ISSN 1982-3541
Volume XVII no 2, 52 - 65

Revista Brasileira
de Terapia Comportamental
e Cognitiva

# Perspectivas atuais da terapia cognitivo-comportamental no tratamento dos transtornos alimentares: uma revisão sistemática.

## Current perspectives of cognitive-behavioral therapy in the treatment of eating disorders: a systematic review.

**Alice Rodrigues Willhelm** ✉
**Paula Madeira Fortes**
Psicóloga, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), bolsista CNpQ, membro do Laboratório de Psicologia, Neurosciência e Comportamento (LPNeC).

**Giovanni Kuckartz Pergher**
Psicólogo, mestre em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica. Professor Adjunto das Faculdades Integradas de Taquara.

## RESUMO

Estudos mostram que mulheres jovens, com idade entre 12 e 28 anos são as mais atingidas pelos transtornos alimentares. Para transtornos alimentares, um tratamento eficaz é a terapia cognitivo-comportamental (TCC). Este estudo buscou analisar os tratamentos que têm sido utilizados na área da terapia cognitivo-comportamental para anorexia e bulimia nos últimos 5 anos, por meio de uma revisão sistemática conduzida no dia 24 de junho de 2014. As bases de dados utilizadas foram PubMed, PsychINFO e SCIELO nos idiomas inglês, espanhol e português, e incluíam os termos cognitive therapy, behavior therapy, anorexia e bulimia. Foram utilizados estudos empíricos e revisões teóricas com humanos e disponibilizados gratuitamente. A análise foi feita por dois juízes independentes. A busca nas bases de dados forneceram 2066 artigos. Foram analisados resumos de 26 estudos que cumpriram os critérios propostos. Foram incluídos mais 3 estudos identificados através de outras fontes. Após a análise na íntegra, 5 estudos foram eliminados e 24 completaram todos os critérios. Desses, 11 com o termo anorexia e 13 com bulimia, entretanto, mui-

✉ alicewillhelm@gmail.com

tos não tratavam exclusivamente sobre essas patologias. Concluiu-se que a TCC se mostra eficaz no tratamento dos transtornos alimentares e estudos sugerem que técnicas atuais abrangem uma gama ampliada de sintomas.

Palavras-chave: Terapia cognitivo-comportamental; Anorexia nervosa; Bulimia Nervosa.

## ABSTRACT

*Studies show that young women aged between 12 and 28 years are most affected by eating disorders. An effective treatment for eating disorders is the cognitive behavioral therapy (CBT). This study aimed to analyzed the treatments that have been used in the area of cognitive-behavioral therapy for anorexia and bulimia in the past 5 years, through a systematic review conducted on June 24, 2014. The databases used were PubMed, PsychINFO and SCIELO in English, Spanish and Portuguese languages, and the search terms included cognitive therapy, behavior therapy, anorexia and bulimia. Were considered empirical studies and theory reviews with humans that were freely available. The analysis was done by two independent judges. A search in the databases provided 2066 articles. Abstracts of 26 studies that met the proposed criteria were analyzed. Were included 3 other studies identified from other sources. After analyzing in full, another 5 studies were eliminated and 24 completed all criteria. Of those, eleven with the term anorexia and 13 with bulimia, however, many did not address solely on these pathologies. It was concluded that CBT still proves to be effective in the treatment of eating disorders and studies suggest that current techniques cover a greater range of symptoms.*

*Keywords: Cognitive behavioral therapy, Anorexia nervosa, Bulimia Nervosa.*

## INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares estão ocupando mais espaço nos estudos científicos (Gempeler, 2010; Wildes, & Marcus, 2012; Dalle Grave, Calugi, Conti, Doll, & Fairburn, 2013; Zunker, et. al., 2011; Mitchell, et. al., 2011), pois são doenças complexas que estão afetando cada vez mais a população adolescente e têm sido mais recorrentes, chegando a englobar de 5% a 10% da população geral americana (Pedrinola, 2012). A preocupação com o corpo e com a imagem corporal é questão central no controle do peso, logo, a indústria da beleza sustenta a adesão das mulheres na busca de manter o corpo socialmente considerado bonito e dentro dos limites e padrões hegemônicos (Marcondes, 1993; Ferriani, Dias, Silva, & Martins, 2005). Estudos mostram que as mulheres jovens, com idade entre 12 e 28 anos, são as mais atingidas pelos transtornos alimentares (Nunes, 1997; Fiates & Salles, 2001).

A anorexia nervosa e a bulimia nervosa são os transtornos alimentares mais recorrentes, com um alto índice crônico e com um nível elevado de comorbidade (Herzog, et. al., 1993). A anorexia nervosa pode ser definida como uma doença que leva à perda de peso e à inanição, imposta pela própria pessoa e com grandes danos psicológicos (Silverman, 1993). A Bulimia nervosa foi descrita pela primeira vez em 1979, inicialmente classificada

como uma derivação da anorexia nervosa, no entanto, continha episódios de comer compulsivo em um período limitado de tempo e sendo seguido de algum tipo de purga (Russel, 1979).

Na anorexia nervosa, os indivíduos que estão na adolescência e pré-adolescência podem ter atraso na maturação sexual e alteração hormonal importante, assim como diversos sintomas físicos no crescimento, não atingindo o desenvolvimento esperado (Herzog, et. al., 1993; Vilela, Lamounier, Filho, Neto, & Horta, 2004). Além disso, a anorexia traz complicações sérias em decorrência da desnutrição, tais como problemas cardíacos, problemas respiratórios, falta de atenção, desidratação, distúrbios intestinais, infertilidade, amenorreia, hipotermia, entre outras que podem inclusive causar morte (Mahan, &Stump, 1998; Carvalho, Coelho, Rezende, & Rocha, 2010).

