

Transtornos alimentares e sua perspectiva clínica

O estudo demonstra a influência positiva da intervenção psicoterapêutica em casos de transtorno alimentar com ênfase na abordagem cognitivo-comportamental.

Terapia cognitivo-comportamental dos transtornos alimentares

Cognitive-behavioural therapy of eating disorders

Mônica Duchesne^a e Paola Espósito de Moraes Almeida^b

^aGrupo de Obesidade e Transtornos Alimentares (GOTA). Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. ^bPontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

Resumo A terapia cognitivo-comportamental é uma intervenção breve, semi-estruturada e orientada para metas, que tem sido amplamente utilizada nos centros de pesquisa e tratamento de transtornos alimentares. O presente artigo tem por objetivo descrever as principais estratégias cognitivas e comportamentais utilizadas no tratamento ambulatorial dos transtornos alimentares. Vários ensaios clínicos avaliaram a eficácia da terapia cognitivo-comportamental, indicando que ela favorece a remissão ou diminuição da frequência de episódios de compulsão alimentar, dos comportamentos purgativos e da restrição alimentar. Tem sido relatada também melhora do humor, do funcionamento social, e diminuição da preocupação com peso e formato corporal.

Descritores Terapia cognitiva. Terapia cognitivo-comportamental. Terapia comportamental. Transtornos alimentares.

Abstract *The cognitive-behavioural therapy is a brief, semi-structured and goal oriented intervention, which has been largely used in research and treatment centers specialized on eating disorders. The present article describes the main cognitive and behavioral strategies used in the outpatient treatment of eating disorders. Several clinical studies assessed the effectiveness of cognitive-behavioural therapy, indicating the remission or the reduction of the frequency of binge eating episodes, purgative behaviours and food restriction. Social and mood improvement, as well as reduction of weight and body shape concerns, have also been reported.*

Keywords *Cognitive therapy. Cognitive-behavioural therapy. Behavior therapy. Eating disorders.*

Introdução

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é uma intervenção semi-estruturada, objetiva e orientada para metas, que aborda fatores cognitivos, emocionais e comportamentais no tratamento dos transtornos psiquiátricos.

Os transtornos alimentares (TA) são multideterminados e resultam da interação entre fatores biológicos, culturais e experiências pessoais. A TCC ocupa-se da identificação e correção das condições que favorecem o desenvolvimento e manutenção das alterações cognitivas e comportamentais que caracterizam os casos clínicos. Extensamente utilizadas no tratamento dos TA, técnicas cognitivas e comportamentais têm sido avaliadas e reconhecidas como estratégias eficazes na melhora dos quadros clínicos. O presente artigo descreve as principais técnicas cognitivas e comportamentais utilizadas no tratamento dos TA, além de revisar as evidências disponíveis acerca de sua eficácia.

Anorexia nervosa

As estratégias sugeridas para o tratamento da AN objetivam a diminuição da restrição alimentar e da frequência de atividade física, facilitando o aumento do peso; a diminuição do distúrbio da imagem corporal; a modificação do sistema disfuncional de crenças associadas à aparência, peso e alimentação e o aumento da auto-estima.

Diminuição da restrição alimentar

A história de privação alimentar de um indivíduo pode ser significativa para o desenvolvimento de alterações persistentes do padrão alimentar, determinando também alterações de humor e cognição.^{1,3} A normalização da alimentação inicia-se pela discussão dos fatores que favorecem a manutenção da restrição dietética e por orientações acerca de alimentação e regulação de peso. O tratamento concentra-se no estabelecimento de horários regulares para alimentação e na exposição

gradual aos alimentos e situações freqüentemente evitadas.^{3,4}

Diminuição da freqüência de atividade física

A suspensão da rotina de exercícios físicos extenuantes é gradualmente incentivada, em função do papel que exerce na manutenção dos comportamentos disfuncionais associados à AN. Assim, a paciente é orientada a envolver-se em situações que possam competir com a prática de exercícios, principalmente as atividades que permitem o desenvolvimento de relações interpessoais.^{3,4}

