2005). College Men's Perceptions of Ideal Body Composition and Shape. *Psychology of Men & Masculinity*, 6(3), 209. doi:10.1037/1524-9220.6.3.209
- Rohde, P., Stice, E., & Marti, C. N. (2015). Development and predictive effects of eating disorder risk factors during adolescence: Implications for prevention efforts. *International Journal of Eating Disorders*, 48(2), 187-198. doi:10.1002/eat.22270
- Rusby, J. C., Forrester, K. K., Biglan, A., & Metzler, C. W. (2005). Relationships between peer harassment and adolescent problem behaviors. *The Journal of Early Adolescence*, 25(4), 453-477. doi:10.1177/0272431605279837
- Seery, M. D., Holman, E. A., & Silver, R. C. (2010). Whatever does not kill us: cumulative lifetime adversity, vulnerability, and resilience. *Journal of personality and social psychology*, 99(6), 1025 –1041. doi:10.1037/a0021344
- Smink, F. R., Van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Current psychiatry reports*, 14(4), 406-414. doi:10.1007/s11920-012-0282-y
- Smolak, L., & Levine, M. P. (2015). *The Wiley handbook of eating disorders*. John Wiley & Sons. doi:10.1002/9781118574089
- Smolak, L., & Murnen, S. K. (2008). Drive for leanness: Assessment and relationship to gender,

gender role and objectification. *Body Image*, 5(3), 251-260. doi:10.1016/j.bodyim.2008.03.004

Sohlberg, S., Norring, C., Holmgren, S., & Rosmark, B. (1989). Impulsivity and long-term prognosis of psychiatric patients with anorexia nervosa/bulimia nervosa. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177(5), 249–258. doi:10.1097/00005053-198905000-00001

Solano, R., Fernández-Aranda, F., Aitken, A., López, C., & Vallejo, J. (2005). Self-injurious behaviour in people with eating disorders. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 13(1), 3-10. doi:10.1002/erv.618

Steiger, H., Jooper, R., Israël, M., Young, S. N., Ng Ying Kin, N. M. K., Gauvin, L., ... & Torkaman-Zehi, A. (2005). The 5HTTLPR polymorphism, psychopathologic symptoms, and platelet [3H-] paroxetine binding in bulimic syndromes. *International Journal of Eating Disorders*, 37(1), 57-60. doi:10.1002/eat.20073

Steiger, H., Young, S. N., Kin, N. N. Y., Koerner, N., Israel, M., Lageix, P., & Paris, J. (2001). Implications of impulsive and affective symptoms for serotonin function in bulimia nervosa. *Psychological Medicine*, 31(1), 85-95. doi:10.1017/s003329179900313x

Stice, E. (2016). Interactive and mediational etiologic models of eating disorder onset: Evidence from prospective studies. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 359-381. doi:10.1146/annurev-clinpsy-021815-093317

Stice, E., Davis, K., Miller, N. P., & Marti, C. N. (2008). Fasting increases risk for onset of binge eating and bulimic pathology: a 5-year prospective study. *Journal of abnormal psychology*, 117(4), 941–946. doi:10.1037/a0013644

Storch, E. A., & Masia-Warner, C. (2004). The relationship of peer victimization to social anxiety and loneliness in adolescent females. *Journal of adolescence*, 27(3), 351-362. doi:10.1016/j.adolescence.2004.03.003

Striegel-Moore, R. H., & Bulik, C. M. (2007). Risk factors for eating disorders. *American psychologist*, 62(3), 181, 181–198. doi:10.1037/0003-066x.62.3.181

Striegel-Moore, R. H., Fairburn, C. G., Wilfley, D. E., Pike, K. M., Dohm, F. A., & Kraemer, H. C. (2005). Toward an understanding of risk factors for binge eating disorder in black and

white women: a community-based case-control study. *Psychological Medicine*, 35(6), 907–917. doi:10.1017/s0033291704003435

Striegel-Moore, R. H., Garvin, V., Dohm, F. A., & Rosenheck, R. A. (1999). Psychiatric comorbidity of eating disorders in men: a national study of hospitalized veterans. *International Journal of Eating Disorders*, 25(4), 399-404. doi:10.1002/(sici)1098-108x(199905)25:4<399::aid-eat4>3.0.co;2-0