A bulimia nervosa não costuma possuir um estado físico tão visivelmente alterado quanto a anorexia (Vilela, et. al., 2004). Os indivíduos que são acometidos por essa doença tendem a ter um peso normal ou até mesmo sobrepeso, tendo episódios de hiperfagia, alternado com episódios de purgação autoinduzidos e/ou outros métodos inadequados de compensar o excesso de calorias consumido (Mirandé, Celada, & Casas, 1999). Esse transtorno também possui complicações em decorrência das compulsões alimentares seguidas das purgas, como irritação no esôfago que pode vir com sangramento; irritação gástrica, podendo possuir sangramento ou úlcera; problemas intestinais; erosão do esmalte dos dentes; diminuição das taxas metabólicas, entre outras (Herzog, et. al., 1993; Herzog & Eddy, 2010).

Para o diagnóstico atual de ambas as doenças (anorexia nervosa e bulimia nervosa), o DSM-5 veio com novas perspectivas e algumas mudanças nos critérios diagnósticos em relação à última versão. Para o diagnóstico de anorexia nervosa, ainda se observa a perda de peso e a recusa em manter-se em um peso dentro da faixa normal esperada, medo elevado de engordar mesmo estando abaixo do peso, autoavaliação indevidamente influenciada pelo peso, perturbação na forma de vivenciar o peso baixo e negação do mesmo. A principal mudança foi a exclusão do critério D do DSM-IV, que incluía a presença de amenorreia. Além disso, também foram modificados alguns aspectos, como a inclusão de uma referência de tempo para a classificação de subtipos (American Psychiatric Association, 2013).

A bulimia nervosa pode ser diagnosticada completando os critérios que englobem episódios recorrentes de compulsão alimentar, métodos compensatórios para a evitação de ganho de peso (indução de vômitos, uso de laxantes, jejum, enemas, diuréticos, exercícios excessivos), sensação subjetiva de perda de controle, influência indevida do peso corporal sobre autoavaliação, episódio recorrente de hiperfagia e/ou medo de engordar que leva à busca de um peso abaixo do limiar ótimo ou saudável. Para o DSM-5, as principais mudanças se deram nos critérios de diminuição da frequência de episódios de compulsão e compensação e na exclusão dos subtipos (American Psychiatric Association, 2013).

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) para os transtornos alimentares foi descrita pela primeira vez por Fairburn em 1981, e o objetivo das técnicas é auxiliar o paciente a ter controle comportamental sobre a alimentação para ajudar a modificar as atitudes quanto aos hábitos alimentares anormais ou desregulados, ao peso e à imagem corporal (Nunes, & Abuchaim, 2008). Posterior a isso, a TCC também se focou nas técnicas de resolução de problemas e na manutenção dos progressos que foram adquiridos pelos pacientes, assim como na reestruturação das crenças distorcidas referentes à autoi-

magem (Nunes, & Abuchaim, 2008; Filho, Magalhães, & Tavares, 2009).

Para os transtornos alimentares, em especial a anorexia nervosa e a bulimia nervosa, as principais técnicas baseiam-se, então, na redução da ansiedade, no automanejo do comportamento e nas modificações das cognições desadaptativas, tais como autoimagem corporal distorcida (Oliveira, & Deiro, 2013). Como na anorexia e na bulimia há perturbações comportamentais - como jejum, vômitos, entre outros -, esses componentes recebem maior ênfase no tratamento (Oliveira, & Deiro, 2013; Channon, & Wardle, 1994).

A base inicial para o tratamento com TCC para pacientes com transtornos alimentares é o engajamento e o compromisso do paciente com a terapia, salientando as expectativas positivas da terapia e seus resultados (Gilbert & Leahy, 2007; Oliveira, & Dario, 2013). Esta fase também objetiva o controle da alimentação para evitar o "movimento pendular" do comportamento alimentar da paciente, o que significa não alternar de comportamentos de jejum para comportamentos bulímicos. Para tanto, utiliza-se de técnicas de manejo de ansiedade e estresse e de um plano alimentar definido (Duchesne, & Almeida, 2002; Gilbert & Leahy, 2007).

Em um segundo momento, trabalha-se a flexibilização das crenças disfuncionais dos pacientes, através da reestruturação cognitiva e resolução de problemas (Oliveira, & Dario, 2013). Nesta fase do tratamento, é importante que os pacientes com transtornos alimentares tenham claro que o peso real não é o problema, mas, sim, questões importantes de crenças e estratégias que estão mantendo o transtorno alimentar (White & Freeman, 2003).
A última etapa do tratamento para os transtornos alimentares deve focar na manutenção das conquistas das etapas anteriores e na prevenção de recaída, tendo em vista a preparação para possíveis eventos estressores, assim como a maneira de lidar com eles (Hercovici, & Bay, 1997). Salienta-se também a importância da relação terapêutica e do vínculo entre paciente e terapeuta para o tratamento da anorexia nervosa e da bulimia nervosa, visto que a insatisfação com o vínculo é o motivo que mais gera abandono ou não cooperação no tratamento (Gilbert & Leahy, 2007).

A terapia cognitivo-comportamental para a anorexia nervosa tem foco nas distorções da imagem corporal e em técnicas comportamentais, pois o objetivo principal do tratamento é normalizar o peso e o comportamento alimentar (Wildes & Marcus, 2012). No entanto, novos estudos, técnicas e disposições no campo da psicoterapia cognitivo-comportamental têm se mostrado eficazes no tratamento desse transtorno (Bulik, Baucom, Kirby, & Pisetsky, 2011; Steinglass, et. al., 2011; Castellini, et. al., 2011). O estudo de Bulik, et. al. (2011) demonstra a eficácia da terapia de casais no tratamento da anorexia nervosa, já que a comunicação entre o casal e a possibilidade de resolver problemas conjuntamente auxiliam na melhora do relacionamento e dos sintomas da anorexia. No artigo de Steinglass, et. al. (2011), foram propostos exposição e tratamento de prevenção de respostas para prevenir recaídas na anorexia, o que se mostrou eficaz, levando-os a indicar estas abordagens como eficazes na prevenção de recaída.

