



Esquemas Iniciais Desadaptativos e Transtorno de Compulsão Alimentar e Obesidade: Uma revisão integrativa

Synara Sepúlveda Sales¹; Priscila de Camargo Palma²

Resumo: Os transtornos alimentares causam problemas de saúde física e psicológico, prejudicando a qualidade de vida e em alguns casos, podendo levar a morte. Embora a maioria dos modelos de transtornos alimentares não considera as experiências iniciais como causas, as relações entre os eventos iniciais devem ser observadas. A terapia do Esquema é uma terapia cognitivo-comportamental, que vincula características psicológicas e problemas atuais às experiências da infância. Este estudo é uma revisão integrativa da literatura, apoiado por bases de dados internacionais. As buscas foram realizadas na *Scopus*, *Web of Science*, *Pubmed*, *CAPES* e *BVS*. Há evidência de que os Esquemas Iniciais Desadaptativos (EID'S) podem estar relacionados à compulsão alimentar e obesidade, sendo os domínios de Desconexão e Rejeição, Autonomia e Desempenho prejudicados e Limites prejudicados, mais evidentes. Portanto a identificação dos EIDs, bem como a terapia do esquema, seria uma alternativa de tratamento. Ainda há poucos estudos sobre o tema.

Palavras-chave: Esquemas Iniciais Desadaptativos; Terapia do Esquema; Transtorno de Compulsão Alimentar; Obesidade.

Initial Maladaptive Schemes and Binge Eating Disorder and Obesity: An Integrative Review

Abstract: Eating disorders cause physical and psychological health problems, impairing quality of life and in some cases, can lead to death. Although most models of eating disorders do not consider early experiences as causes, the relationships between early events should be noted. Scheme therapy is a cognitive-behavioral therapy that links psychological characteristics and current problems to childhood experiences. This study is an integrative literature review, supported by international databases. The searches were carried out in *Scopus*, *Web of Science*, *Pubmed*, *CAPES* and *BVS*. There is evidence that Initial Maladaptive Schemes (EID's) may be related to binge eating and obesity, with the domains of Disconnection and Rejection, Autonomy and Performance impaired and impaired Limits being more evident. Therefore, the identification of EIDs, as well as regimen therapy, would be an alternative treatment. There are still few studies on the subject.

Keywords: Initial Maladaptive Schemes; Scheme Therapy; Binge Eating Disorder; Obesity.

¹ Psicóloga. Mestre em Psicologia (Universidade Tuiuti do Paraná). Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Email: synarasepulveda@hotmail.com;

² Psicóloga. Doutora em psicologia pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto (FFCLRP - USP - RP). Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Email: pripalma@gmail.com.

Introdução

Atualmente busca-se por uma maior compreensão do comportamento alimentar de indivíduos e coletividades, uma vez que ele depende do modo como cada ser interage e se relaciona com os alimentos (VAZ; BENNEMANN 2014). A alimentação é uma prática permanente e essencial para a sobrevivência humana, sendo definida como um fenômeno complexo que abrange aspectos psicológicos, fisiológicos e socioculturais (KESSLER; POLL, 2018)

Os alimentos processados, cada vez mais acessíveis, são geralmente mais calóricos e mais baratos, contribuindo para o processo de transição nutricional brasileira, favorecendo o aumento das condições crônicas (MENDES, 2012). Hoje, a alimentação inadequada lidera o ranking de fatores de risco relacionados à carga global de doença do Brasil (MALTA et al. 2017).

Os transtornos alimentares, que estão relacionados aos comportamentos ou pensamentos recorrentes e persistentes referentes à alimentação ou ao ato de comer que, quando na sua execução, causam prejuízo ou sofrimento à pessoa. Os prejuízos estão relacionados a uma alteração no consumo de alimentos que levam à um comprometimento à saúde física ou psíquica (FINGER; OLIVEIRA, 2016)

Transtornos Alimentares

Os transtornos alimentares são caracterizados por: Pica, quando há a persistente ingestão de substâncias não alimentares, o Transtorno de Ruminação, persistente regurgitação de alimentos, o Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo, ocorrência de comportamentos de evitar a alimentação recusa em alimentar-se baseada nas características sensoriais alimentares) a Anorexia Nervosa, com a restrição persistente da ingesta calórica; medo intenso de ganhar peso ou de engordar ou comportamento persistente que interfere no ganho de peso; e perturbação na percepção do próprio peso ou da própria forma.

Na Bulimia Nervosa há episódios recorrentes de compulsão alimentar, ingestão em um período de tempo determinado de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria dos indivíduos consumiria no mesmo período, sob circunstâncias semelhantes, sensação de falta de controle e comportamentos compensatórios inapropriados recorrentes a fim de impedir o ganho de peso, e o Transtorno de Compulsão Alimentar, que seria definida

como a ingestão, em um período determinado, de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria em um mesmo período sob circunstâncias semelhantes e Outro Transtorno Alimentar Especificado, aplica-se a apresentações em que sintomas característicos de um transtorno alimentar que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para qualquer transtorno na classe diagnóstica de transtornos alimentares (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA, 2014).

Os altos níveis de comorbidades e a prevalência de traços de personalidade específicos nessa população, apontam que as crenças rígidas e crônicas tendem a não responder ao modelo padrão da Terapia Cognitiva Comportamental – TCC, com tratamento mais concentrado e intensivo (LEUNG;WALLER; THOMAS, 1999). Frequentemente pessoas que têm dificuldade em manter um peso adequado acreditam que não emagrecem por terem um metabolismo lento. No entanto, de acordo com Beck (2011), raramente estes indivíduos têm um problema médico que os impeçam de perder peso, porém, apresentam padrões de pensamentos disfuncionais que dificultam a manutenção do peso corporal saudável. A etiologia dos transtornos alimentares, de uma forma geral, é complexa e pouco entendida. São muitos os fatores relacionados com o Transtorno de Compulsão Alimentar, entre eles, os aspectos psicológicos, biológicos e socioculturais, bem como as crenças e valores do paciente (ALVARENGA, 2016).