Striegel-Moore, R. H., Rosselli, F., Perrin, N., DeBar, L., Wilson, G. T., May, A., & Kraemer, H. C. (2009). Gender difference in the prevalence of eating disorder symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 42(5), 471-474. doi:10.1002/eat.20625

Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J., Teplinsky, C., & DeAntonio, M. (2006). Are there gender differences in core symptoms, temperament, and short-term prospective outcome in anorexia nervosa?. *International Journal of Eating Disorders*, 39(7), 570-575. doi:10.1002/eat.20293

Sweeting, H., Walker, L., MacLean, A., Patterson, C., Räisänen, U., & Hunt, K. (2015). Prevalence of eating disorders in males: a review of rates reported in academic research and UK mass media. *International journal of men's health*, 14(2). doi: 10.3149/jmh.1402.86.

Sweetingham, R., & Waller, G. (2008). Childhood experiences of being bullied and teased in the eating disorders. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 16(5), 401-407. doi:10.1002/erv.839

Tangney, J. P., Miller, R. S., Flicker, L., & Barlow, D. H. (1996). Are shame, guilt, and embarrassment distinct emotions?. *Journal of personality and social psychology*, 70(6), 1256 – 1269. doi:10.1037/0022-3514.70.6.1256

Tanofsky, M. B., Wilfley, D. E., Spurrell, E. B., Welch, R., & Brownell, K. D. (1997). Comparison of men and women with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 21(1), 49-54. doi: 10.1002/(sici)1098-108x(199701)21:1<49::aid-eat6>3.0.co;2-3

Touyz, S. W., Kopec-Schrader, E. M., & Beumont, P. J. V. (1993). Anorexia nervosa in males: a report of 12 cases. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 27(3), 512-517. doi:10.3109/00048679309075811

Turner, R. J., & Lloyd, D. A. (1995). Lifetime traumas and mental health: The significance of cumulative adversity. *Journal of health and social behavior*, 34(4), 360-376. doi:10.2307/2137325

Turner, R. J., & Lloyd, D. A. (2004). Stress burden and the lifetime incidence of psychiatric disorder in young adults: Racial and ethnic contrasts. *Archives of General Psychiatry*, 61, 481–488. doi:10.1001/archpsyc.61.5.481

Tzoneva, M., Forney, K. J., & Keel, P. K. (2015). The influence of gender and age on the association between “fat-talk” and disordered eating: An examination in men and women from their 20s to their 50s. *Eating disorders*, 23(5), 439-454. doi:10.1080/10640266.2015.1013396

Vo, M., Lau, J., & Rubinstein, M. (2016). Eating disorders in adolescent and young adult males: presenting characteristics. *Journal of Adolescent Health*, 59(4), 397-400. doi:10.1016/j.jadohealth.2016.04.005

Wade, T. D., Tiggemann, M., Bulik, C. M., Fairburn, C. G., Wray, N. R., & Martin, N. G. (2008). Shared temperament risk factors for anorexia nervosa: a twin study. *Psychosomatic Medicine*, 70(2), 239-244. doi:10.1097/psy.0b013e31815c40f1

Wansink, B., Cheney, M. M., & Chan, N. (2003). Exploring comfort food preferences across age and gender. *Physiology & behavior*, 79(4-5), 739-747. doi:10.1016/s0031-9384(03)00203-8

Weltzin, T. E., Cornella-Carlson, T., Fitzpatrick, M. E., Kennington, B., Bean, P., & Jefferies, C. (2012). Treatment issues and outcomes for males with eating disorders. *Eating disorders*, 20(5), 444-459. doi:10.1080/10640266.2012.715527

Wicker, F. W., Payne, G. C., & Morgan, R. D. (1983). Participant descriptions of guilt and shame. *Motivation and emotion*, 7(1), 25-39. doi:10.1007/BF00992963

Ybrandt, H., & Armelius, K. (2010). Peer aggression and mental health problems: Self-esteem as a mediator. *School Psychology International*, 31(2), 146-163. doi:10.1177/0143034309352267

Zerwas, S., Larsen, J. T., Petersen, L., Thornton, L. M., Mortensen, P. B., & Bulik, C. M.

(2015). The incidence of eating disorders in a Danish register study: Associations with suicide risk and mortality. *Journal of psychiatric research*, 65, 16-22. doi:10.1016/j.jpsychires.2015.03.003