Para o tratamento psicoterapêutico da bulimia nervosa, utilizando a abordagem cognitivo-comportamental, o foco inicial se dá na interrupção dos comportamentos de purgação, sendo eles de qualquer tipo: uso de laxantes, vômitos, exercícios excessivos, entre outros; e na interrupção de episódios compulsivos de comer (Herpertz, et. al., 2011; Agras, et. al., 2000). Estudos sugerem que, para a bulimia, técnicas de entrevista motivacional (EM) auxiliam na adesão ao tratamento e

reduzem o abandono do mesmo, isto porque, pacientes que têm dificuldades de cumprir técnicas ativas, como automonitoramento, podem responder melhor às estratégias motivacionais (Katzman, et. al., 2010; Miller, Zweben, DiClemente, & Rychtarik, 2002). Logo, o tratamento combinado de psicoterapia cognitivo-comportamental e entrevista motivacional apresenta resultado eficaz para o tratamento desse transtorno (Katzman, et. al., 2010).

O objetivo deste estudo é analisar os tratamentos que têm sido utilizados na área da terapia cognitivo-comportamental para anorexia nervosa e para bulimia nervosa nos últimos 5 anos. Os modelos, técnicas em psicoterapia, e tratamentos manualizados evoluem ao longo dos anos, sendo de extrema importância a investigação de estratégias de tratamento efetivas e eficazes mais recentes para os transtornos alimentares.

## MÉTODO

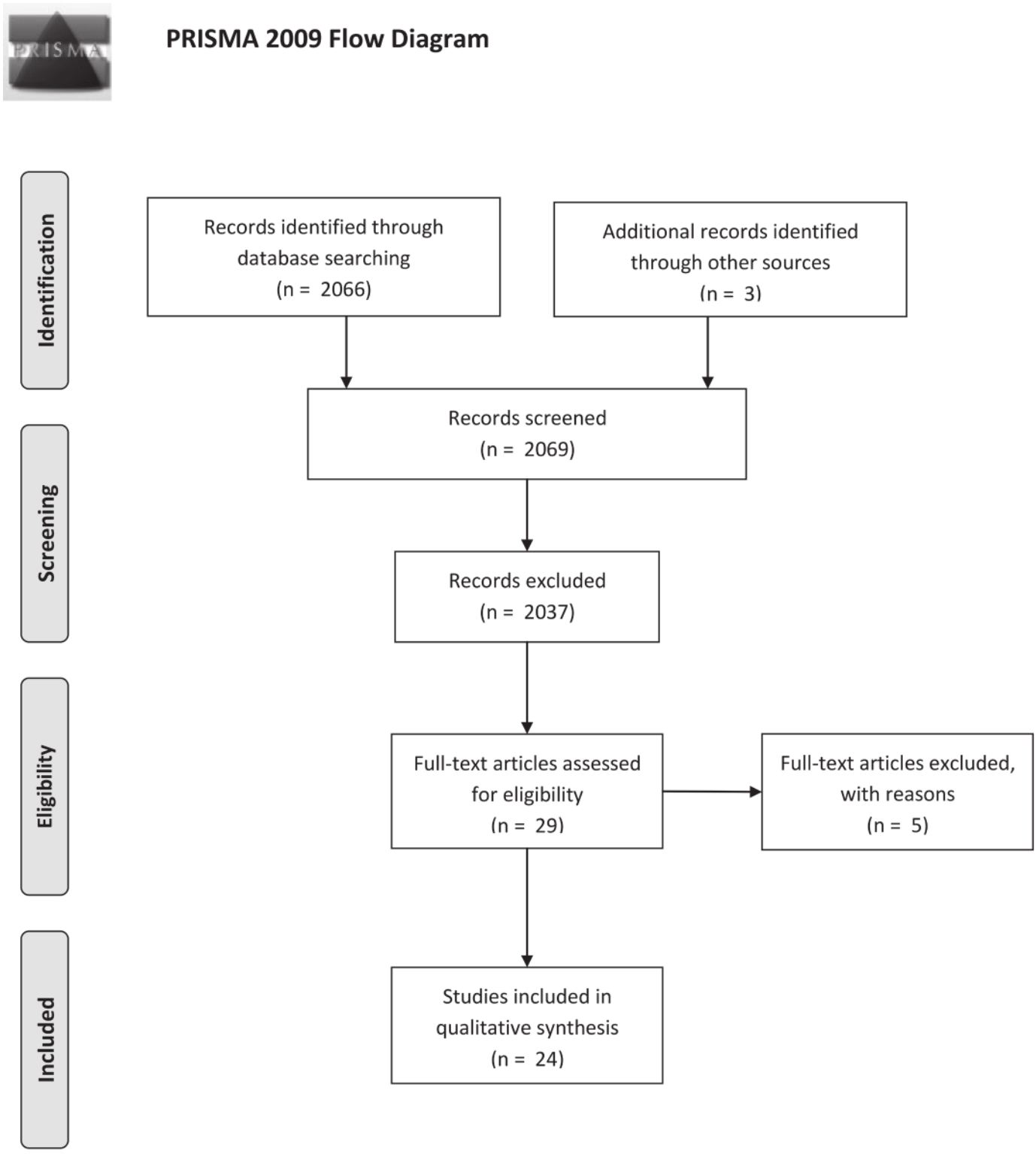
Foi feita uma revisão sistemática da literatura, baseada nos critérios do PRISMA (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman, The PRISMA Group, 2009). Este estudo buscou artigos sobre terapia cognitivo-comportamental e anorexia nervosa e bulimia nervosa através de uma revisão sistemática conduzida no dia 24 de junho de 2014. Dois juízes independentes conduziram as buscas de forma independente e analisaram os artigos encontrados; as divergências foram resolvidas por consenso. As bases de dados utilizadas foram PubMed, PsychINFO e SCIELO nos idiomas inglês, espanhol e português, e foram selecionadas por integrarem quase a totalidade de produções científicas na área. Foram utilizadas duas combinações de termos reconhecidos pela Biblioteca Virtual da Saúde (BVS): [cognitive therapy OR behavior therapy AND anorexia]; [cognitive therapy OR behavior therapy AND bulimia].