Abordagem do distúrbio da imagem corporal

A TCC considera a abordagem do distúrbio de imagem corporal central para o tratamento da AN. O conceito de “imagem corporal” envolve três componentes: 1) a precisão da percepção do tamanho corporal; 2) o grau de ansiedade associada a aparência e 3) o comportamento de evitação de exposição corporal.⁵

Para diminuir a distorção da percepção corporal pode-se solicitar à paciente que desenhe como percebe seu corpo, olhando-se em um espelho. Em seguida, o terapeuta desenha a silhueta real, para que a paciente possa observar a discrepância entre os desenhos. Essa medida pode reduzir a ansiedade associada à aparência e facilitar a exposição corporal, que é organizada de forma gradual, incentivando a paciente a usar roupas justas e curtas. Para maior redução da ansiedade, a paciente deve também modificar seu ideal de imagem corporal, aprendendo a lidar melhor com eventuais “imperfeições”.^{5,7}

Modificação do sistema de crenças

A TCC pressupõe que o sistema de crenças de um indivíduo exerce importante papel no desenvolvimento de seus sentimentos e comportamentos. Desta forma, as pacientes com TA apresentam crenças distorcidas e disfuncionais acerca de peso, formato corporal, alimentação e valor pessoal, que são significativas para a manutenção dos TA. Uma das crenças distorcidas centrais para os TA é a que equaciona valor pessoal ao peso e formato corporal, ignorando ou não valorizando outros parâmetros. Para pacientes com TA a magreza estaria associada à competência, superioridade e sucesso, tornando-se assim intrinsecamente associada à auto-estima.^{4,8-10}

O sistema distorcido de crenças pode perpetuar-se em decorrência de várias tendências disfuncionais de raciocínio. Uma das tendências freqüentemente encontradas é a de atentar seletivamente para as informações que confirmam suas crenças, ignorando ou distorcendo os dados que poderiam questioná-las.^{4,10}

Para modificar o sistema de crenças a TCC utiliza diversas técnicas. Uma delas consiste em ensinar a paciente a identificar pensamentos que possam conter alguma distorção. Em seguida ela é incentivada a analisar todas as evidências disponíveis que possam confirmar ou refutar o pensamento distorcido, tornando-o mais funcional. Uma grande variedade de estratégias, como as descritas para o tratamento da imagem corporal, pode ser utilizada para facilitar a modificação das crenças. Por exemplo, o desenho da imagem corporal e a exposição gradual do corpo permitem que a paciente modifique suas crenças de que está gorda e de que será rejeitada em função disto.^{11,12}

O processo de análise das crenças é realizado de forma colaborativa, sendo o terapeuta inicialmente mais ativo, ajudando a paciente a treinar as habilidades necessárias e, progressivamente, incentivando a paciente a comportar-se como se fosse o próprio terapeuta.¹²

Abordagem da auto-estima

A abordagem da auto-estima envolve a redução das altas expectativas de desempenho das pacientes com AN, desenvolvendo padrões realistas de auto-avaliação e incentivando-as a focalizar-se em seus sucessos e qualidades. É importante também desenvolver uma avaliação multifacetada de valor pessoal, fazendo sua auto-estima apoiar-se em outros atributos além da aparência.^{4,9}

Pacientes com AN apresentam freqüentemente déficits de habilidades sociais, tais como: dificuldades para expressar pensamentos e sentimentos; iniciar, manter e encerrar conversação; fazer e recusar pedidos; responder a críticas; fazer e receber elogios e defender seus direitos. O desenvolvimento dessas habilidades favorece a modificação do comportamento da paciente nas relações interpessoais, o desenvolvimento de crenças de auto-eficácia e o aumento da auto-estima.^{4,9,13}

Avaliação de eficácia

Em pacientes com AN, os programas de TCC têm resultado na diminuição da restrição alimentar com melhora das escolhas nutricionais e aumento de peso.^{14,16} Também tem sido relatada redução de pensamentos disfuncionais acerca de peso e alimentação, melhora do funcionamento sexual e do humor.^{15,16} A manutenção dos resultados parece ser menor do que na BN.^{15,16} Para aumentar a probabilidade de manutenção dos resultados devem ser utilizadas técnicas para prevenção da recaída, que consistem em paciente e terapeuta identificarem possíveis dificuldades futuras e planejarem estratégias adequadas para lidar com elas.