Transtorno de Compulsão Alimentar e Obesidade

O Transtorno de Compulsão Alimentar é o transtorno mais observado na obesidade, tratando-se de um comportamento alimentar caracterizado pela ingestão de grande quantidade de comida em um período delimitado (até duas horas), acompanhado da sensação de perda de controle sobre o que ou o quanto se come (APA, 2014). Durante os episódios de compulsão, o indivíduo sente-se "desconfortavelmente cheio" e ingeri alimentos mais rápido do que o habitual (APA, 2014, p. 350). Em uma pesquisa realizada em todas as capitais do Brasil, a frequência de adultos obesos foi de 20,3%. A frequência de obesidade aumentou com a idade até os 64 anos, para homens, e até os 54 anos, para mulheres e quanto maior o nível de escolaridade entre as mulheres, a frequência de casos de obesidade diminuiu (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

O Transtorno de Compulsão Alimentar se caracteriza pela ingestão, em um período de duas horas, de uma quantidade de alimentos maior do que outras pessoas consumiriam em circunstâncias análogas. Durante os episódios de compulsão, o indivíduo come mais rápido do que o normal, até sentir-se "desconfortavelmente cheio", mesmo não estando fisicamente com fome. São relatados sentimentos de vergonha e culpa devido à quantidade de comida ingerida, tal como sensação de falta de controle sobre o ato de comer (APA, 2014).

A compulsão alimentar é precedida pela experiência de afeto negativo, como angústia e/ou depressão, e como uma forma de enfrentar ou evitar essas emoções negativas (BURTON; ABBOTT, 2017). Portanto, a compulsão alimentar pode ser vista como um mecanismo de enfrentamento ou uma estratégia de evitar emoções desagradáveis, geralmente vivenciadas por aqueles que apresentam dificuldade na regulação emocional (BURTON; ABBOTT, 2019)

A obesidade é definida como condição crônica caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura que traz repercussões à saúde, sendo considerada uma epidemia mundial condicionada principalmente pelo perfil alimentar e de atividade física (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, OMS, 2000). Na Classificação Internacional de Doenças (CID-10), a obesidade está incluída no item das doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (DIAS et al. 2017). O método mais utilizado para o diagnóstico de obesidade é o índice de massa corporal (IMC) que é o peso dividido pela altura ao quadrado (GUEDES; BISCUOLA; LIMA, 2015). Dessa forma, considera-se obeso, o indivíduo com o IMC superior a 30, com riscos de comorbidades grave. A prevalência da obesidade é atribuída a diversos processos biopsicossociais, relacionados aos meios políticos, econômicos, sociais, culturais, e as escolhas individuais (DIAS et al., 2017) Contudo, parte dos desafios reside em compreender como esses múltiplos fatores interagem.

A obesidade não está inclusa no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-V como um transtorno mental. Há muitos fatores relacionados: genéticos, fisiológicos, comportamentais e ambientais que variam entre os indivíduos contribuindo para o desenvolvimento da obesidade, não sendo considerada um transtorno mental. Entretanto, existem associações entre obesidade e uma série de transtornos mentais (transtorno de compulsão alimentar, transtornos depressivo e bipolar, esquizofrenia). Os efeitos colaterais de alguns medicamentos psicotrópicos contribuem de maneira importante para o desenvolvimento da obesidade, e esta pode ser um fator de risco para o desenvolvimento de alguns transtornos mentais (transtornos depressivos) (APA, 2014).

Terapia do Esquema e Esquemas Desadaptativos Remotos

A Terapia do Esquema é uma abordagem integrativa que se baseia em modelos terapêuticos da Terapia Cognitiva Comportamental (TCC), Gestalt e Psicodinâmica que coloca ênfase significativa no relacionamento terapêutico, na experiência emocional e nas experiências iniciais da vida. Os Esquemas Iniciais Desadaptativos (EID's) são compostos de emoções, respostas corporais e o nível mais profundo de cognição, são definidos como extremamente estáveis e duradouros, que se desenvolvem durante a infância e elaborados durante a vida do indivíduo, servindo como modelos para o processamento de experiências posteriores (YOUNG, 1990). Dessa forma, a Terapia do Esquema busca conscientizar o indivíduo sobre a origem de seus problemas a partir das relações parentais, do temperamento e estilos de enfrentamento desenvolvidos ao longo da vida, enfocando no tratamento dos aspectos caracterológicos dos transtornos, portanto, efetiva no tratamento de transtornos alimentares (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2008). Há evidências de estudos que sustentam a hipótese de que sobrepeso e obesidade estão associados a esquemas mais disfuncionais, em comparação com indivíduos com peso normal, resultando em um comportamento mais disfuncional associado à ingestão alimentar (LIMA; OLIVEIRA, 2016)

Os Esquemas Iniciais Desadaptativos (EID's) desempenham um papel importante no desenvolvimento e manutenção da psicopatologia, incluindo distúrbios alimentares (WALLER; MEYER; OHANIAN, 2001). Os EID's, são definidos como crenças implícitas sobre a pessoa e sobre o relacionamento com o ambiente, sendo considerados temas difundidos que formam o núcleo do autoconceito (YOUNG, 1990). A maioria desses esquemas não são originados por acontecimentos específicos, mas, sim, por padrões continuados de experiências familiares e com outras crianças, que vão, ao longo do tempo, reforçando e mantendo esses padrões de funcionamento (BOSCARDIN; KRISTENSEN, 2011). O início dar-se na primeira infância e adolescência, onde as necessidades emocionais, como amor e carinho, segurança, aceitação, autonomia, estabelecimento de limites, podem não ter sido adequadamente satisfeitas por cuidadores e outras pessoas significativas.

Há 18 tipos de Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs) que são agrupados em 5 domínios: domínio de Desconexão e Rejeição (abandono/instabilidade, desconfiança/abuso, privação emocional, defectividade/vergonha e isolamento social/alienação), domínio de Autonomia e Desempenho prejudicados (dependência/incompetência, vulnerabilidade ao dano ou a doença, emaranhamento/self subdesenvolvido e fracasso), domínio de Limites prejudicados (arrogos/grandiosidade e autocontrole/autodisciplina insuficientes), domínio de

Direcionamento para o outro (subjugação, auto sacrifício e busca de aprovação/busca de reconhecimento), domínio de Supervigilância e Inibição (negativismo/pessimismo, inibição emocional, padrões inflexíveis/postura crítica exagerada e postura punitiva) (YOUNG et al., 2003).

No entanto, cada vez mais estudos apresentam resultados baseados em análises estatísticas quanto a estrutura fatorial que contrapõe essa estruturação, sugerindo uma reestruturação para quatro domínios (LOCKWOOD; PERRIS, 2012). Dessa forma, os Esquemas estariam divididos em quatro categoriais, ou “clusters de esquemas”: Desconexão e Rejeição; Autonomia e Desempenho Prejudicados; Limites Prejudicados; Padrões e Responsabilidades Excessivas; e Esquemas sem classificação (YOUNG, 2014)

Os indivíduos adotam estratégias de sobrevivência específicas, conhecidas como estratégias de enfrentamento para lidar com os problemas decorrentes da frustração das necessidades emocionais e da ativação do esquema (BASILE; TENORE; MANCINI, 2019). Inclui respostas de luta, fuga e congelamento, referindo-se, respectivamente, na Terapia do Esquema, a hipercompensação (atacar outras pessoas, buscar aprovação), evitação (uso de estratégias para evitar o contato com necessidades e emoções, dissociação, evasão comportamental) e resignação (submissão a relacionamentos abusivos ou negligentes).