Após a busca inicial, foi feita uma análise nos resumos com base nos seguintes critérios: 1) artigo completo disponível gratuitamente – este critério foi utilizado porque são esses artigos que serão encontrados pelas pessoas que não pertencem a uma instituição de ensino e não possuem acesso diferenciado a bases de dados, e o mesmo critério pode ser observado em outros estudos (Carvalho & Moncaio, 2010; Gomes & Amaral, 2012); 2) pesquisas com seres humanos; 3) artigos nos idiomas inglês português e espanhol; 4) ano de publicação entre 2009 e 2014; 5) pesquisas com anorexia e/ou bulimia; 6) pesquisas empíricas e revisões da literatura a respeito de tratamento com terapia cognitivo-comportamental. Somente os estudos que cumprissem todos os critérios acima referidos foram analisados na íntegra. Após a leitura integral dos artigos aprovados na primeira etapa, foram então aceitos para este estudo os que preenchessem todos os critérios. Foram considerados artigos com estudos empíricos ou revisões teóricas, que foram analisados qualitativamente, sendo observado o tipo de tratamento, com as amostras sendo compostas por anorexia nervosa e bulimia nervosa, e também foram incluídos estudos com amostras contendo também transtorno de compulsão alimentar periódica e transtorno alimentar sem outra especificação. Buscaram-se dados de resultados relacionados à eficácia e à efetividade desses tratamentos. A figura 1 mostra o fluxograma das buscas e análises referidas.

## RESULTADOS

A busca através de palavras-chave nas bases de dados forneceram 2066 artigos. Foram eliminados 1970 artigos que não estavam disponíveis gratuitamente pelas bases de dados. Como este artigo busca investigar os estudos atuais a respeito do tratamento através da terapia cognitivo-comportamental para anorexia e bulimia, destaca-se que apenas 96 artigos científicos completos

Figura1: Fluxograma das buscas realizadas baseado no PRISMA.




entre 2009 e 2014 estavam disponíveis de forma gratuita para o público em geral. Foram analisados os resumos dos mesmos e 26 estudos cumpriram todos os critérios propostos. Foram incluídos mais 3 estudos identificados através de outras fontes. Após a análise na íntegra, mais outros 5 estudos foram eliminados e 24 completaram todos os critérios. Onze estudos com a combinação de termos [cognitive therapy OR behavior therapy AND

Tabela 1: Análise dos artigos aceitos. Legenda: (1) Cognitive therapy AND anorexia nervosa; (2) Cognitive therapy AND bulimia nervosa; (AN) Anorexia nervosa; (BN) bulimia nervosa; (TCAP) Transtorno da compulsão alimentar periódica; (TASOE) Transtorno alimentar sem outra especificação.

