

Terapia Cognitivo-Comportamental para Transtornos Alimentares: A Visão de Psicoterapeutas sobre o Tratamento

Cognitive-Behavioral Therapy for Eating Disorders: Psychotherapists View about the Treatment

Leticia Langlois Oliveira ✉

Doutora em Psicologia pela UFRGS (Universidade Federal do Rio Grande do Sul) e professora visitante da FURG (Universidade Federal do Rio Grande)

Carolina Peixoto Deiro

Psicóloga, especialista em Terapia cognitivo-comportamental pela UFRGS

RESUMO

Os transtornos alimentares (TA) constituem uma área de crescente interesse dos profissionais da saúde. Todavia, ainda há poucos estudos brasileiros sobre o tratamento dessas patologias pela Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). O presente artigo se propõe a investigar como se dá o tratamento dos TA na visão de quatro terapeutas especializados nessa abordagem. O delineamento utilizado foi o de Estudos de Caso Múltiplos e as informações foram obtidas através de entrevistas abertas. Os resultados mostraram consenso sobre a importância do vínculo terapêutico, da interdisciplinaridade e do envolvimento familiar no tratamento. Entre as vantagens da TCC foram citadas a resposta rápida e a eficácia das técnicas. Quanto às limitações, foram mencionados aspectos como pouca motivação dos pacientes e questões econômicas. O principal critério de alta é um funcionamento global adequado. Finalmente, todos concordam em que novas pesquisas na área são importantes. Salienta-se especialmente a necessidade de novas investigações no contexto nacional.

Palavras-chave: Tratamento; Transtornos alimentares; Terapia Cognitivo-comportamental.

ABSTRACT

Eating disorders (ED) is an area of growing interest for health professionals. However, there are few Brazilian studies on the treatment of these pathologies by Cognitive-Behavioral Therapy (CBT). This article aims to investigate the treatment of ED by four therapists experts in this approach. The design used was the Multiple Case Studies. The information was collected through interviews. Consensus between the results were the importance of the therapeutic bond, interdisciplinarity, and family involvement in treatment. Among the advantages of CBT were cited: rapid and effective techniques. About the limitations were mentioned aspects such as low motivation of patients and economic issues. The main discharge criterion was a high properly functioning. Finally, all agree that further researches in the area are important. It should be noted especially the need for further research in the national context.

Key Words: Treatment; Eating disorders; Cognitive-Behavioral Therapy.

I. INTRODUÇÃO

Transtornos alimentares: Breve histórico do tratamento pela Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)

Os transtornos alimentares são quadros caracterizados por aspectos como o medo mórbido de engordar, redução voluntária do consumo nutricional, ingestão maciça de alimentos seguida de vômitos e uso abusivo de laxantes e/ou diuréticos. São patologias graves e de prognóstico reservado (American Psychiatric Association, 2003), que trazem aos pacientes grandes prejuízos biopsicossociais e elevados índices de letalidade (Cordás, 2004). A anorexia nervosa é uma patologia do comportamento alimentar caracterizada por limitações dietéticas autoimpostas, padrões bizarros de alimentação com acentuada perda de peso autoinduzida e mantida pelo paciente associada a um temor intenso de ganhar peso. É um distúrbio grave que leva a limitações físicas, emocionais e sociais (Abreu, 2002).

Já a bulimia nervosa é caracterizada por grande ingestão de alimentos de forma rápida e com a sensação de perda de controle – os chamados episódios bulímicos ou *binge*

eating. Estes são acompanhados de métodos compensatórios inadequados para o controle de peso, como: vômitos autoinduzidos, medicamentos (diuréticos, laxantes e inibidores de apetite) usados para a perda de peso, dietas, exercícios físicos e/ou abuso de drogas (Espíndola & Blay, 2006).

Estudos mostram um aumento da incidência desses transtornos nas últimas duas décadas (Doyle & Briant-Waugh, 2000), principalmente entre adolescentes e adultos jovens do sexo feminino, com maior incidência entre os 13 e 20 anos de idade (cerca de 1% nessa população) (American Psychiatric Association, 2003). Além disso, a prevalência de indivíduos que não preenchem todos os critérios diagnósticos, mas que têm traços anoréxicos, bulímicos ou distúrbios não especificados é bem mais alta. São as chamadas síndromes parciais, e estão presentes em 5% a 10% da população (Abreu & Cangelli Filho, 2005).

Ainda hoje a etiologia dessas enfermidades não é totalmente conhecida, e a maioria dos especialistas trabalha com um modelo multidimensional de tratamento, que reconhece fatores individuais, genéticos, sociais e familiares (Abreu & Cangelli Filho, 2005). Mas a clínica

dos transtornos alimentares passou por muitas mudanças durante as últimas décadas. Inicialmente, o repouso acamado, a alimentação nasogástrica e uma variedade de farmacoterapias eram as principais intervenções, dirigidas principalmente para a recuperação do peso.

A psicanálise passou a dominar o entendimento e tratamento a partir dos anos 40 (Oliveira, 2004), e, nas décadas seguintes, um regime baseado no reforço para o ganho de peso tornou-se popular com o aparecimento dos programas de tratamento comportamental (Bachrach, 1975) e versões mais ou menos formais deste permanecem em uso para pacientes com peso muito abaixo do normal (Agras, 1987). A maioria dos regimes de ganho de massa corporal é razoavelmente efetiva em curto prazo, mas a taxa de recaída é alta, e, mesmo se o peso é restabelecido, muitos pacientes continuam mostrando disfunções em suas atitudes relativas à alimentação e à forma física (Morgan & Russell 1975).