Os modos foram agrupados em quatro categorias gerais: Modos Criança (a criança vulnerável é o modo em que geralmente se apresenta maioria dos esquemas nucleares: a criança abandonada, a criança abusada, a criança privada ou a criança rejeitada) Modos Enfrentamento Disfuncional (capitulador complacente, o protetor desligado e o hipercompensador), Modos Pais Disfuncionais (o pai/mãe punitivo e o pai/mãe punitivo exigente) e Modo Adulto Saudável. Alguns modos são saudáveis ao indivíduo, outros desadaptivos. Um dos objetivos da terapia do esquema é ensinar os pacientes a fortalecer seus modos adulto saudável, de forma que aprendam a lidar, cuidar ou neutralizar os modos disfuncionais (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2008)

Os transtornos alimentares também têm sido associados a uma série de fatores de risco relacionados ao trauma, incluindo abuso e negligência na infância, que também podem ser mediados por diagnósticos de transtorno de personalidade (GROTH et al., 2020) Indivíduos com distúrbios alimentares também costumam experimentar sintomatologia complexa e difícil de tratar, incluindo dissociação, perfeccionismo, compulsões, padrões rígidos de pensamento e altos níveis de vergonha (LAWSON; WALLER; LOCKWOOD, 2007)

Dada a prevalência de comorbidades e traços de personalidade complexos nessa população, é importante considerar os sistemas de crenças mais profundos subjacentes às apresentações dos transtornos alimentares. A Terapia do Esquema está se tornando um modelo

psicológico cada vez mais popular para trabalhar com indivíduos com complexas dificuldades de saúde mental e de personalidade e combina aspectos das terapias cognitivas, comportamentais, experimentais, interpessoais e psicanalíticas em um modelo integrativo e unificado (YOUNG, 1999).

Método

O objetivo deste estudo concentrou-se em uma revisão integrativa da literatura, sem delimitação de tempo devido ao número reduzido de artigos encontrados, a busca centrou-se na produção do conhecimento sobre Esquemas Iniciais Desadaptativos no Transtorno de Compulsão Alimentar e Obesidade. A revisão integrativa da literatura seguiu o modelo de HOPIA; LATVALA; LIIMATAINEN (2016), composto por 4 etapas:

1) identificação do problema de estudo e revisão de literatura: Quais as relações entre os Esquemas Iniciais Desadaptativos e o desenvolvimento do Transtorno de Compulsão Alimentar e Obesidade?

2) Definição dos critérios de inclusão: estudos teóricos e empíricos publicados sem delimitação de tempo, disponibilizados nas bases de dados *Scopus*, *Web of Science*, *Pubmed*, *CAPES* e *BVS*. Os descritores utilizados foram: *Early maladaptive schemas AND Obesity AND Eating disorder*; *Early maladaptive schemas AND Obesity AND binge eating*; *Early maladaptive schemas and Obesity*, foram selecionados os textos considerando título, resumo e palavras-chave, conforme o DeCS (Descritores em Ciências da Saúde). Foram selecionados no total de 140 documentos, assim distribuídos: Scopus (22), Web of Science (18) Pubmed (15), CAPES (72) e BVS (13), no total de 140 artigos.

3) Critérios de exclusão para análise dos textos selecionados: Os textos selecionados foram analisados com base em três filtros sequenciais: a) o primeiro passo foi a retirada dos textos duplicados entre as bases (38), b) na sequência foi realizada a leitura de 102 abstracts, e destes excluídos (91) textos que contemplavam outros aspectos não relacionados a Esquemas Iniciais Desadaptativos e Transtorno de Compulsão Alimentar e Obesidade; c) por fim, a leitura completa dos textos restantes foi realizada e eleitos os textos relacionados ao objetivo deste estudo (11) (Tabela 1).

4) Análise dos resultados e limitações da revisão: Foi realizada a leitura na íntegra dos artigos eleitos e organizados eixos de discussão dos principais resultados. Conforme as exigências deste estudo, buscou-se analisar dados e demais informações teóricas de estudos similares,

sobre Esquemas Iniciais Desadaptativos, Terapia do Esquema, Compulsão Alimentar e Obesidade, com o objetivo de ampliar a discussão.