Bulimia nervosa

As técnicas utilizadas no tratamento da bulimia nervosa (BN) objetivam a normalização do padrão alimentar e o desenvolvimento de estratégias para controle de episódios de compulsão alimentar (ECA) e dos comportamentos compensatórios. A TCC aborda também a auto-estima, a modificação da relação com a imagem corporal e a modificação do sistema de crenças disfuncionais.

Controle dos episódios de compulsão alimentar e da indução de vômito

Os ECA são favorecidos pela restrição alimentar e pelos demais mecanismos compensatórios usados para controlar o peso. Assim, a abordagem dos ECA inicia-se pela disposição de informações acerca da relação entre métodos compensatórios e a ocorrência dos episódios, das complicações clínicas e psicológicas associadas aos comportamentos purgativos e de sua pouca eficiência na redução do peso corporal.^{17, 18}

A TCC ensina técnicas de autocontrole ao paciente para redução de ansiedade, tristeza e outros sentimentos conside-

rados facilitadores de ECA e de indução de vômito. As estratégias podem ser utilizadas alternativamente para inibir estes comportamentos.^{12,18}

O tratamento comportamental de exposição e prevenção de resposta é eventualmente utilizado e consiste em incentivar a paciente a expor-se gradualmente a diversas condições que favorecem a ocorrência de ECA e a indução de vômito. Por exemplo, a paciente deve ingerir alimentos que usualmente desencadeiam ECA ou indução de vômito e é incentivada a utilizar técnicas de autocontrole, previamente treinadas para evitar tais comportamentos, inicialmente com a ajuda do terapeuta.^{12,18,19}

Eliminação do uso de laxantes e diuréticos

A eliminação do uso de laxantes e diuréticos é realizada de forma gradual, uma vez que a alimentação tenha se tornado mais regular. É importante evidenciar para a paciente que o aumento de peso, que eventualmente ocorre nesta fase, deve-se à retenção hídrica e não ao aumento de gordura corporal.¹⁸

Modificação do sistema de crenças

Para a TCC, entre os fatores que contribuem para a ocorrência de ECA está o pensamento “tudo ou nada”, que consiste em pensar em termos absolutos e extremos. Assim, pacientes com BN adotam regras dietéticas inflexíveis e pequenos lapsos na dieta favorecem o abandono total do controle sobre a alimentação. Em geral, em vez de reavaliar a adequação da rigidez das regras dietéticas utilizadas, avaliam os lapsos como resultantes de suas deficiências pessoais, reforçando sua baixa autoestima. Na BN, a modificação das crenças centrais, e dos pensamentos associados à alimentação, aparência e valor pessoal é realizada nos mesmos moldes que na AN.^{4,9,11,12}

Avaliação de eficácia

No tratamento da BN, a TCC tem sido apontada como uma psicoterapia eficaz na remissão ou diminuição da frequência de ECA,^{20,22} dos comportamentos purgativos,^{20,24} da restrição alimentar^{19,21,23,25} e da preocupação com peso e formato corporal.^{19,21,23} A terapia tem auxiliado também na redução dos sintomas depressivos associados, na melhora da auto-estima e do funcionamento social.^{21,23,26} A utilidade desta forma de intervenção tem sido enfatizada por superar os resultados alcançados com o uso de medicação isolada^{20,21,24,27} e pelo fato da associação de TCC à medicação aumentar a eficácia do tratamento farmacológico.^{20,24,28,29} Foi observada também uma boa manutenção dos resultados.^{19,30,31}