| Autores | Termos | Transtorno | Tratamentos utilizados | Resultados |
|---|---|---|---|---|
| Castellini, et. al., 2011 | 1 | AN | TCC. | Os efeitos de TCC foram mantidos através de um longo período de tempo (follow-up de 6 anos). |
| Gempeler, 2010 | 1 | AN | Junção da Terapia cognitivo-comportamenal (TCC) com Terapia de Remediação cognitiva (TRC). | A TRC melhora o processamento cognitivo, então à medida em que o paciente pode se concentrar melhor e ser mais flexível a TCC pode se fazer mais útil. |
| Wildes, & Marcus, 2012 | 1 | AN | Junção da TCC e os princípios da Terapia comportamental dialética para terapia de grupo. | Tratamento se mostra eficaz para a recuperação de peso na anorexia nervosa e para diminuir os sintomas do transtorno. |
| Herpertz, et. al., 2011 | 1 | AN, BN e TCAP | TCC. | A terapia cognitivo-comportamental é a melhor forma de psicoterapia apoiada pela evidência disponível. |
| Steinglass, et. al., 2011 | 1 | AN | TCC com foco em técnicas de exposição e prevenção de respostas. | Exposição e prevenção de resposta pode ser uma abordagem nova e benéfica para a prevenção da recaída em indivíduos com AN. |
| Bulik, et. al., 2011 | 1 | AN | Casais unidos (no tratamento de) Anorexia nervosa (UCAN), projetada através da TCC. | UCAN pode ser um tratamento eficaz para os indivíduos com AN e também para o casal. |
| Dalle Grave, et. al., 2013 (1) | 1 | AN | Terapia-cognitivo comportamental aprimorada (CBT-E). | TCC aprimorada pode vir a ser uma alternativa de baixo custo para o tratamento de base familiar. |
| Dalle Grave, et. al., 2013 (2) | 1 | AN | Terapia-cognitivo comportamental aprimorada (CBT-E). | As duas versões de TCC aprimorada são bem aceitas para pacientes gravemente doentes e pode ser um tratamento viável e promissor para a anorexia grave. |
| Fairburn, et. al., 2013 | 1 | AN | Terapia-cognitivo comportamental aprimorada (CBT-E). | Fornece forte apoio para o uso da TCC aprimorada nestes casos e para a realização de avaliações posteriores em ensaios clínicos randomizados. |
| Lynch, et. al., 2013 | 1 | AN | Programa adaptado da terapia comportamental dialética. | Melhora significativa do ganho de peso, redução dos sintomas do distúrbio alimentar e aumento da qualidade de vida |
| Murphy, et. al., 2010 | 1 | AN, BN e TCAP | Terapia cognitivo-comportamental aprimorada (CBT-E). | Uma forma de tratamento sustentado empiricamente que é adequado para todas as formas de distúrbio alimentar. |
| Wild, et. al., 2009 | 1 | AN | TCC em grupo e psicoterapia psicodinâmica focal (PPF) em grupo em comparação com tratamento usual. | É hipotetizado que tanto a TCC como a PPF se mostrarão mais eficazes que o tratamento usual. Estudo de revisão bibliográfica propôs projeto. |
| Striegel-Moore, et. al., 2010 | 2 | BN e TCAP | Manual guia de autoajuda baseado na TCC. | O manual guia de autoajuda baseado na TCC é uma opção viável para a maioria dos pacientes com TCAP que não satisfazem os critérios diagnósticos para BN ou AN. |
| Nunes-Costa, et. al., 2009 | 2 | BN e TCAP | Terapia comportamental dialética. | Este modelo auxilia na regulação dos sentimentos negativos e pode reduzir os comportamentos bulímicos e de compulsão alimentar. |
| McClay, et. al., 2013 | 2 | BN e TASOE | Pacote de autoajuda online de TCC. | TCC online de autoajuda é uma opção aceitável de tratamento para as pessoas com problemas de comportamento bulímico. |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Bulik, et. al., 2012 | 2 | BN | TCC pela internet em comparação com TCC em grupo para BN. | Se a versão pela internet não for inferior, ela pode ser uma abordagem de custo-benefício viável. Estudo de revisão bibliográfica propôs projeto. |
| Lavender, et. al., 2012 | 2 | BN | Treinamento emocional e social da mente em grupo em comparação com grupo de TCC. | Nenhum tipo de intervenção se mostrou superior ao outro, os participantes de ambos os grupos obtiveram bons resultados e melhora do quadro bulímico. |
| Zunker, et. al., 2011 | 2 | BN | TCC para BN, tratamento manualizado de Fairburn, et. al. (1993). | É efetivo e pode auxiliar no tratamento da bulimia. |
| Mitchell, et. al., 2011 | 2 | BN | TCC em grupo com fluoxetina comparado com tratamento de cuidados passo a passo (SC). | Não houve diferenças entre as duas condições de tratamento, no entanto o SC se mostrou significativamente maior após follow-up de 1 ano, o que sugere que o tratamento é reforçado com uma abordagem mais individualizada. |
| Katzman, et. al., 2010 | 2 | BN | TCC em grupo comparado com a terapia de melhora motivacional. | Os pacientes melhoraram significativamente em todas as intervenções. |
| Crow, et. al., 2009 | 2 | BN e TASOE | Comparação de TCC via telemedicine com TCC face a face. | Os resultados mostram que os dois tratamentos tem a eficácia similar. |
| Schmidt, et.al., 2009 | 2 | BN e TASOE (tipo bulímico) | TCC baseada em CD-ROM. | O estudo sugeriu que pessoas que recebem a TCC no CD-ROM como primeiro passo tem menos sessões de terapia, após a intervenção. |
| Reyes-Rodriguez, et. al., 2013 | 2 | BN | TCC com aprimoramento familiar. | O estudo ainda não mostra resultados, apenas hipotetiza que a TCC individual para bulimia nervosa com o aprimoramento familiar (FE) irão mostrar melhores resultados. |
| Wagner, et. al., 2013 | 2 | BN | Autoajuda guiada pela internet e biblioterapia convencional guiada baseadas na TCC. | A autoajuda guiada pela internet para bulimia nervosa não foi superior em comparação com a biblioterapia. |

anorexia] e 13 artigos com a combinação de termos [cognitive therapy OR behavior therapy AND bulimia]. Apesar disso, em ambas as combinações aparecem estudos que não falam exclusivamente sobre anorexia e/ou bulimia na categoria de tratamento através da TCC.

Nos artigos selecionados, foram analisados os tipos de tratamento utilizados. Em grande parte dos estudos, foi utilizado mais de um tipo de tratamento, a fim de comparação da eficácia e efetividade entre eles. As amostras dos estudos analisados incluíram anorexia nervosa, bulimia nervosa, transtorno de compulsão alimentar periódica e transtorno alimentar sem outra especificação. Entre os artigos referidos, alguns são revisões teóricas e outros abarcam estudos empíricos. A tabela 1 mostra a análise realizada.

## DISCUSSÃO

Os 24 artigos apresentados nos resultados trazem novas perspectivas de tratamento dos transtornos alimentares nos últimos 5 anos. É importante salientar que apenas oito estudos abarcam tratamentos para o transtorno da anorexia nervosa exclusivamente (Gempeler, 2010; Wildes, & Marcus, 2012; 2011; Bulik, et. al., 2011; Wild, et. al., 2009; Lynch, et. al., 2013; Dalle Grave, Calugi, Doll, & Fairburn, 2013; Fairburn, et. al., 2013; Dalle Grave, Calugi, Conti, Doll, & Fairburn, 2013) e seis para bulimia nervosa (Bulik, et. al., 2012; Lavender, et. al., 2012; Zunker, et. al., 2011; Mitchell, et. al., 2011; Reyes-Rodríguez, Bulik, Hamer, & Baucom, 2013; Wagner, et. al., 2013). Isso indica que ainda há um déficit em relação a estudos que se aprofundem no tratamento de apenas um desses transtornos alimentares.

Os artigos que estudam tratamento para a anorexia nervosa não possuem conformidade entre si, além de apresentarem tratamentos diversificados, ou seja, que abrangem a junção da TCC com outras abordagens, como princípios da terapia comportamental dialética (Wildes, & Marcus, 2012), ou até mesmo terapia para casais com o transtorno (Bulik, et. al., 2011). Essa diversidade pode ser importante para o conhecimento de várias maneiras de lidar com pacientes acometidos por este transtorno, entretanto, não esclarece acerca de qual tratamento funciona melhor.

O artigo de Bulik, et. al. (2011) sobre casais unidos (no tratamento de) anorexia nervosa (UCAN) é baseada na perspectiva de que, embora um membro do casal tenha anorexia, o transtorno acontece em um contexto social e interpessoal. A intervenção ajuda os casais a trabalharem juntos como um time para auxiliar no tratamento do transtorno alimentar. Esta intervenção foi projetada através da TCC para casais e inclui ferramentas de contexto social e interpessoal.