Isto levou ao desenvolvimento de terapêuticas dirigidas às perturbações cognitivas e comportamentais específicas que caracterizam estes pacientes (Cooper & Fairburn, 1984). Embora sua história seja recente, os procedimentos de tratamento amplamente baseados no enfoque cognitivo-comportamental provam ser populares e aceitáveis aos pacientes e têm aberto novos caminhos para essas difíceis doenças (Fairburn, Phil & Beglin, 1990).

Assim, a TCC tornou-se aceita como uma das principais abordagens para o tratamento dos transtornos alimentares (Duchesne & Almeida, 2002). Mas mesmo amplamente utilizada atualmente, esse ainda é um referencial relativamente novo, especialmente no Brasil (Rangé, Falcone e Sardinha, 2007).

A TCC é uma abordagem de intervenção semiestruturada, objetiva, que busca identificar e corrigir as condi-

ções que favorecem o desenvolvimento e manutenção das alterações cognitivas e comportamentais. Para este referencial, o sistema de crenças de um indivíduo exerce papel determinante em seus sentimentos e comportamentos (Duchesne & Almeida, 2002).

Para os transtornos alimentares, os programas de tratamento da TCC baseiam-se principalmente nas técnicas para a redução da ansiedade, automanejo do comportamento e modificação de cognições desadaptadas. Comparados com a terapia para alguns transtornos – por exemplo, a depressão – os componentes comportamentais dos transtornos alimentares recebem maior ênfase no tratamento. Isto ocorre porque as perturbações comportamentais (como jejuns ou vômitos) são fatores centrais dessas doenças que devem ser controlados (Channon & Wardle, 1994).

Um dos principais representantes do modelo cognitivo-comportamental para os transtornos alimentares é Fairburn (1991). Sua abordagem relaciona pensamento, emoção e comportamento manifesto, e o tratamento tem como objetivo fazer com que o paciente examine a validade de suas crenças no presente e mude comportamentos disfuncionais. Os processos cognitivos mais frequentes nestes quadros (abstração seletiva, supergeneralização, magnificação, pensamento dicotômico, personalização e pensamento supersticioso) são definidos e examinados cuidadosamente, a fim de modificar os pensamentos e pressupostos automáticos.

Por exemplo, esses pacientes tendem a pensar em termos incondicionais e extremos (pensamento dicotômico). Assim, adotam regras dietéticas rígidas e inflexíveis, nas quais pequenos desvios são percebidos como evidência de fracasso e autocontrole pobre e podem ser seguidos de um abandono temporário do domínio sobre a alimentação. Não é raro que eles pensem: “se não estou com-

pletamente com o controle, isso significa que perdi todo o controle, que está tudo perdido e que posso então me faltar”. Em geral, em vez de perceber que são as regras que estão distorcidas e considerar outras situações em que demonstram bom autocontrole, atribuem as falhas de autocontrole a deficiências pessoais, reforçando, então, a baixa autoestima (Fairburn, 1991).

Essa panóplia de crenças é perpetuada por várias tendências disfuncionais de raciocínio. Uma das tendências frequentemente encontradas nos pacientes é a de atentar seletivamente para os subsídios que confirmam suas crenças, ignorando ou distorcendo as que se contrapõem a elas. Tal tendência é uma das responsáveis pela manutenção do sistema de crenças, pois os dados que poderiam questioná-las são desconsiderados. Esta situação pode ser agravada pelo fato de que, à medida que o transtorno alimentar se desenvolve, os pacientes podem se tornar progressivamente isolados do convívio social.

Ademais, na TCC dos transtornos alimentares, as alterações na cognição – que levam a sentimentos de angústia e resultam em comportamentos disfuncionais – são consideradas essenciais para o tratamento. A perda de peso pode ser vista como alívio para a angústia e inquietação, e assim, obter uma tentativa de controle sobre os outros e sobre si mesmo (White & Freeman, 2003). Outro esquema central de raciocínio para o desenvolvimento e a manutenção dessas enfermidades é o que inflige valor pessoal ao peso e a forma corporal, ignorando outros parâmetros. A magreza para esses pacientes está associada ao autocontrole, competência e superioridade, tornando-se assim intrinsecamente associada à autoestima. Inicialmente, o comportamento de fazer dieta é aprovado pelas pessoas próximas e pela própria sociedade. Posteriormente, a experiência de exercer controle sobre o corpo e sobre a alimentação é positivamente reforçada por um sentimento de conquista, de sucesso e de contro-

le, tornando-se um reforçador por si próprio (Fairburn *et al.*, 1997).⁵

Destaca-se também o esquema cognitivo da “magreza”, que na visão dos pacientes é fundamental para que seus problemas sejam solucionados. As pessoas magras seriam bem-sucedidas e as gordas, infelizes e malsucedidas. Com esta significação atribuída à esbeltez, fica fácil entender o humor deprimido e o sentimento de vergonha e fracasso associados aos episódios de comer compulsivo (Fairburn *et al.*, 1997).

1.2 Algumas estratégias da TCC para o tratamento dos transtornos alimentares

Atualmente, as estratégias sugeridas pela TCC para o tratamento dos transtornos alimentares têm como objetivo a diminuição da restrição alimentar, da compulsão alimentar, dos episódios bulímicos e da frequência de atividade física, a diminuição do distúrbio da imagem corporal, a modificação do sistema disfuncional de crenças associadas à aparência, peso e alimentação e o aumento da autoestima (Duchesne & Almeida, 2002).