Resultados e Discussão

Tabela 1. Artigos incluídos

| Referências | Amostra e Instrumentos | Objetivo | Resultados e Conclusão |
|--|--|---|---|
| LUZ et al, (2017) | 111 participantes - 53 com obesidade mórbida e 58 de peso normal - foram avaliados com o Mini Exame do Estado Mental, Questionário Young Schema, Questionário de Distorções Cognitivas, Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse e um Questionário Demográfico e Clínico. | Analisar se os indivíduos com obesidade mórbida diferiam em relação às cognições disfuncionais quando comparados aos indivíduos com peso normal. | As cognições disfuncionais apresentadas por indivíduos com obesidade mórbida provavelmente estão relacionadas à sua saúde mental individual e não ao seu peso. |
| IMPERATORI et al, (2017) | 70 Mulheres com sobrepeso e obesidade. Os pacientes receberam medidas de autorrelato investigando dependência alimentar, compulsão alimentar, EID's, sintomas de ansiedade e sintomas depressivos | Buscar a associação entre padrões alimentares disfuncionais (compulsão alimentar) e EIDs. | A compulsão alimentar esteve relacionada à desconexão/ rejeição, limites prejudicados. O esquema de desconexão/ rejeição foi associado independentemente à gravidade da dependência alimentar. |
| BASILI; TENORE; MANCINI, (2019) | 48 participantes com obesidade e 47 com peso normal. Entrevistas com informações sobre idade, sexo, Índice de Massa Corporal (IMC), nível de educação formal, emprego e estado civil, atitudes relacionadas à alimentação e outras variáveis | Investigar os EID's, seus modos de esquema atuais associados e estratégias de enfrentamento disfuncionais em indivíduos com sobrepeso e obesidade | Os resultados mostraram que indivíduos com sobrepeso e obesos relataram esquemas de autocontrole, abandono, dependência e subjugação e os modos esquemáticos (criança impulsiva e vulnerável, protetor desligado), comparados com controles de peso normal. |
| LEGENBAUER; RADIX; AUGUSTAT; SCHÜTT-STRÖMEL, (2018) | 29 mulheres com Bulimia Nervosa, 31 mulheres com Transtorno da Compulsão Alimentar e 30 mulheres sem transtornos alimentares. Todos os participantes receberam um computador para capturar antecedentes de distúrbios alimentares na vida diária. Um Questionário para | Demonstrar se e a cognição exerce impacto sobre o comportamento alimentar e se os EID's afetam a ocorrência de compulsão alimentar. | Os principais resultados mostraram padrões específicos de cognições disfuncionais. A compulsão alimentar foi analisada por pensamentos sobre perda de controle e restrição alimentar. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | <p>avaliar cognições disfuncionais. E a versão curta do Questionário de Esquemas de Young.</p> | | |
| TURNER; ROSE; COOPER, (2005) | <p>23 adolescentes com excesso de peso e 23 adolescentes com peso normal, todas do sexo feminino. o Inventário de Relação Parental, o Questionário de Esquemas de Young.- versão curta, o Teste de Atitudes Alimentares, o Inventário de Depressão de Beck e o Questionário de Crenças sobre Transtornos Alimentares.</p> | <p>Investigar se o funcionamento e as cognições da família em um grupo de adolescentes com excesso de peso diferem significativamente daqueles em um grupo de adolescentes com peso normal.</p> | <p>Adolescentes com excesso de peso relataram autoconfiança negativa e esquema de privação emocional, abandono, subjugação e autocontrole insuficiente.</p> |
| ELMQUIST; SHOREY; ANDERSON; STUART, (2016) | <p>Participaram 387 homens e 132 mulheres que procuravam tratamento residencial para uso de substâncias. O Questionário de Triagem Diagnóstica Psiquiátrica (PDSQ)</p> | <p>Examinar a relação entre EID's, sintomatologia de Transtornos Alimentares (ou seja, bulimia e compulsão alimentar, mas não anorexia) e uso de substâncias.</p> | <p>Os resultados demonstraram que 11 dos 18 EID's foram significativamente associados com Transtorno Alimentar.</p> |
| BIDADIA; BAHRAMIZADEHA; POURSHARIFB (2011) | <p>60 pacientes de uma clínica para perda de peso. Todos os participantes preencheram o Young Schema Questionnaire-Short Form (YSQ-SF) e Qualidade de Vida da OMS-BREF (WHOQOL-BREF)</p> | <p>Examinou o papel dos EID's na qualidade de vida em indivíduos com obesidade.</p> | <p>Esquemas Iniciais Desadaptativos, como privação emocional, desconfiança/abuso, Autodisciplina insuficiente, Fracasso e baixo Autocontrole podem influenciar na Qualidade de Vida.</p> |
| POURSHARIFI; BIDADIAN; BAHRAMIZADEH; SALEHINEZHAD, (2011). | <p>Participaram deste estudo 60 pacientes da Clínica de Perda de Peso do Hospital Sina. Os participantes preencheram o Young Schema Questionnaire-Short Form (YSQ-SF) e Aspects of Identity Questionnaire-IV (AIQ-IV)</p> | <p>Analisar a relação entre EID's e Aspectos de Identidade em indivíduos com obesidade.</p> | <p>Alguns aspectos da identidade (Identidades Coletivas, Pessoais, Sociais e Relacionais) se associaram ao esquema de auto sacrifício, em pessoas obesas. Predominância dos esquemas de Isolamento Social, inibição emocional, abandono, padrões inflexíveis.</p> |
| | <p>60 mulheres obesas, candidatas à cirurgia bariátrica e 60 mulheres com</p> | <p>Examinar as diferenças cognitivas,</p> | <p>Mulheres acima do peso candidatas à cirurgia bariátrica pontuaram mais</p> |

| | | | |
|---|--|---|--|
| FEREIDOUNI, et al., (2014). | peso normal selecionadas por método de amostragem conveniente. Os dois grupos foram pareados com relação à idade e educação. As medidas incluíram o Young Schema Questionnaire-Short Form, a Escala de Dificuldades na Regulação das Emoções (DERS) e a Escala de Compulsão Alimentar | comportamentais e emocionais entre mulheres acima do peso e as com peso considerado normal | alto para os esquemas de privação emocional, desconfiança, fracasso, dependência, emaranhamento auto sacrifício, especialmente abandono, isolamento social, vulnerabilidade, autocontrole e subjugação. |
| ALOI et al., 2020 | Cem mulheres (55 acima do peso e 45 com peso normal) preencheram questionários de autorrelato psicopatológico e personalidade. Uma análise de regressão linear <i>stepwise forward</i> foi realizada para avaliar as variáveis associadas à gravidade da compulsão alimentar. | Avaliar e comparar traços de personalidade e EID's de mulheres com e sem transtorno da compulsão alimentar e identificar as variáveis associadas. | Os pacientes com compulsão alimentar apresentam EID's que podem estar ligados à negligência emocional e traços de personalidade relacionados às dimensões depressivas, labilidade emocional e impulsividade. Associada aos esquemas de privação emocional e defectividade. |
| MOHAMMADKHANI; MOLOODI; FATEMI, (2017) | Na primeira etapa 81 mulheres (41 com peso normal e 40 acima do peso) completaram o questionário do exame de transtorno alimentar (EDE-Q) e o teste de atitude alimentar (EAT-26). Na segunda, 1 semana depois, todos os participantes foram expostos aleatoriamente a estímulos de abandono subliminar (grupo experimental) ou estímulos neutros subliminares (grupo controle). | Comparar mulheres com peso normal e acima do peso quanto ao efeito do esquema de ativação do abandono. | A análise univariada de covariância indicou que as mulheres com peso normal no grupo controle não diferiram das mulheres obesas no grupo controle na quantidade de pistache consumido após o controle de EDE-Q, EAT-26 e índice de massa corporal (IMC). |

Fonte: Elaborada pelas autoras (2021).

Discussão

Os Esquemas Iniciais Desadaptativos (EID's) são parte integrante do desenvolvimento e no desenvolvimento e manutenção dos transtornos alimentares (JONES; LEUNG; HARRIS, 2007, BOONE; SOENENS; BRAET, 2013). Numerosos estudos examinaram o papel dos EID's no desenvolvimento e etiologia dos Transtornos Alimentares.

Segundo IMPERATORI et al., (2017), nos últimos anos, tem havido um foco crescente nos esquemas iniciais desadaptativos e as características associadas ao transtorno alimentar. As distorções cognitivas geralmente ocorrem em indivíduos com problemas de saúde mental

independentemente do peso. Esse estudo examinou se havia diferenças nas distorções cognitivas entre os indivíduos com obesidade mórbida e os indivíduos com o peso normal (LUZ et al., 2017). As distorções cognitivas, que são pensamentos comuns que ocorrem rapidamente, involuntariamente e de maneira distorcida, desempenham um papel importante na manutenção das crenças centrais negativas que formam os esquemas iniciais desadaptativos, por meio da distorção perceptiva dos fatos (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2008). Alguns tipos específicos de distorções cognitivas foram observados nos indivíduos com obesidade, como a generalização, rotulagem e leitura mental (BECK, 2013).