Também pode-se destacar o estudo que traz a junção da TCC com a Terapia de Remediação cognitiva (TRC) de Gempeler (2010). TRC é um modelo de pesquisa translacional neuropsicológica para a prática clínica, ou seja, um modelo de pesquisa que procura desfazer o vazio entre os conhecimentos e a aplicação dos resultados da neuropsicologia na área clínica. Está desenhado para melhorar os sintomas e funcionamento global do paciente, através da remediação de seus déficits cognitivos.

A pesquisa de Steinglass, et. al. (2011) sugere que os tratamentos atuais para anorexia nervosa discutem a importância de alterar os pensamentos distorcidos que podem contribuir para a recaída, justamente porque as crenças irracionais são parte importante na síndrome da anorexia nervosa. A exposição e prevenção de resposta enfatiza a relação entre pensamentos, sentimentos e comportamentos, porém, muda a ênfase do tratamento de técnicas comportamentais para técnicas cognitivas. A redução de ingestão de alimentos em pacientes com anorexia nervosa - especialmente de alimentos ricos em calorias -, a esquiva das refeições e os rituais em torno do comer estão associados com altos níveis de ansiedade. Essas características assemelham-se fortemente aos distúrbios do núcleo de transtornos de ansiedade, incluindo fobias e transtorno obsessivo-compulsivo. Essas semelhanças sugerem que abordagens psicoterapêuticas que são eficazes para esses distúrbios de ansiedade (por exemplo, orientação e prevenção de resposta) podem ser eficazes também para a anorexia nervosa.

A terapia comportamental dialética também está presente nas intervenções utilizadas para o tratamento do transtorno alimentar. O estudo de Wildes e Marcus (2011) observou a eficácia da TCC com princípios da terapia comportamental dialética para terapia de grupo com pacientes com anorexia. Lynch, et. al. (2013) também mostraram resultados promissores da terapia comportamental dialética para a anorexia nervosa, e os autores sugerem que esse tipo de terapia gera uma melhora significativa do ganho de peso, redução dos sintomas do distúrbio alimentar e aumento da qualidade de vida. Nunes-Costa, Lamela, & Gil-Costa (2009) também estudaram a eficácia deste tratamento para a bulimia nervosa e transtorno da compulsão alimentar periódica.

Além disso, pesquisas como de Herpertz, et. al. (2011) e Castellini, et. al. (2011) sugerem que a TCC clássica, sem outra modificação ou acréscimo, também é eficaz para o tratamento dos transtornos alimentares. Corroborando essa idéia, Zunker, et. al. (2011) observaram que a TCC através do tratamento manualizado de Fairburn, et. al. (1993) é efetiva para diminuição dos sintomas e melhora da bulimia nervosa.

Do mesmo modo, diversos estudos (Murphy, et. al., 2010; Dalle Grave, et. al., 2013 (1); Dalle Grave, et. al., 2013 (2); Fairburn, et. al., 2013) demonstram que terapia cognitivo-comportamental aprimorada (CBT-E) pode ser uma escolha para o tratamento dos distúrbios alimentares. Ela é baseada na teoria transdiagnóstica e foi obtida através da TCC para Bulimia nervosa (Murphy, et. al., 2010). A CTB-E foi projetada para tratar a psicopatologia do transtorno alimentar, então é utilizado um protocolo único e independente do transtorno, e baseia-se nos casos e sintomas de forma particular, considerando cada caso de forma individual (Murphy, et. al., 2010). É chamada de "aprimorada" devido à utilização de uma variedade de novas estratégias e procedimentos para melhorar os resultados, além da inclusão de módulos para atender certos obstáculos para mudar fatores "externos" do núcleo do transtorno alimentar, como perfeccionismo, baixa autoestima e dificuldades interpessoais.

Outro método de tratamento que tem sido bastante utilizado para bulimia nervosa e transtorno alimentar sem outra especificação é a internet, como meio facilitador da terapia. A TCC online de autoajuda e chats com a utilização dessa abordagem são opções aceitáveis de tratamento para as pessoas com comportamentos bulímicos, podendo oferecer um custo-benefício vantajoso (McClay, Waters, McHale, Schmidt, & Williams 2013; Bulik, et. al., 2012; Crow, et. al., 2009; Wagner, et. al., 2013). O estudo de Schmidt et. al. (2009) também utilizou o meio virtual na sua pesquisa, e teve como objetivo examinar a eficácia de uma intervenção cognitivo-comportamental baseada em CD-ROM na bulimia nervosa e no transtorno alimentar sem outra especificação (tipo bulímico) em um ambiente de rotina. O estudo sugeriu que pessoas que recebem a TCC no CD-ROM como primeiro passo, antes do tratamento , apresentam redução no número de sessões de terapia.

Apesar de a busca ter sido conduzida apenas com as palavras-chave "bulimia nervosa" e "anorexia nervosa", entre os resultados foi indicado um estudo de Striegel-Moore et. al. (2010) que sugere um tratamento exclusivamente para o transtorno alimentar sem outra especificação. Esse estudo teve o objetivo de verificar a eficácia de um manual guia de autoajuda baseado na TCC. O tratamento era composto por 8 sessões, ao longo de um período de 12 semanas. A amostra incluiu indivíduos com bulimia nervosa e comer compulsivo. Os resultados sugerem que o manual é uma opção viável de tratamento de primeira linha para a maioria dos pacientes com compulsão alimentar periódica que não satisfazem os critérios diagnósticos para BN ou AN.