O processo é desenvolvido ao longo de três etapas, cada uma com oito entrevistas realizadas duas vezes por semana. O compromisso do paciente com a terapia é o objetivo principal no começo do tratamento e pode ser dividido sinteticamente nos seguintes objetivos: expectativas, intenções e esperança. Salienta-se a importância de construir as expectativas positivas sobre a terapia, tanto sobre o papel (o que é esperado do terapeuta e do paciente) como sobre os resultados (Gilbert & Leahy, 2007). Outro objetivo desta primeira fase consiste no controle da ingestão. Para evitar que o paciente faça o “movimento pendular” de passar de uma dieta restritiva que lhe provoque fome para um episódio bulímico, é indicado um programa alimentar fixo, com técnicas comportamentais, como evitar as situações de estresse, contextos

de hábito ou de tentação, geralmente precipitadores dos empanturramentos (Fairburn, 1991).

A segunda fase é voltada para a reestruturação cognitiva, e consiste em procurar modificar as crenças irracionais que mantêm e reforçam os padrões disfuncionais. Exploram-se então métodos alternativos de solução de problemas. Segundo Fairburn (1991), para estas pessoas os valores e crenças não são apenas sintomáticos, mas essenciais para a manutenção deste transtorno. Dessa forma, modificá-los é pré-requisito para a evolução e recuperação do paciente (Hercovici & Bay, 1997).

Também é fundamental que os pacientes entendam a interação entre seus pensamentos, sentimentos e disfunções de comportamentos. Devem compreender que o peso não é o problema real, mas que outros problemas mais importantes estão dirigindo e mantendo o transtorno alimentar (White & Freeman, 2003).

Por fim, a terceira etapa se preocupa em manter as conquistas das fases anteriores e fazer um plano de prevenção de recaídas, por meio de antecipação e preparação para o enfrentamento de situações de estresse que anteriormente ativavam os padrões disfuncionais (Hercovici & Bay, 1997). Mas além do seguimento adequado de um plano de tratamento, a TCC considera a qualidade da relação terapêutica, ou seja, o vínculo entre paciente e terapeuta, como fundamental. Já em um primeiro momento é importante deixar claro para o doente que há um interesse autêntico em ajudá-lo, que não se vai enganá-lo e que os sintomas podem ser manejados (Fairburn & Cooper, 1991).

Katzow e Safran (2007) sugerem que os terapeutas devem ser empáticos para que estabeleçam um bom vínculo com quem os procura, para que consigam desenvolver objetivos e tarefas para casa. Enfatiza-se a importância

da demonstração de entendimento e empatia pelos sentimentos do paciente, principalmente em relação ao terror deste de vir a perder o controle sobre seu peso. Aceitar as crenças como genuínas para o doente também é fundamental para o bom relacionamento (Fairburn, 1991). Ainda neste ponto, a TCC tem defendido a importância de estabelecer uma forte relação colaborativa entre as duas partes, onde o profissional tem um papel ativo.

Entretanto, essa não é uma tarefa simples. A insatisfação com o vínculo é o motivo mais frequente pelo abandono da relação e para uma não-conformidade (Gilbert & Leahy, 2007).

Diversos autores identificaram as dificuldades do trabalho de um terapeuta com pacientes com transtorno alimentar. Os pesquisadores sugerem que estes indivíduos tendem a produzir reações emocionais fortes no terapeuta que podem levar a dificuldades importantes durante o processo terapêutico. Essas reações podem assumir diversas formas. Uma recusa teimosa em comer frente a um emagrecimento ameaçador à vida pode ser vista pelo terapeuta como um insulto pessoal. É importante, nessa situação, sentir empatia pelo grau de terror que o paciente pode estar experienciando diante do prospecto de uma mudança, assim como suas dificuldades na aceitação de auxílio ou de pessoas confiáveis (Channon & Wardle, 1994).

Em relação ao papel da família no tratamento, a participação desta pode ajudar a criar uma estrutura de colaboração em que os pais/cônjuges tornem o meio facilitador de mudanças. Discutir a função que a enfermidade desempenha no sistema familiar colabora para as mudanças no padrão de interação dos membros. Tanto na anorexia nervosa quanto na bulimia nervosa, o objetivo terapêutico é de aumentar a capacidade de comunicação entre os membros, corrigir suas percepções distorcidas,

melhorar as estratégias de solução de conflitos (o ensaio comportamental pode ajudar) e fazê-los estabelecer juntos novos limites com a aceitação das diferenças individuais e busca da autonomia (Hodes, Eisler e Dare, 1991, Sargent, Liebman e Silver, 1985).

Ainda na mesma linha, outro objetivo é o restabelecimento de uma hierarquia familiar adequada, com os pais no papel de autoridade e possibilitadores de diálogo. Portanto, deve-se ajudar o paciente a gradualmente alcançar a liberdade, de acordo com a idade e capacidades (Fagan & Andersen, 1992).

Todavia, em muitos casos a família é rígida e resistente a mudanças, com dificuldades para se ajustar às demandas maturacionais de seus membros. Quando acontece de os familiares se recusarem a participar do tratamento, o paciente deve aumentar seu entendimento desse funcionamento grupal e modificar suas expectativas em relação ao mesmo, aprendendo a funcionar de maneira mais independente (Duchesne & Appolinário, 2001).

Mas o tratamento dos transtornos alimentares não deve se dar somente através da TCC. Nessas doenças a equipe interdisciplinar é fundamental devido à possível necessidade de hospitalização, ganho urgente de peso, problemas físicos causados tanto pela restrição como pelas orgias alimentares e purgações. Hoje se sabe que os melhores resultados são alcançados através das equipes multiprofissionais (Whisenant & Smith, 1995). É ideal que participem desta equipe: educadores físicos, enfermeiros, dentistas, médicos clínicos, nutricionistas, psicólogos, psiquiatras, entre outros.