No entanto, a evidência sugere, que a psicopatologia cognitiva, emocional e comportamental inibe a adesão às dietas alimentares e horários de atividade física. Em outras palavras, a ativação de crenças negativas sobre si mesmo, os outros e a própria aparência resulta em emoções negativas e a desregulação emocional cria uma vulnerabilidade para a compulsão como uma estratégia de enfrentamento das emoções negativas. A compulsão alimentar é um comportamento contrário ao objetivo de perda de peso, e pode ativar as crenças negativas sobre si mesmo e a aparência, e pode resultar em um ciclo vicioso em indivíduos obesos. Ter como alvo esses mecanismos emocionais, cognitivos e comportamentais, especialmente em pacientes que buscam a cirurgia bariátrica, pode prolongar a perda de peso pós-cirúrgica e melhorar sua qualidade de vida (FEREIDOUNI et al., 2014).

Os modelos cognitivos dos transtornos alimentares destacam o impacto direto das disfunções cognitivas nos distúrbios relacionados à alimentação, na medida em que conteúdos cognitivos específicos, como pensamentos sobre regras da dieta e alimentação ou perda de controle, podem desencadear comportamentos alimentares disfuncionais (LEGENBAUER et al., 2018). Dessa forma, foi realizado um estudo, com o objetivo de avaliar se, e como, o conteúdo cognitivo exerce impacto sobre o comportamento alimentar na vida cotidiana e se os EID1s afetam a ocorrência de compulsão alimentar por meio de distorções cognitivas. Observou-se que a impulsividade está associada à compulsão alimentar, com a associação entre afeto negativo e compulsão alimentar fortalecida por níveis mais altos de impulsividade (MASON et al., 2018). Outras facetas da impulsividade, como sensibilidade à recompensa, também podem desencadear pensamentos sobre "comer e perder o controle".

Embora exista diferentes tipos de tratamentos para a obesidade, eficazes no curto espaço de tempo, o ganho de peso geralmente ocorre novamente em períodos mais longos. Há pouca compreensão dos esquemas desadaptativos da obesidade, desenvolvidos a partir de experiências iniciais, que podem interferir na eficácia duradoura do tratamento. O modelo de transtornos alimentares baseado em esquema, sugere que os comportamentos de comer em excesso e

eventuais compulsões são ativados para reduzir ou bloquear o efeito associado após a ativação de um esquema (WALLER et al., 2010) e comer demais representa uma maneira disfuncional de lidar com eventos perturbadores, estressores e emoções negativas (ANDERSON; RIEGER; CATERSON, 2005).

As pesquisas de MOHAMMADKHANI; MOLOODI; FATEMI, (2017) apoiaram o modelo cognitivo-comportamental focado no esquema para transtornos alimentares. A teoria argumenta que os comportamentos compulsivos servem para evitar ou suprimir a excitação negativa devido à ativação dos EID's. Dessa forma, as estratégias comportamentais são usadas para reduzir a consciência das emoções negativas.

Esses dados sugerem a possibilidade de indivíduos obesos terem crescido em um ambiente negligente ou superprotetor, sem possibilidade de amadurecer de maneira funcional para lidar com sentimentos negativos e tolerar frustrações. Em um estudo, o abuso sexual na infância foi o preditor mais forte de compulsões na fase adulta, com grandes evidências destacando o papel do abuso, especialmente o abuso sexual, na infância de indivíduos obesos (PALMISANO; INNAMORATI; VANDERLINDEN, 2006). Enquanto outros estudos revelaram que os obesos com Transtorno da Compulsão Alimentar relataram experiências abusivas na infância (RODGERS et al., 2013).

Há uma relação entre o funcionamento e as cognições da família e filhos adolescentes com excesso de peso (TURNER; ROSE; COOPER, 2005). A conexão familiar e as expectativas dos pais foram importantes fatores de proteção contra os estereótipos negativos e a discriminação que os adolescentes com excesso de peso geralmente enfrentam (Mellin et al., 2002). Os relacionamentos positivos entre pais e filhos podem servir para proteger adolescentes com excesso de peso do desenvolvimento de distúrbios alimentares clínicos e de distúrbios psicológicos (TURNER; ROSE; COOPER, 2005) A pesquisa mostrou que as crenças de abandono são um mediador importante entre experiências negativas da infância na família de origem (abuso e maus-tratos) e a patologia subsequente do transtorno alimentar (JONES; LEUNG; HARRIS, 2007). As experiências da infância, quanto os comportamentos de enfrentamento, podem estar ligados a sintomas de transtorno alimentar. Estudos preliminares também relataram uma ligação entre experiências negativas dos pais, particularmente abuso emocional e invalidação e Transtornos Alimentares, dessa forma, os EID's atuam como estruturas para entender as relações interpessoais e as experiências de vida (FORD; WALLER; MOUNTFORD, 2011)

O estudo de FAIRBURN (2007), constatou que jovens com excesso de peso relataram escores mais baixos em aparência física, competência atlética, aceitação social, estima corporal

e autoestima global em comparação com seus pares com peso normal. Identificaram vários fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares, incluindo perfeccionismo, baixa auto-estima, preocupações com alimentação e peso e transtorno afetivo.

O estudo de TURNER; ROSE; COOPER, (2005), aponta que os adolescentes com excesso de peso relataram autoconfiança mais negativa e maior crença no esquema relacionado à Privação Emocional, Abandono, Subjugação e Autocontrole insuficiente. Eles também perceberam seus pais como sendo significativamente mais superprotetores e significativamente menos cuidadosos. Dessa forma, é importante que as questões de autoestima sejam abordadas desde cedo nesta população e suas relações com o papel dos pais.

Alguns estudos examinaram os EID's e a relação com transtornos alimentares e abuso de substâncias, e os resultaram entre as taxas de anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno da compulsão alimentar e transtornos por uso de substâncias foram altas (ELMQUIST; SHOREY; ANDERSON; STUART, 2015). Alguns estudos apontam a importância de incluir homens em investigações empíricas de transtornos alimentares (LEUNG; WALLER; THOMAS, 1999).