Transtorno da compulsão alimentar periódica

O programa de TCC para o Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) foi desenvolvido a partir do modelo utilizado para a BN, tendo sido necessárias algumas adaptações às diferenças entre estas duas síndromes. Os objetivos terapêuticos no TCAP incluem o desenvolvimento de estratégias para controle de ECA, a modificação de hábitos alimentares, o desenvolvimento de estratégias para adesão a exercício físico e a redução gradual do peso, quando há obesidade associada. A TCC sugere, também para estes casos, a abordagem da

auto-estima, a redução da ansiedade associada à aparência e a modificação do sistema de crenças disfuncionais, realizada nos moldes já descritos para AN e BN.^{32,34}

Modificação de hábitos alimentares

Uma vez que uma dieta muito restritiva está contra-indicada, a redução de peso no TCAP é obtida através de modificações graduais de hábitos alimentares. São fornecidas informações sobre nutrição para ajudar a paciente a fazer escolhas adequadas de alimentos, com flexibilidade para evitar o pensamento “tudo ou nada”. São também implementadas estratégias para controle de estímulos, que consistem na diminuição da exposição da paciente às condições que facilitam alimentação inadequada como, por exemplo, diminuir a exposição a alimentos que devem ser ingeridos em baixa frequência.³³⁻³⁵

Aumento da atividade física

Estratégias para adesão à atividade física incluem o estabelecimento de modalidades de exercício que sejam reforçadoras. O programa de atividade física deve ser flexível, podendo-se incluir uma combinação de exercícios diferentes e, para alguns pacientes, a associação de outras pessoas no programa. É importante também avaliar situações que poderiam dificultar a execução do exercício e planejar antecipadamente possíveis soluções.^{35,36}

Abordagem da auto-estima

No TCAP há grande atenção aos estereótipos sociais associados à obesidade e excessiva atenção ao formato corporal, acompanhada de sentimentos de vergonha e inferioridade. Alguns pacientes foram ridicularizados em decorrência da obesidade e a abordagem da auto-estima deve abranger este aspecto, além dos já descritos para os demais TA. Além disso, a paciente deve manter expectativas realistas com relação à meta de peso, modificando as crenças relacionadas a peso e formato corporal e alcançando um equilíbrio entre auto-aceitação e mudança.^{33,37}

Avaliação de eficácia

A eficácia da TCC no TCAP foi menos estudada do que na BN. Encontramos relatos de redução da frequência dos ECA, sem que venha acompanhada de uma redução significativa do peso corporal.³³ A necessidade de associação de estratégias que sejam dirigidas diretamente a redução do peso corporal já foi ressaltada e sua utilização em geral obtém bons resultados a curto-prazo, com dificuldades para manutenção a longo prazo.³⁸ A adição de medicamentos pode reduzir a frequência dos ECA e a perda de peso no curto prazo.³⁹ Assim, a combinação entre TCC e medicamentos parece representar um campo promissor de pesquisa.

Conclusão

Alguns autores sistematizaram as estratégias utilizadas pela TCC no tratamento dos TA, desenvolvendo manuais padronizados que facilitam as pesquisas de eficácia. Os estudos comparando TCC a outros tipos de terapia evidenciam maior eficácia da TCC em relação à terapia de apoio^{21,40} e resultados simila-

res aos obtidos por terapia interpessoal.^{31,41} A TCC considera a relação terapêutica fundamental para a obtenção da melhora dos TA. O terapeuta mantém uma atitude empática em relação às dificuldades e necessidades da paciente e apresenta a terapia como um trabalho em equipe, no qual ambos terão uma participação ativa na detecção de causas das dificuldades e na

seleção das estratégias utilizadas no tratamento.

O tratamento dos TA é realizado em equipe multidisciplinar, sendo necessária a associação de psicólogos a outros profissionais, tais como: nutricionistas, médicos clínicos e psiquiatras. O envolvimento da família no tratamento pode ajudar a criar uma estrutura de colaboração, facilitando mudanças.