1.3 Transtornos alimentares e TCC: Investigações atuais

O reconhecimento da eficácia da TCC tem aumentado a sua popularidade na área da psicologia clínica (Dobson

& Scherrer, 2004). Tal eficácia é confirmada por vários estudos empíricos atuais (Barreto & Elkis, 2004, Butler, Chapman, Forman & Beck, 2006, Juruena, 2004).

As pesquisas têm demonstrado que a abordagem cognitivo-comportamental é a que obteve maior popularidade nos últimos vinte anos (Robins, Gosling & Craik, 1999) e a mais importante e melhor validada entre as demais abordagens (Cottraux & Matos, 2007; Salkovskis, 2005). Séries não controladas de casos e estudos cruzados comparando dois tratamentos constituem as principais evidências para a eficácia dessas técnicas (Cooper & Fairburn, 1984).

Além disso, alguns estudos controlados sobre bulimia nervosa (Agras et al., 2000; Wilson, 1999) encontraram boas evidências da sua eficácia (Agras et al., 1994; Ricca et al., 2000) e consideram a TCC um tratamento promissor (Fairburn, 1991). Neste transtorno, a abordagem se mostrava eficaz pela remissão de episódios de compulsão alimentar e métodos purgativos; redução da restrição dietética; diminuição da preocupação com o peso e o formato corporal; melhora da autoestima e do funcionamento social e redução de sintomas psiquiátricos em geral. Já a eficácia no tratamento da anorexia nervosa precisa ser melhor investigada, embora tenham se observado vários benefícios como: diminuição da restrição alimentar; aumento do peso; redução de pensamentos disfuncionais acerca do peso e da comida; melhora do funcionamento sexual; melhora de sintomas depressivos; aumento da adesão ao tratamento nutricional e clínico e redução da recaída (Duchesne, 2007).

Porém, existem relativamente poucos estudos controlados determinando o resultado do tratamento com a TCC. Incontestavelmente, necessita-se de mais trabalhos para a identificação dos ingredientes críticos dos programas de atendimento, com o objetivo de melhorar o impacto

terapêutico e a possível identificação das características individuais associadas a um resultado eficaz (Channon & Wardle, 1994). Neste contexto, visando a contribuir com o desenvolvimento da área, o objetivo do presente estudo foi investigar a visão de psicoterapeutas cognitivo-comportamentais sobre a utilização deste referencial no tratamento dos transtornos alimentares.

II. MÉTODO

Neste trabalho utilizou-se o delineamento de Estudo de Casos Múltiplos (Yin, 1993). Participaram quatro psicoterapeutas especializados em TCC, que haviam atendido, até o momento do contato inicial com a pesquisadora, no mínimo cinco casos de transtornos alimentares, tendo utilizado a abordagem cognitivo-comportamental para o tratamento.

Os cuidados referentes à conduta ética na pesquisa com seres humanos foram considerados, atendendo à Resolução 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia e à Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde. Assim, para manter o anonimato, os entrevistados são aqui chamados de Terapeuta 1, Terapeuta 2, Terapeuta 3 e Terapeuta 4.

Estes responderam individualmente a uma entrevista (desenvolvida para o presente estudo) com oito questões abertas, que tinham como intuito investigar: vantagens e limitações do tratamento dos transtornos alimentares através da TCC; como se dá o vínculo paciente-terapeuta; como a família influencia e se envolve no processo terapêutico; participação em equipe interdisciplinar; abordagem da etiologia da doença ao longo da terapia; critérios de alta e necessidade de mais trabalhos científicos na área.

As entrevistas foram analisadas através da Análise de Conteúdo Qualitativa (Bardin, 1997). As categorias

para a análise dos dados emergiram das entrevistas e das respostas dos participantes. São elas: Vantagens; Limitações; Vínculo; Família – importância e participação; Equipe – importância e participação; Abordagem da etiologia; Critérios de alta e Sugestões de novos estudos.

A seguir serão apresentados e discutidos aspectos comuns e discordantes entre os participantes, com base nas categorias de análise. Concomitantemente, os achados serão relacionados à literatura da área.

III. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. Vantagens da TCC

Quanto às vantagens da TCC no tratamento dos transtornos alimentares, os Terapeutas 1 e 2 acordam que a terapia tem resposta rápida, em concordância com a literatura, que diz que este é um dos focos desta abordagem (Duchesne & Almeida, 2002, Wilson, 1999). Os Terapeutas 1 e 4 argumentaram que a utilização de um plano de prevenção à recaída é uma vantagem da TCC, concordando com os autores da área (Duchesne & Almeida, 2002, Fairburn & Cooper, 1991, Hercovici & Bay, 1997). Nesse sentido, alguns especialistas ampliam esta ideia enfatizando que o foco no fim do tratamento deve ser na prevenção de recaída (Spangler, 1999).

O Terapeuta 1 ainda vê como benefício os efeitos a longo prazo, descritos amplamente por autores da área (Fairburn & Cooper, 1991, Fairburn et al, 1993, Fairburn et al, 1995), que alegam ter observado uma boa manutenção dos resultados mesmo com o passar do tempo. Também concordando com a literatura, o Terapeuta 1 salienta a importância da psicoeducação e instrução dos métodos de enfrentamento. Uma série de pesquisadores indica que um componente crucial da TCC é a ênfase no oferecimento de informações e psicoeducação sobre a

doença e o tratamento tanto para o paciente quanto para a família (Ricca et al, 2000).

Além disso, os terapeutas 2 e 3 relataram que as técnicas, estratégias, planos e tarefas da TCC para mudanças de hábitos sociais e do dia a dia são eficazes no tratamento dos transtornos alimentares. Tal afirmação é partilhada por autores como Duchesne e Almeida (2002), Fairburn e Cooper (1991) e Hercovici e Bay (1997).