A maioria dos estudos apontam que os transtornos alimentares são caracterizados por EID's graves, caracterizados por distorções cognitivas e esquemas desadaptativos (LEGENBAUER et al., 2018). Alguns participantes desenvolveram EIDs mais graves do que os demais participantes com peso normal, citando os esquemas de Isolamento Social e Deffectividade / Vergonha (ANDERSON; RIEGER; CATERSON, 2005; LEUNG; WALLER; THOMAS, 1999), Isolamento, Inibição Emocional, Abandono e Padrões inflexíveis (POURSHARIF, 2011), e Desconexão/Rejeição e Autonomia/Desempenho Prejudicados (VAN VLIERBERGHE; BRAET, 2007; Imperatori et al., 2017). O esquema de Autocontrole insuficiente estava presente em grande parte dos estudos (BASILE; TENORE; MANCINI, 2019), bem como Busca de Aprovação, Emaranhamento e Subjugação (LEUNG; WALLER; THOMAS 1999).

Os resultados do estudo de BIDADIAN, BAHRAMIZADEHA, POURSHARIFI, (2011) indicam que uma combinação dos esquemas de desconfiança/abuso, privação emocional, autocontrole insuficiente, fracasso são preditores negativos, podemos concluir que a existência desses esquemas torna-se uma ameaça à qualidade de vida, bem como o esquema de autossacrifício. O mesmo estudo aponta que, os pacientes com inibição emocional, apresentam-se emocionalmente restritos e são excessivamente inibidos na expressão das emoções, reprimi sentimentos de afeto, regula impulsos agressivos e valoriza o autocontrole.

Percebe-se que os esquemas mais comuns na Compulsão Alimentar e Obesidade se encontram nos domínios 1: Desconexão e Rejeição, esse domínio estaria ligado ao sentimento de frustração vivenciado pela pessoa com relação às expectativas de segurança, estabilidade, carinho, empatia, compartilhamento de sentimentos, aceitação e consideração (YOUNG, 2003). O questionário de Young avalia cinco esquemas que estariam vinculados a este grupo – privação emocional, abandono, desconfiança/abuso, isolamento social e defectividade/vergonha, e a maioria desses esquemas estão presentes nas pesquisas analisadas. O esquema do domínio 1, Defectividade, aparece com grande frequência nos estudos, é impulsionado pelas crenças centrais de “há algo errado comigo” e “os outros não gostam de mim”, resultando um efeito profundo nos relacionamentos. Esse esquema dificulta as conexões íntimas porque há uma convicção de que há algo errado consigo e dessa forma, protege-se afastando os demais (ALOI et al., 2019)

Outro domínio esquemático comum seria a Autonomia e desempenho prejudicados, esse domínio avalia sentimentos de incapacidade experimentados pelo indivíduo no que tange à possibilidade de se separar dos demais conquistando a autonomia necessária para sobreviver de forma independente e com bom desempenho (os esquemas são fracasso, dependência/incompetência, vulnerabilidade a dores e doenças, emaranhamento), desses, em especial vulnerabilidade e emaranhamento, apareceram nas pesquisas.

O domínio de Limites prejudicados, seria outro domínio esquemático comum, esse domínio é identificado pela deficiência nos limites internos, pela ausência de responsabilidade com os demais e/ou pela dificuldade de orientação para a concretização de objetivos distantes. Os esquemas associados a este domínio são os de merecimento e autocontrole/autodisciplina insuficientes, onde esse último esquema, seria um dos mais comuns no Transtorno de Compulsão Alimentar e Obesidade (YOUNG, 2003).

O Modo Pai Punitivo, geralmente reflete as vozes internalizadas dos pais, sendo caracterizado por punir ou culpar em relação a si ou aos outros. As estratégias de enfrentamento intrapsíquico e comportamental mediam totalmente a associação entre o modo dos pais punitivos e a frequência de compulsão (BASILE; TENORE; MANCINI, 2019). Nesse mesmo estudo, há um relato de caso, apontando as estratégias de enfrentamento evitativas (negação) e comportamentais (comer demais/compulsão). O Modo Protetor Desligado reduz a tensão entre as mensagens duras do Modo Pai Punitivo e suas necessidades emocionais (apego, proteção, competência e autonomia, relacionadas aos modos Criança Abandonada, Abusada e Dependente) e a incapacidade de tolerar frustrações e controlar impulsos (Modo Criança Impulsiva). Representando, respectivamente, os Modos de Enfrentamento Evitativo, o Modo

Pais Punitivo e o Criança Vulnerável. Na Terapia do Esquema torna-se necessário identificar cada um dos modos e funções.

Os estudos de BROWN, SELTH, STRETTON, SIMPSON, (2016), citam os Modos Esquemáticos: obsessivo supercontrolador, o autoengrandecedor, o capitulador complacente, o protetor desligado e os modos de enfrentamento hipercompensador que explicaram parcialmente a variação nas relações entre as experiências parentais negativas percebidas e os comportamentos de restrição e compulsão. As experiências parentais negativas podem ser correlacionadas com os transtornos alimentares e os modos de enfrentamento disfuncionais.

No modelo de modos do esquema busca-se desenvolver/fortalecer o adulto saudável, por meio de uma variedade de técnicas cognitivas, comportamentais, interpessoais e experimentais, onde os sujeitos possam reconhecer as necessidades emocionais não supridas e a internalizar um senso de autocompaixão permitindo a busca de relacionamentos saudáveis e padrões interpessoais capazes de satisfazer tais necessidades, por meio da relação terapêutica, reparação parental limitada, imagens mentais, cadeira transformacional e confrontação empática. (SIMPSON 2012).

Considerações Finais

Os estudos citam que pacientes com Transtornos Alimentares tendem a negar o transtorno, racionalizando para justificar a sintomatologia. As crenças disfuncionais podem estar associadas a comportamentos alimentares não saudáveis em indivíduos com obesidade. Muitas vezes, declaram tratar-se de um estilo de vida que resolveram seguir, uma opção que tomaram conscientemente para lidar com suas preocupações com o corpo e, por consequência, minimizam os riscos potenciais aos quais se expõem, inclusive de morte.

Conclui-se que a identificação dos EID's em indivíduos com compulsão alimentar e obesidade, bem como a indicação da terapia do esquema, seria uma alternativa de tratamento a fim de auxiliar esses indivíduos a fazerem escolhas por um estilo de vida mais saudável. As crenças geralmente estão relacionadas aos outros que são indignos de confiança, expectativa de não receber apoio emocional, dificuldade ou recusa em exercer autocontrole e baixa tolerância à frustração. Dessa forma, há uma maior ocorrência de crenças disfuncionais nos pacientes com obesidade em comparação com aqueles de peso normal. Há muitas evidências de que Esquemas Iniciais Desadaptativos podem estar relacionados à alimentação disfuncional.