O estudo de Lavender et. al. (2012) comparou o tratamento da bulimia nervosa com TCC conjunta com outras abordagens, sendo que o primeiro incluía treinamento emocional e social da mente em grupo, enquanto o segundo utilizava terapia de melhora motivacional. Em ambos os estudos, todas as formas de tratamento se mostraram eficazes de maneira equivalente para a BN. Esse resultado sugere que a TCC ainda é um tratamento viável para este transtorno, entretanto outras abordagens psicoterápicas que se mostram eficazes também podem ser utilizadas.

A TCC foi apontada em grande parte dos artigos como um tratamento viável e eficiente para transtornos alimentares, principalmente bulimia e anorexia. No entanto, é importante destacar o estudo de Mitchell et. al. (2011), que comparou a TCC acrescida de fluoxetina quando necessário com o tratamento de cuidados passo a passo (SC). Os resultados mostraram que não houve diferenças entre as duas condições de tratamento, no entanto o SC se mostrou significativamente maior após follow-up de 1 ano, o que sugere que o tratamento é reforçado através de uma abordagem mais individualizada.

Há então uma diversidade de técnicas e tratamentos atuais para os transtornos alimentares, entretanto, na busca utilizando as palavras-chave "anorexia nervosa" e "bulimia nervosa", foram encontrados artigos que estudaram o tratamento dos transtornos alimentares de forma generalizada e outros com abordagens específicas para cada um deles. Dessa forma, destaca-se a escassez de estudos que proponham tratamento para apenas um dos transtornos deste quadro. Apesar de fazerem parte do mesmo grupo diagnóstico, anorexia nervosa, bulimia nervosa, transtorno da compulsão alimentar periódica e transtorno alimentar sem outra especificação, possuem etiologia e sintomatologia diferentes, o que justifica a importância de tratamentos específicos para cada um deles, visando à obtenção de resultados mais eficazes.

Uma limitação do presente estudo se refere à exclusão de grande número de artigos por não estarem disponíveis gratuitamente ao público, e que poderiam acrescentar novos dados sobre os tratamentos. Entretanto, esse critério se manteve, uma vez que esse estudo buscou analisar artigos que poderiam ser encontrados por pessoas interessadas no assunto (profissionais, pacientes, ou população geral), mas que muitas vezes não pertencem a uma instituição de ensino e não possuem acesso diferenciado a bases de dados. Dessa forma, essas pessoas, que muitas vezes entregam ou recebem esses tipos de tratamento, também acabam por não obter essas informações.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A busca realizada resultou em apenas 21 artigos completos disponíveis gratuitamente entre 2009 e 2014 sobre a terapia cognitiva e anorexia nervosa e/ou bulimia nervosa, o que é um número baixo comparado com a quantidade de artigos sobre o tema. Destaca-se a importância dessa disponibilização dos estudos para que os interessados no tratamento, tanto pacientes quanto como profissionais, possam ter o conhecimento disponível acerca do tema.

A TCC ainda se mostra eficaz no tratamento dos transtornos alimentares e os estudos sugerem que técnicas contemporâneas abrangem uma gama ampliada de sintomas e questões específicas. O tratamento para anorexia nervosa e a bulimia nervosa também contam com tratamentos novos que abrangem questões atuais, como utilização de tecnologia, que podem auxiliar à psicoterapia, além de possuírem um excelente custo-benefício. Entretanto, novos estudos precisam ser feitos que utilizem tratamentos específicos para apenas um dos transtornos descritos, a fim de se ter um conhecimento maior acerca da eficácia e da efetividade das técnicas e tratamentos.

## REFERÊNCIAS

Agras, W. S., Crow, S. J., Halmi, K. A., Mitchell, J. E., Wilson, G. T., & Kraemer, H. C. (2000). Outcome predictors for the cognitive behavior treatment of bulimia nervosa: data from a multisite study. Am J Psychiatry, 157(8), 1302-1308. doi:10.1176/appi.ajp.157.8.1302

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. doi:10.1176/appi.books.9780890425596.744053

Bulik, C. M., Baucom, D. H., Kirby, J. S., & Pisetsky, E. (2011). Uniting Couples (in the treatment of) Anorexia Nervosa (UCAN). Int J Eat Disord., 44(1), 19-28. doi: 10.1002/eat.20790.

Bulik, C. M., Marcus, M. D., Zerwas, S., Levine, M. D., Hofmeier, S., Trace, S. E., Hamer, R. M., Zimmer, B., Moessner, M., & Kordy, H. (2012). CBT4BN versus CBTF2F: comparison of online versus face-to-face treatment for bullimia nervo-

sa. Contemp Clin Trials. 33(5), 1056-64. doi: 10.1016/j.cct.2012.05.008.

Carvalho, A. P. O., Coelho, A. T. P., Rezende, C. D., & Rocha, J. Z. D. (2010). Anorexia nervosa e síndrome de realimentação em adolescente: relato de caso. Rev Med Minas Gerais, 20(1), 128-130. Recuperado de rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/download/217/202

Carvalho, E. C., & Moncaio, A. C. S. (2010). Modificações de comportamentos como estratégia de assistência de enfermagem: revisão integrativa. Rev. Min. Enferm., 14(1), 110-118. Recuperado de http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622010000100016&lng=es&tlng=pt.

Castellini, G., Lo Sauro, C., Mannucci, E., Ravaldi, C., Rotella, C. M., Faravelli, C., & Ricca, V. (2011). Diagnostic crossover and outcome predictors in eating disorders according to DSM-IV and DSM-V proposed criteria: a 6-year follow-up study. Psychosom Med., 73(3), 270-279. doi: 10.1097/PSY.0b013e31820a1838.

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.

Crow, S. J., Mitchell, J. E., Crosby, R. D., Swanson, S. A., Wonderlich, S., & Lancanster. K. (2009). The cost effectiveness of cognitive behavioral therapy for bulimia nervosa delivered via telemedicine versus face-to-face. Behav Res Ther., 47(6), 451-3. doi: 10.1016/j.brat.2009.02.006.