Já a resposta do Terapeuta 3, de que a abordagem dos problemas de forma direta é um aspecto positivo, é compartilhada por Duchesne e Appolinário (2001). Esses autores acreditam na possibilidade de alguma modificação do sistema de crenças. A resposta do Terapeuta 4, que considera vantajosa a estrutura da intervenção e o enfoque inicial no combate dos sintomas, é também descrita como uma vantagem pela literatura (Duchesne & Appolinário, 2001).

3.2. Limitações da TCC

Em relação às limitações da TCC, apenas o Terapeuta 3 não identificou nenhuma. O Terapeuta 1, por sua vez, criticou a falta de uma abordagem padronizada que integre a família no tratamento.

Outro aspecto negativo para o primeiro entrevistado seria a limitação biológica do peso corporal, ou seja, muitos pacientes não aceitam a realidade da sua estrutura corporal, o que é complicado especialmente para aqueles geneticamente determinados a ter peso acima da média (Hercovici & Bay, 1997). Este Terapeuta, assim como o Terapeuta 2, acredita na dificuldade de alcançar uma cura total e reversão da distorção psicótica da imagem corporal apenas com a TCC (Wilson, 1996). O Terapeuta 2 citou ainda como limitação a falta de índices de efetividade exemplares (índices de não adesão ao tratamento e mortes ainda são elevados), corroborando com Abreu

e Cangelli Filho (2005) e Cordás, Guimarães e Abreu (2003).

Para o Terapeuta 4, a falta de colaboração de alguns familiares no tratamento é um aspecto limitante, assim como descrevem Duchesne e Appolinário (2001) e Hodes, Eisler e Dare (1991). Além disso, este entrevistado relatou que, embora não seja uma limitação exclusiva da TCC, a falta de motivação de alguns pacientes é prejudicial ao processo (Duchesne & Appolinário, 2001). Finalmente, considera as questões econômicas como desvantagem desta abordagem. Freitas (1998) enfatiza o curso geralmente longo dos transtornos alimentares, os custos da internação e a não cobertura pelos seguros de saúde, aspectos estes que geram dificuldades econômicas muitas vezes impeditivas do tratamento.

3.3. Vínculo

Em relação ao vínculo terapeuta-paciente, há um consenso na literatura sobre a importância da confiança, principalmente no início do tratamento (Greenberg, 2007, Hercovici & Bay, 1997), como salientado pelos terapeutas 1, 2 e 3. Como referem Fairburn e Cooper (1991), a confiança no vínculo é fundamental para o sucesso do tratamento. Segundo os autores, deve-se deixar claro que há um interesse genuíno em ajudar aquele que está doente.

Sobre este assunto, o Terapeuta 2 diz que os pacientes são muito resistentes. Abreu e Cantelli Filho (2005) e Fairburn e Cooper (1991) também mencionam que estes são resistentes e desafiadores, principalmente aqueles com anorexia nervosa, que aumentam a autoestima a cada quilo perdido. Já a resposta do Terapeuta 4 é de que deve haver um investimento no vínculo e na empatia. Fairburn (1985) e Johnson, Cohen, Kasen e Brook (2002) acreditam que mostrar empatia pelos sentimentos do paciente facilita a relação. Além disso,

o Terapeuta 4 salienta que deve haver uma psicoeducação do paciente em relação à sua doença. Tanto ele quanto o terceiro entrevistado salientam que o vínculo deve se dar por meio de abordagens claras e objetivas, que o paciente deve ter participação ativa e que se deve despertar sua colaboração.

3.4. Família – importância e participação no tratamento

Há um consenso entre os terapeutas entrevistados e a literatura sobre a importância da colaboração e participação da família no tratamento (Fagan & Andersen, 1992, Hodes, Eisler & Dare, 1991, Oliveira, 2004, Sargent, Liebman & Silver, 1985), inclusive no que se refere à psicoeducação dos familiares e seu envolvimento nas tarefas comportamentais do paciente, servindo como uma rede de apoio, conforme citaram os Terapeutas 2, 3 e 4. A resposta do Terapeuta 1, que considera a família muito importante mas acredita que empiricamente não existem parâmetros teóricos na TCC sobre a participação da família na sessão, não foi encontrada entre autores na área.

Os Terapeutas 1 e 3 anuem que na maioria dos casos a família é chamada para algumas sessões, enquanto o Terapeuta 4 considera essa participação fundamental para a boa evolução do quadro. Segundo os terapeutas 3 e 4 essas sessões são realizadas com a participação do paciente (conforme citado por Fairburn & Cooper, 1991).

Para o Terapeuta 3, o grupo familiar funciona como “psicólogo”, monitorando o doente no que for necessário. Ele crê que os membros devem ser treinados para aliviar sua culpa e ansiedade, e fortalecidos para suportar os transtornos de conduta do paciente. O Terapeuta 4, por sua vez, finaliza salientando que em alguns casos deve ser indicada a terapia familiar paralela ao tratamento individual do paciente, assim como proposto pela American Psychiatric Association (2003).

3.5. Equipe interdisciplinar – importância e participação

Em relação à equipe interdisciplinar, a literatura especializada e os quatro entrevistados afirmam que este trabalho conjunto é fundamental (Duchesne & Appolinário, 2001, Whisenant & Smith, 1995). Embora apenas os Terapeutas 2 e 4 tenham dito que participam deste modelo de atendimento, os Terapeutas 1 e 3 trabalham também com profissionais (de escolha deles ou do paciente) buscando formar assim uma equipe a cada caso recebido.