Alguns estudos citam que crianças e adolescentes representam um grupo cujas cognições precisam particularmente de mais atenção nos programas voltados para transtornos alimentares. Percebe-se comorbidades com outros transtornos da saúde mental, incluindo transtornos de ansiedade, humor e abuso de substâncias e transtornos de personalidade.

Há poucos estudos sobre Esquemas Iniciais Desadaptativos, Terapia de Esquemas e Transtorno de Compulsão Alimentar e Obesidade. A importância de tais estudos contribuiriam para a compreensão de como os EID's e os domínios de esquemas inadequados, exercem efeitos negativos no comportamento alimentar.

Referências

ALOI, et al. How are the initial maladaptive schemes and personality traits of the DSM-5 associated with the severity of binge eating? *J Clin Psychol.* 2020; 76: 539 - 548. <https://doi.org/10.1002/jclp.22900>

ALVARENGA, M. Contextos da Alimentação. *Revista de comportamento, cultura e sociedade*, v. 5, n.1, 2016. Recuperado de: <http://www3.sp.senac.br/hotsites/blogs/revistacontextos/index.php/edicao-atual/>

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-5* (5a ed.). Porto Alegre: Artmed, (2014).

ANDERSON, K.; RIEGER, E.; CATERSON, I. A comparison of maladaptive schemata in treatment-seeking obese adults and normal-weight control subjects. *J. Psychosom.* 60 p. 245-252, (2005). <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.08.002>

BASIL, B.; TENORE, K.; MANCINI, F. Early maladaptive schemas in overweight and obesity: A schema mode model. *Heliyon* v. 5 n. 9, 2019 <https://doi.org/doi.org/10.1016/j.heliyon>

BECK, J. *Terapia Cognitivo Comportamental: Teoria e Prática*. 2ª edição. Editora Artmed, 2013.

BIDADIAN, M.; BAHRAMIZADEH, H.; POURSHARIFI, H. Obesity and Quality of Life: The Role of Early Maladaptive Schemas, *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, v. 30, 2011, p. 993-998, <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.193>.

BOONE, L.; BRAET, C.; VANDEREYCKEN, W.; CLAES, L. Are maladaptive schema domains and perfectionism related to body image concerns in eating disorder patients? *European Eating Disorders Review*. v. 21, n. 1, p. 45-51, 2013. <https://doi.org/10.1002/erv.2175>.

BOSCARDIN, M. K.; KRISTENSEN, C. H. Esquemas Iniciais Desadaptativos em Mulheres com Amor Patológico. *Revista de Psicologia da IMED*, v. 3, n. 1, p. 517-526, 2011. <https://doi.org/10.18256/2175-5027/psico-imed.v3n1p517-526>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Vigitel Brasil 2019*: Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BROWN, J. M.; SELTH, S.; STRETTON, A.; SIMPSON, S. Do dysfunctional coping modes mediate the relationship between perceived parenting style and disordered eating behaviours? *Journal of eating disorders*, v. 4, n. 1, p. 27-36, 2016. <https://doi.org/10.1186/s40337-016-0123-1>

BURTON, A. L.; ABBOTT, M. J. Conceptualizing binge eating: a review of theoretical and empirical literature. *Behav Chang*, v. 34, n. 3, p. 168-98, 2017. <https://doi.org/10.1017/bec.2017.12>

BURTON, A. L.; ABBOTT, M. J. Processos and pathways to binge eating: desenvolvimento de um modelo cognitivo e comportamental integrado de binge eating. *J Eat Disord* v. 7, n. 18, 2019. <https://doi.org/10.1186/s40337-019-0248-0>

DIAS, P. C.; HENRIQUES, P.; ANJOS, L. A.; BURLANDY, L. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. *Cad. Saúde Pública*, v.33, n.7, e00006016, 2017.

ELMQUIST, J., SHOREY, R. C., ANDERSON, S. E., STUART, G. L. The relationship between early maladaptive schemas and eating-disorder symptomatology among individuals seeking treatment for substance dependence. *Addiction research and theory*, v. 23, n. 5, p. 429-436, 2016. <https://doi.org/10.3109/16066359.2015.1025063>

FAIRBURN, C. G.; COOPER, Z.; SHAFRAN, R. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behav. Res. Ther.* v. 40, p. 509-528, 2003. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8).

FINGER, I. R.; OLIVEIRA, M. S. *A prática da terapia cognitivocomportamental nos transtornos alimentares e obesidade*. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2016.

FORD, G., WALLER, G., & MOUNTFORD, V. (2011). Invalidating childhood environments and core beliefs in women with eating disorders. *Eur Eat Disord*. v. 19, n. 4, p. 316–321. <https://doi.org/10.1002/erv.1053>.

FEREIDOUNI, F.; ATEFVAHID, M. K.; LAVASANI, F. F.; ORAK, R. J.; KLONSKY, E. D.; PAZOOKI, A. (2014). Are obese Iranian women candidates for bariatric surgery different cognitively, emotionally and behaviorally from their normal weight counterparts? *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, v. 20 n. 3, p. 397-403, 2014. <https://doi.org/10.1007 / s40519-014-0168-6>.

GUEDES, A. C. F.; BISCUOLA, A. P.; LIMA, M. C. C. Comparação entre índice de massa corporal e índice de adiposidade corporal em adultos do sexo masculino. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, v. 9. n.54. p.235-242, 2015.

GROTH, T.; HILSENROTH, M.; BOCCIO, D. et al. Relationship between History of Trauma and Eating Disorders in Adolescents. *Journ Child Adol Trauma* v.13, p. 443–453, 2020. <https://doi.org/10.1007/s40653-019-00275-z>

HOPIA, H.; LATVALA, E.; LIIMATAINEN, L. (2016). Reviewing the methodology of a narrative integrative review. *Scand J Caring Sci.* v. 30, n. 4, p. 662-669. <https://doi.org/10.1111/scs.12327>

IMPERATORI C.; et al. The Association between Food Addiction and Early Maladaptive Schemas in Overweight and Obese Women: A Preliminary Investigation. *Nutrients.* v. 9, n. 11, p. 1259, 2017. <https://doi.org/10.3390/nu9111259>

JONES, C.; LEUNG, N.; HARRIS G. (2007). Dysfunctional core beliefs in eating disorders: A review. *Journal of Cognitive Psychotherapy.* v. 21, n. 2, p. 156-171. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/233511232_Dysfunctional_Core_Beliefs_in_Eating_Disorders_A_Review

KESSLER, A. L.; POLL, F. A. (2018) Relação entre imagem corporal, atitudes para transtornos alimentares e estado nutricional em universitárias da área da saúde. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 67, n. 2, p. 118-125. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000194>

LOCKWOOD, G.; PERRIS, P. (2012). A new look at the fundamental emotional needs. In M. van Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nadort (Eds.), *The Wiley-Blackwell schema therapy manual: Theory, research and practice*. Wiley Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781119962830.ch3>

LUZ F.Q., et al. Early maladaptive schemas and cognitive distortions in adults with morbid obesity: Relationships with mental health status. *Behav. Sci.*, v. 7, p. 10, 2017 <https://doi.org/10.3390/bs7010010>.