Referências

1. Garner D, Rockert W, Olmsted MP, Johnson C, Coscina DV. Psychoeducational principles in the treatment of bulimia and anorexia nervosa. In: Garner DM, Garfinkel PE, editors. Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia. New York: The Guilford Press; 1985. p. 513-72.
2. Stice E, Agras WS. Predicting onset and cessation of bulimic behaviors during adolescence: a longitudinal grouping analysis. Beh Ther 1998;29:257-76.
3. Almeida PEM. Terapia comportamental para transtornos alimentares: um estudo exploratório das possíveis variáveis envolvidas na origem e manutenção das chamadas anorexia e bulimia nervosa [Tese de mestrado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Departamento de Psicologia experimental: Análise do Comportamento; 2001.
4. Garner DM, Bemis KM. Cognitive therapy for anorexia nervosa. In: Garner DM, Garfinkel PE, editors. Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa e bulimia. New York: The Guilford Press; 1985. p. 107-46.
5. Thompson JK. Body image disturbance: assessment and treatment. New York: Pergamon Press; 1990.
6. Freedman R. Cognitive-behavioral perspectives on body-image change. In: Cash T, Pruzinski T, editors. Body images: development, deviance and change. New York: Guilford Press; 1990. p. 272-95.
7. Castilho SM. A imagem corporal. Santo André (SP): ESETEC; 2001.
8. Silva, P. Cognitive-behavioural models of eating. In: Szmukler GD, Treasure J, editors. Handbook of eating disorders: theory, treatment and research. New York: John Wiley and sons; 1995. p. 142-53.
9. Fairburn CG, Cooper PJ. Eating disorders. In: Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark DM, editors. Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems. New York: Oxford University Press; 1991. p. 277-314.
10. Fairburn CG. Cognitive-behavioral treatment for bulimia. In: Garner DM, Garfinkel PE, editors. Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia. New York: The Guilford Press; 1985. p. 160-92.
11. Beck JS. Terapia cognitiva: teoria e prática. PA: Artes Médicas; 1997.
12. Duchesne M, Appolinário JC. Tratamento dos transtornos alimentares. In: Rangé B, editor. Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria. São Paulo: Artmed; 2001. p. 317-31.
13. Vitousek KB. Cognitive-behavioral therapy for anorexia nervosa. In: Brownell KD, Fairburn CG, editors. Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook. New York: Guilford Press; 1995. p. 324-9.
14. Channon SP, De Silva WP, Hemsley D, Perkins. A controlled trial of cognitive-behavioural and behavioural treatment of anorexia nervosa. Beh Res Ther 1989;27:529-35.
15. Brambilla F, Draisci A, Peirone A, Brunetta M. Combined cognitive-behavioral, psychopharmacological and nutritional therapy in eating disorders. Neuropsychobiology 1995;32(2):64-7.
16. Fernandez-Aranda F, Bel M, Jimenez S, Vinales M, Turon J, Vallejo J. Outpatient group therapy for anorexia nervosa: a preliminary study. Eat Weight Disord 1998;3(1):1-6.
17. Fairburn CG, Marcus MD, Wilson GT. Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: a comprehensive treatment manual. In: Fairburn CG, Wilson GT, editors. Binge eating: nature, assessment and treatment. New York: Guilford Press; 1993. p. 371-404.
18. Wooley SC, Wooley OW. Intensive outpatient and residential treatment for bulimia. In: Garner DM, Garfinkel PE, editors. Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and Bulimia. New York: The Guilford Press; 1985. p. 391-430.
19. Wilson GT, Eldredge KL, Smith D, Niles B. Cognitive-behavioural treatment with or without response prevention for bulimia nervosa. Beh Res Ther 1991;29:575-83.
20. Bacaltchuk L. Revisão sistemática sobre tratamento da bulimia nervosa com antidepressivos [Tese de doutorado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo/ Escola Paulista de Medicina; 1999.
21. Garner DM, Rockert W, Davis R, Garner MV, Olmsted MP, Eagle M. Comparison between cognitive-behavioral and supportive-expressive therapy for bulimia nervosa. Am J Psychiatry 1993;150:37-46.
22. Fairburn CG, Agras WS, Wilson GT. The research on the treatment of bulimia nervosa: practical and theoretical implications. In: Anderson GH, Kennedy SH, editors. The biology of feast and famine: relevance to eating disorders. San Diego: Academic press; 1992. p. 318-40.
23. Fairburn CG, Jones R, Peveler RC, Carr SJ, Solomon RA, O'Connor ME, et al. Three psychological treatments for bulimia nervosa. Arch Gen Psychiatry 1991;48:463-9.
24. Agras WS, Rossiter EM, Arnow B, Schneider JA, Telch CF, Raeburn SD, et al. Pharmacologic and cognitive-behavioral treatment for bulimia nervosa: a controlled comparison. Am J Psychiatry 1992;149:82-7.
25. Rossiter EM, Aras WS, Losch M, Telch CF. Dietary restraint of bulimic subjects following cognitive-behavioral or pharmacological treatment. Beh Res Ther 1991;29:575-83.
26. Fairburn CG, Kirk, O'connor M, Cooper PJ. A comparison of two psychological treatments for bulimia nervosa. Beh Res Ther 1986;24:629-43.
27. Cordás, TA. Avaliação da eficácia terapêutica de dois modelos de atendimento em bulimia nervosa [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Psiquiatria; 1995.
28. Leitenberg H, Rosen JC, Wolf F, Vara LS, Detzer MJ, Srebnik D. Comparison of cognitive-behavioural therapy and desipramine in the treatment of bulimia. Beh Res Ther 1994;32:37-48.
29. Mitchell JE, Pyle RL, Eckert ED, Hatsukumi D, Pomery C, Zimmerman R. A comparison study of antidepressants and structured intensive group psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa. Arch Gen Psychiatry 1990;47:149-57.
30. Fairburn CG, Jones R, Peveler RC, Hope RA, O' Connor M. Psychotherapy and bulimia nervosa: the long term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy and cognitive behavior therapy. Arch Gen Psychiatry 1993;50:419-28.