3.6. Abordagem da etiologia

Quanto à abordagem dos fatores etiológicos do transtorno alimentar durante o tratamento pela TCC, os quatro entrevistados e os autores da área concordam com a necessidade de tratá-los. Hercovici e Bay (1997), Duchesne e Appolinário (2001), e Beck (1976) falam da importância de trabalhar com as cognições que podem representar temas ou esquemas centrais subjacentes ao sistema de crenças do paciente. O Terapeuta 1 explica que as causas das patologias são entendidas como as crenças mais profundas.

Quanto ao momento correto, os Terapeutas 1 e 4 “trabalham” as causas após a atenuação dos sintomas, procedimento este que é compartilhado com Hercovici e Bay (1997) e Johnson et al. (2002), que dizem que se deve abordá-las após os objetivos mais urgentes: tratar a inanição e o controle da ingestão.

Por outro lado, o Terapeuta 2 explanou que aborda as causas do transtorno desde o princípio, para que o paciente entenda sua doença e seu funcionamento cognitivo e assim possa engajar-se nas técnicas. Na mesma linha, Beck (1976) diz que o trabalho pode começar pela obtenção de cognições que representem temas ou esquemas centrais subjacentes ao sistema de crenças. Já para o Terapeuta 3, a pesquisa da etiologia é importante porque

todos os dados que ajudem no entendimento e na resolução dos sintomas devem ser explorados.

O Terapeuta 4 considera também um mito a ideia de que a TCC trata apenas os sintomas atuais. Na verdade, esse referencial trabalha na identificação e quando possível na reversão dos fatores predisponentes, desencadeadores e mantenedores. Essa ideia é apoiada por Duchesne e Appolinário (2001), Scott, Williams e Beck (1994) e Hercovici e Bay (1997), que concordam quanto à reversão dos fatores causadores e mantenedores do transtorno.

3.7. Critérios de alta

Em relação aos critérios de alta, os quatro terapeutas consideram fundamental a remissão dos sintomas, mas também exigem que o paciente tenha um bom funcionamento global antes do fim do tratamento. O Terapeuta 1 espera acontecer um estressor na vida do indivíduo para verificar como este vai lidar com a situação antes de lhe dar alta. Tal ideia é compatível à de Johnson et al. (2002), que sugerem reservar um tempo para observar como o paciente vai reagir a eventuais problemas.

Já os Terapeutas 2 e 4 fazem um plano de prevenção de recaída antes da alta total. Na mesma linha, Fairburn (1985), Fairburn e Cooper (1991) e Hercovici e Bay (1997) alegam que a prevenção de recaída deve ser considerada um critério indispensável para a finalização da terapia. Ainda em relação à alta, o Terapeuta 3 considera nesse último momento as mudanças ocorridas (relativas aos conflitos identificados) e busca identificar comportamentos mais adaptativos.

3.8. Sugestões de novos estudos

Quando questionados sobre o que deveria ser mais estudado no tratamento dos transtornos alimentares através da TCC, os terapeutas tiveram respostas variadas. Tal fato pode ser demonstrativo do quanto ainda são necessárias novas investigações sobre diversos aspectos desta abordagem.

O primeiro entrevistado sugere mais estudos sobre o papel da família no desenvolvimento e manutenção dos transtornos, o papel dos fatores de ordem cultural na formação da doença, e como os pacientes lidam com esses fatores. O Terapeuta 3 indica pesquisas sobre a estrutura das sessões e a participação dos pais no tratamento e o Terapeuta 2 considera que são necessárias pesquisas em todos os âmbitos, desde as epidemiológicas até os ensaios clínicos. Hercovici e Bay (1997) concordam em que há poucos estudos epidemiológicos na área e Fairburn e Cooper (1991), Freitas (1998) e Garner e Bemis (1982 e 1985), enfatizam que faltam estudos em estratégias da TCC, especialmente para a bulimia nervosa.

Finalmente, o Terapeuta 4 aponta a necessidade de maiores avanços em estudos que possam demonstrar quais técnicas estão mais indicadas para cada um dos transtornos alimentares. Na mesma linha, Ghaderi e Scott (2001) confirmam que o uso de diferentes técnicas parece ser eficaz para a terapia, mas o uso simultâneo destas estratégias na maioria dos protocolos da TCC impede a determinação de qual de seus componentes é o mais efetivo.

V. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou expor a visão de terapeutas no que se refere às vantagens e limitações da TCC, o vínculo paciente-terapeuta, a importância e a participação da família no processo, a importância e participação dos profissionais em uma equipe interdisciplinar, a abordagem da etiologia, os critérios de alta e sugestões de estudos na área. Embora sejam pontos fundamentais e muito utilizados no tratamento da anorexia nervosa e da bulimia nervosa, há pouca literatura que se aprofunde nesses aspectos. Os próprios entrevistados, embora tenham a mesma linha de trabalho, apresentaram opiniões e dúvidas variadas e até mesmo algumas formas distintas de manejo do tratamento.

Ressalta-se o reduzido número de investigações que determinem o resultado do tratamento com a TCC, especialmente para anorexia nervosa. Há também poucos estudos empíricos e teóricos nacionais sobre esta abordagem, sobretudo o estudo do vínculo, dos critérios de alta, das limitações e das vantagens da TCC no tratamento dos transtornos alimentares. Além disso, embora seja sabida a importância da família e da interdisciplinaridade no tratamento destes transtornos, é necessário saber se estas duas formas conjuntas de trabalho estão ocorrendo na prática.