LAWSON, R.; WALLER, G.; LOCKWOOD, R. Content and cognitive process in food patients with obsessive-compulsive disorder resources. *Eating Behaviors*, v. 8, n. 3, p. 305, 2007. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2006.11.006>

LEGENBAUER, T.; RADIX, A. K.; AUGUSTAT, N.; SCHÜTT-STRÖMEL, S. Power of Cognition: How Dysfunctional Cognitions and Schemas Influence Eating Behavior in Daily Life Among Individuals with Eating Disorders. *Front Psychol.* v. 9, p. 213, 2018. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02138>

LEUNG, N.; WALLER, G.; THOMAS G. Core beliefs in anorexic and bulimic women. *The Journal of nervous and mental disease.* v. 187, n. 12, p. 736-741, 1999. <https://doi.org/10.1097/00005053-199912000-00005>.

LIMA, A. C. R. & OLIVEIRA, A. B. Fatores psicológicos da obesidade e alguns apontamentos sobre a terapia cognitivo-comportamental. *Psicologia da Saúde*, v. 24, n. 1, 2016. <https://doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v24n1p1-14>

MALTA, D. C.; et al. Fatores de risco relacionados à carga global de doença do Brasil e unidades federadas, 2015. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 20, supl.1, 2017. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700050018>.

MASON, S. M.; FLINT, A. J.; FIELD, A. E.; AUSTIN, S. B.; RICH-EDWARDS, J.W. Abuse victimization in childhood or adolescence and risk of food addiction in adult women. *Obesity*. v. 21, p. 775-781, 2013 <https://doi.org/10.1002/oby.20500>

MELLIN, A. E.; NEUMARK-SZTAINER, D.; STORY, M.; IRELAND, M.; RESNICK M. (2002). Unhealthy behaviours and psychosocial difficulties among overweight adolescents: the potential impact of familial factors. *J Adolesc Health*, v. 31, p. 145-153. <https://doi.org/10.1177/1359105311409787>

MCINTOSH, J.; ANISMAN, H.; MERALI, Z. Short- and long periods of neonatal maternal separation differentially affect anxiety and feeding in adult rats: gender-dependent effects. *Brain Res Dev Brain Res*; v. 113, p. 97-106, 1999. [https://doi.org/10.1016/S0165-3806\(99\)00005-X](https://doi.org/10.1016/S0165-3806(99)00005-X)

MENDES, E. V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família*. Brasília: OPAS, 2012.

MOHAMMADKHANI, P.; MOLOODI, R.; FATEMI S. Impact of Subliminal Activation of the Abandonment Scheme on the Eating Behavior of Obese and Normal Weight Women: An Experimental Study, *Int J High Risk Behav Addict*, v. 6 n. 4, p. e63196, 2017. <https://doi.org/10.5812 / ijhrba.63196>

PALMISANO, G. L.; INNAMORATI, G. L.; VANDERLINDEN, J. (2006). Life adverse experiences in relation with obesity and binge eating disorder: a systematic review. *J. Behav. Addic.*, v. 5, n. 1, p. 11-31, 2006. <https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.018>

POURSHARIFI, H.; BIDADIAN, M.; BAHRAMIZADEH, H.; SALEHINEZHAD, M. A. The Relationship between Early Maladaptive Schemas and Aspects of Identity in Obesity, *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, v. 30, 2011 <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.101>.

RODGERS, R. F.; et al. (2013). Maternal feeding practices predict weight gain and obesogenic eating behaviors in young children: a prospective study. *Int J Behav Nutr Phys Act*. v. 18 n.10, p. 24, 2013 <https://doi.org/10.1186/1479-5868-10-24>

SIMPSON, S. G. Schema therapy for eating disorders: A case illustration of the mode approach. In: van Vreeswijk M, Broersen J, Nadort M, editors. *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy: Theory, Research, and Practice*. 1. UK: John Wiley & Sons, 2012

TURNER, H.; ROSE, K.; COOPER, M. Schema and parental bonding in overweight and nonoverweight female adolescents. *Int J Obes*. v. 29, p. 381-387, 2005. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0802915>

YOUNG, J. E. *Terapia cognitiva para transtornos da personalidade: uma abordagem focada em esquemas*. 3ª ed. Porto Alegre: ArtMed, 2003

YOUNG, J. E. *Cognitive Therapy for personality disorders*. Sarasota, FL: Professional Resources Press, 1990

YOUNG, J. E *Series of professional resources. Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach* - 3rd ed, 1999.

YOUNG, J., KLOSKO, J., & WEISHAAR, M. *Terapia do esquema: Guia de técnicas Cognitivocomportamentais inovadoras*. Porto Alegre: Artmed, 2008

VAN VLIERBERGHE, L.; BRAET, C. Dysfunctional schemas and psychopathology in referred obese adolescents. *Clin. Psychol. Psychother*, v. 14, p. 342-351, 2007 <https://doi.org/10.1002/cpp.546>

VAZ, D. S. S.; BENNEMANN, R. S. Comportamento alimentar e hábito alimentar: uma revisão. *Revista UNINGÁ Review*, v. 20, n. 1, p. 108-112, 2014. Recuperado de: <<http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1557>>

WALLER, G. Scheme-level cognitions in patients with binge eating disorder: a case-control study. *Int J Eat Disord*. v. 33, n. 4, p. 458-64, 2003 <https://doi.org/10.1002 / eat.10161>.

WALLER, G.; MEYER C.; OHANIAN V. Psychometric Properties of the Long and Short Versions of the Young Schema Questionnaire: Core Beliefs among Bulimic and Comparison Women. *Cognit. Ther*, v. 25, p. 137-147, 2001 <https://doi.org/10.1023/A:1026487018110>.

Waller, G.; et al. *Beating Your Eating Disorder*. Cambridge University, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2000). *Obesity: prevent - ing and managing the global epidemic*. Geneva, 2000.



Como citar este artigo (Formato ABNT):

SALES, Synara Sepúlveda; PALMA, Priscila de Camargo. Esquemas Iniciais Desadaptativos e Transtorno de Compulsão Alimentar e Obesidade: Uma revisão integrativa. **Id on Line Rev.Mult. Psic.**, Maio/2021, vol.15, n.55, p. 621-640, ISSN:1981-1179.

Recebido: 19/05/2021

Aceito: 27/05/2021