31. Fairburn CG, Norman PA, Welch SL, O' Connor M, Doll HA, Peveler RC. A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:304-12.
32. Eldredge KL, Agras WS. Weight and shape overconcern and emotional eating in binge eating disorder. *Int j Eat Dis* 1996;19:73-82.
33. Devlin MJ. Binge eating disorder and obesity: a combined treatment approach. *Psych Clin N Am* 2001;24:325-35.
34. Duchesne M. Tratamento do transtorno do comer compulsivo: abordagem cognitivo-comportamental. *J Bras Psiquiatr* 1995;44:50-5.
35. Marcus MD. Binge eating in obesity. In: Fairburn CG, Wilson GT, editors. *Binge eating: nature, assessment and treatment*. New York: Guilford Press; 1993. p. 77-96.
36. Coutinho W. O consenso latino-americano em obesidade. *Arq Bras End Metab* 1999;45(1):21-67.
37. Fairburn C. *Overcoming binge eating*. New York: Guilford Press; 1995.
38. Marcus MD, Wing RR, Hopkins J. Obese binge eaters: affect, cognitions and response to behavioral weight control. *J Consult Clin Psychol* 1988;56:433-9.
39. Agras WS, Telch CF, Arnow B, Eldredge K, Wilfley DE, Raeburn SD et al. Weight loss, cognitive-behavioral, and desipramine treatments in binge eating disorder: an additive design. *Beh Ther* 1994;25:225-38.
40. Wilson GT, Eldredge KL, Smith D, Niles B. Cognitive-behavioural treatment of bulimia nervosa: a controlled evaluation. *Behav Ther* 1991;29:575-83.
41. Wilfley DE, Agras WS, Telch CF, Rossiter EM, Schneider JA, Cole AG et al. Group cognitive-behavioral and group interpersonal psychotherapy for the nonpurging bulimic individual: a controlled comparison. *J Consult Clin Psychol* 1993;61:296-305.

Correspondência: Mônica Duchesne

Rua Marques de São Vicente, 124, sala 239 Gávea - 22451-040 Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Tel: (0xx21) 2540-0367/2239-8579 - E-mail: mduchesne@rionet.com.br