Ao mesmo tempo, a produção científica está concentrada em poucos países desenvolvidos, o que pode gerar dados culturalmente orientados. Devido ao surgimento tardio da abordagem cognitivo-comportamental no Brasil, chama atenção a pouca quantidade de trabalhos publicados nesta área. Assim, mais estudos são necessários, especialmente no contexto brasileiro, para que se possa ajudar melhor os pacientes (Espíndola & Blay, 2006).

Em relação às sugestões de estudos, concorda-se com os entrevistados em que novas pesquisas na área são importantes para a consolidação e ampliação deste importante referencial teórico e principalmente para melhorar os resultados do tratamento. Para isso, considera-se muito importante o desenvolvimento de pesquisas qualitativas que tenham como objetivo compreender como trabalham os terapeutas cognitivo-comportamentais e sua avaliação, baseados na prática clínica, dos aspectos positivos e contraproducentes deste referencial teórico. Estudos quantitativos também devem ser desenvolvidos. Estudos clínicos sobre os efeitos das intervenções baseadas em TCC em grupo podem trazer avanços importantes para o conhecimento nessa área de pesquisa, além de contribuir para o avanço da atuação clínica no tratamento de transtornos alimentares.

REFERÊNCIAS

- Abreu, C. N. (2002). Psicoterapia Construtivista: o novo paradigma dos modelos cognitivistas. In Rangé, B. (Ed.), *Atualizações em terapia cognitivo-comportamental*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Abreu, C.N. & Cangelli Filho, R. (2005). Anorexia nervosa e bulimia nervosa: A abordagem cognitivo-construtivista de psicoterapia. *Psicologia: Teoria e Prática*, 7(1), 153-165.
- Agras, W. S., Telch, C. F., Arnow, B., Eldredge, K., Wilfley, D. E., Raeburn, S. D. *et al.* (1994) Weight loss, cognitive-behavioral, and desipramine treatments in binge eating disorders: an additive design. *Behavior Therapy* 25: 225-238.
- Agras, W. S., Walsh, T., Fairburn, C. G., *et al.* (2000) A multicenter comparison of cognitive-behavioral and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 57: 459-466.
- Agras, W.S. (1987). *Eating disorders Management of obesity, bulimia and anorexia nervosa*. New York: Pergamon Press.
- American Psychiatric Association (2003). *DSM-IV-TR, Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (4ª Ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bachrach, A. J. (1975). *Introdução à Pesquisa Psicológica*. São Paulo: EPU.
- Bardin, L. (1997). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Martins Fontes.
- Barreto, E. M. P. & Elkis, H. (2004). Esquizofrenia. In P. Knapp (Ed.) *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica* (pp. 328-339). Porto Alegre: Artmed.
- Beck, A. T. (1976) *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press

- Butler, A. C.; Chapman, J. E.; Forman, E. M. & Beck, A. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, **26**, 17-31.
- Channon, S. E & Wardle, J. (1994). Transtornos alimentares. In J. Scott, J. Williams, A. Beck & cols. (Eds.), *Terapia cognitiva na prática clínica: um manual prático* (pp. 155-191). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cooper, P.J. & Fairburn, C.G. (1984). Cognitive behavior therapy for anorexia nervosa: Some preliminary findings. *Journal of Psychosomatic Research*, **28(6)**, 493-499.
- Cordás, T. A. (2004). Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. *Revista de Psiquiatria Clínica*, **31(4)**, 154-157.
- Cordás, T. A.; Guimarães, D. B. & Abreu, C. N. (2003). Great Expectations, yet Anorexic Results. In Maj, M.; Halmi, K.; López-Ibor J.J. & Sartorius, N. (Eds.) *Eating disorders: Evidence and experience in psychiatry VI* (pp.372-377). Wiley: NY.
- Cottraux, J. & Matos, M. G. (2007). Modelo europeu de formação e supervisão em Terapias Cognitivo-Comportamentais (TCC) para profissionais de saúde mental. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, **3**, 49-61.
- Dattilio, F. M. & Padeski, C. A. (1995). *Terapia cognitiva com casais*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Dobson, K. S. & Scherrer, M. C. (2004). História e futuro das terapias cognitivo-comportamentais. In P. Knapp (Ed.) *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica* (p.p. 42-57). Porto Alegre: Artmed.
- Doyle, J. & Bryant-Waugh, R. (2000). Epidemiology. In B. Lask & R. Bryant-Waugh (Eds.). *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence*. Psychology Press (pp. 41-61). UK: East Sussex.
- Duchesne M., & Appolinário, J.C. (2001). Tratamento dos transtornos alimentares. In Rangé, B. (Ed.). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria* (pp. 317-322). Porto Alegre: Artmed.
- Duchesne, M. & Almeida, P. E. M. (2002). Terapia cognitivo-comportamental dos transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, **24(Supl III)**, 49-53.
- Duchesne, M. (2007, junho). Abordagem psicoterápica dos transtornos alimentares. Trabalho apresentado no VII Congresso Brasileiro de Transtornos Alimentares e Obesidade. Novas perspectivas: Comorbidades e tratamento. Rio de Janeiro, Brasil.
- Espíndola, C. R. & Blay, S. L. (2006). Bulimia e transtorno da compulsão alimentar periódica: revisão sistemática e metassíntese. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, **28(3)**, 265-75.
- Fagan, P. F. & Andersen, A. E. (1992). A sexualidade e os Transtornos da Alimentação na Adolescência. In Sugar, M. D. (Ed.), *Adolescência Atípica e Sexualidade* (pp. 102-117). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Fairburn, C. G. & Cooper, P. J. (1991). Eating disorders. In K. Hawton, P. M., Salkovskis, J. Kirk & D. M. Clark. *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems* (pp. 277-31). New York: Oxford University Press.
- Fairburn, C. G., Jones R., Peveler, R. C., Hope R. A., O' Connor M. (1993) Psychotherapy and bulimia nervosa: the long term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy and cognitive behavior therapy. *Archives of General Psychiatry*, **50**, 419-428.
- Fairburn, C. G., Norman, P. A., Welch S. L., O' Connor M., Doll H. A., Peveler R. C. (1995) A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Archives of General Psychiatry*, **52**, 304-312.
- Fairburn, C. G., Phill, M. & Beglin, S. J. (1990). Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, **147**, 401-408.

- Fairburn, C.G. (1991). The heterogeneity of bulimia nervosa and its implications for treatment. *Journal of Psychosomatic Research*, *35*(1), 3-9.
- 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.
- Freitas, S. R. (1998). Curso e Prognóstico dos Transtornos Alimentares. In M. A. Nunes, J .C., Appolinário, , A. L. Galvão & W. Coutinho (Eds.). *Transtornos Alimentares e Obesidade* (pp.111-119). Porto Alegre: Artmed.
- Garfinkel, P. E., Kennedy, S. H. & Kaplan, A. S. (1995). Views on classification and diagnosis of eating disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, *40*, 445-446.
- Garner, D. M. & Bemis, K. M. (1985) Cognitive therapy for anorexia nervosa. In *Handbook of Psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. Edited by D. M. Garner, P. E. Garfinkel. New Your, Guilford.
- Garner, D. M. (1985). Iatrogenesis in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *4*, 701-726.
- Ghaderi, A. & Scott, B. (2001). Prevalence, incidence and prospective risk factors for eating disorders. *Acta Psychiatrica Scandinava*, *104*(2),122-130.
- Gilbert, P. & Leahy, R. (2007). Introduction and overview: Basic issues in the therapeutic relationship. In P. Gilbert & R. Leahy (Eds), *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies* (pp. 3-23). London and New York: Routledge.
- Greenberg, L. (2007). Emotion in the therapeutic relationship in emotion-focused therapy. In P. Gilbert & R. Leahy (Eds). *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies* (pp. 43-62). London and New York: Routledge.
- Herscovici, C. R. & Bay, L. (1997). *Anorexia nervosa e bulimia: Ameaças à autonomia*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Hodes, M., Eisler, I., Dare, C. (1991) Family therapy for anorexia nervosa in adolescence: A review. *Journal of the Royal Society of Medicine*, *84*(6), 359-362.
- Johnson, J. P., Cohen, P., Kasen, S. & Brook, J. S. (2002) Childhood adversities associated with risk for eating disorders or weight problems during adolescence or early adulthood. *American Journal of Psychiatry*, *159*, 394-400.
- Juruena, M. F. (2004). Transtorno afetivo bipolar. In P. Knapp (Ed.) *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica* (pp. 317-327). Porto Alegre: Artmed.
- Katzow, A. & Safran, J. (2007). Recognizing and resolving ruptures in the therapeutic alliance. In P. Gilbert & R. Leahy (Eds), *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies* (pp. 90-105). London and New York: Routledge.
- Morgan, H.G. & Russell, G.F. (1975). Value of family background and clinical features as predictors of long-term outcome in anorexia nervosa: Four-year follow-up study of 41 patients. *Psychological Medicine*, *5*(4), 355-71.
- Oliveira, L. L. (2004). *Padrões disfuncionais de interação em famílias de adolescentes com anorexia nervosa*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação Em Psicologia do Desenvolvimento. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- Rangé, B. P., Falcone, E. M. O. e Sardinha, A. (2007). História e panorama atual das terapias cognitivas no Brasil. In *Revista brasileira de terapias cognitivas*, *3*(3). Retrieved in ocooter, 19, 2008, from <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/rbtc/v3n2/v3n2a06.pdf>.
- Ricca, V., Mannucci, E., Zucchi, T., *et al.* (2000) Cognitive-behavioural therapy for bulimia nervosa and binge eating disorder: a review *Psychother Psychosom* *69*: 287-295.

- Robins, R. W.; Gosling, S. D. & Craik, K. H. (1999). An empirical analysis of trends in psychology. *American Psychologist (APA)*, *54*, 117-128.
- Salkovskis, P. M. (2005). Prefácio. In P. M. Salkovskis (Ed.). *Fronteiras da terapia cognitiva* (pp. 15-16). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Sargent, J. Liebman, R. & Silver, M. (1985) Family therapy. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds). *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. New York: Guilford Press.
- Spangler, D.L. (1999). Cognitive-Behavioral Therapy for Bulimia Nervosa: An Illustration. *Journal of Clinical Psychology*, *55*, 699-713.
- Whisenant, S. L. & Smith, B. A. (1995). Eating disorders: Current nutrition therapy and perceived needs in dietetics education and research. *Journal of the American Dietetic Association*, *95(10)*, 1109-1112.
- White, J. R. & Freeman, A. S. (2003) *Terapia cognitivo-comportamental em grupo para populações e problemas específicos*. São Paulo: Roca.
- Wilson, G. T. (1999) Cognitive behavior therapy for eating disorders: progress and problems. *Behavior Research Therapy 37 (suppl 1)*: S79-S95.
- Wooley, S. C. & Wooley, O. W. (1985) Intensive outpatient and residential treatment for bulimia. In D.M. Garner & P.E. Garfinkel (Eds.). *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia* (pp.391-430). New York: The Guilford Press.
- Yin, R. K. (1993). *Applications of case study research*. Newbury Park: Sage.

Recebido em 16 de junho de 2012
Revisado em 25 de agosto de 2012
Aceito em 29 de agosto de 2012