Dalle Grave, R, Calugi, S., Conti, M., Doll, H., & Fairburn, C. G. (2013). Inpatient cognitive behaviour therapy for anorexia nervosa: a randomized controlled trial. Psychother Psychosom., 82(6), 390-8. doi: 10.1159/000350058.

Dalle Grave, R., Calugi, S., Doll, H. A., & Fairburn, C. G. (2013). Enhanced cognitive behaviour therapy for adolescents with anorexia nervosa: an alternative to family therapy?. Behav Res Ther., 51(1), 9-12. doi: 10.1016/j.brat.2012.09.008.

Duchesne, M., & Almeida, P. E. M. (2002). Terapia cognitivo-comportamental dos transtornos alimentares. Revista Brasileira de Psiquiatria, 24(Supl III), 49-53.

Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O'Connor, M. E., Palmer, R. L., & Dalle Grave, R. (2013). Enhanced cognitive behaviour therapy for adults with anorexia nervosa: a UK-Italy study. Behav Res Ther., 51(1), 2-8. doi: 10.1016/j.brat.2012.09.010.

Ferriani, M. G. C., Dias, T. S., Silva, K. Z., & Martins, C. S. (2005). Autoimagem corporal de adolescentes atendidos em um programa multidisciplinar de assistência ao adolescente obeso. Rev Bras Saude Mater Infant, 5(1), 27-33. doi: 10.1590/S1519-38292005000100004

Fiates, G. M. R., & Salles, R. K. (2001). Fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares: um estudo em universitárias. Rev Nutr, 14, 3-6.

Filho, T. E. T, Magalhães, P. M. S., & Tavares, B. M. (2009). A terapia cognitivo-comportamental e seus efeitos no tratamento dos transtornos do comportamento alimentar. Revista de Psicologia da IMED, 1(2), 160-168. http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462002000700011

Gempeler, J. (2010). Terapia de remediación cognoscitiva para la anorexia nerviosa. Rev. Colomb. Psiquiat., 39(4), 749-757. Recuperado de http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v39n4/v39n4a09.pdf

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.

Gomes, L., & Amaral, J. B. (2012). Os efeitos da utilização da música para os idosos: revisão sistemática. Revista de Enfermagem Contemporânea, 1(1), 103-117. Recuperado de

http://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/46.

Herpertz, S., Hagenah, U., Vocks, S., von Wietersheim, J., Cuntz, U., & Zeeck, A. (2011). The Diagnosis and Treatment of Eating Disorders. Dtsch Arztebl Int, 108(40), 678–85. doi: 10.3238/arztebl.2011.0678

Herscovici, C. R. & Bay, L. (1997). Anorexia nervosa e bulimia: Ameaças à autonomia. Porto Alegre: Artes Médicas.

Herzog, D. B., & Eddy, K. T. (2010). Diagnóstico, epidemiologia e curso clínico dos transtornos da alimentação. In: J. Jager & O. S. Powers. Manual clínico de transtornos da alimentação. (pp. 19-47) Porto Alegre: Artmed.

Herzog, D. B., Sacks, N. R., Keller, M. B., Lavori. P. W., Ranson, K. B., & Gray, H. M. (1993). Patterns and predictors of recovery in anorexia nervosa and bulimia nervosa. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 32, 835-842.

Katzman, M. A., Bara-Carril, N., Rabe-Hesketh, S., Schmidt, U., Troop, N., & Treasure, J. (2010). A randomized controlled two-stage trial in the treatment of bulimia nervosa, comparing CBT versus motivational enhancement in Phase 1 followed by group versus individual CBT in Phase 2. Psychosom Med., 72(7), 656-63. doi: 10.1097/PSY.0b013e3181ec5373.

Lavender, A., Startup, H., Naumann, U., Samarawickrema, N., Dejong, H., Kenyon, M., van den Eynde, F., & Schmidt, U. (2012). Emotional and social mind training: a randomised controlled trial of a new group-based treatment for bulimia nervosa. PLoS One., 7(10), e46047. doi: 10.1371/journal.pone.0046047

Lynch, T. R., Gray, K. L., Hempel, R. J., Titley, M., Chen, E. Y., & O'Mahen, H. A. (2013). Radically open-dialectical behavior therapy for adult anorexia nervosa: feasibility and outcomes from an inpatient program. BMC Psychiatry., 13(293). doi: 10.1186/1471-244X-13-293.

Mahan, L. K., & Stump, S. E. (1998). Nutrição na adolescência. In: K. L. Mahan & S. Escott-Stump (Ed.). Alimentos, Nutrição e Dietoterapia. (Ed. 9) (pp. 279-283) São Paulo: Roca.

Marcondes, J. A. M. (1993). Fome de cão. São Paulo: Maltese.

McClay, C. A., Waters, L., McHale, C., Schmidt, U., & Williams, C. (2013). Online cognitive behavioral therapy for bulimic type disorders, delivered in the community by a nonclinician: qualitative study. J Med Internet Res. 15(3), e46. doi: 10.2196/jmir.2083.

Mitchell, J. E., Agras, S., Crow, S., Halmi, K., Fairburn, C. G., Bryson, S., & Kraemer, H. (2011). Stepped care and cognitive-behavioural therapy for bulimia nervosa: randomised trial. Br J Psychiatry., 198(5), 391-397. doi: 10.1192/bjp.bp.110.082172.

Mirandé, G., Celada, J., & Casas, J. J. (1999). Prevalence of eating disorders in spanish scholl-age population. J Adolesc Health., 24, 212-19.

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews andMeta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med., 6(6), e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

Murphy, R., Straebler, S., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2010). Cognitive behavioral therapy for eating disorders. Psychiatr Clin North Am., 33(3), 611–627. doi: 10.1016/j.psc.2010.04.004

Nunes, M. A. (1997). Prevalência de comportamentos alimentares anormais e práticas inadequadas de controle de peso em mulheres de 12 a 21 anos em Porto Alegre. Porto Alegre: Universidade Federal de Pelotas.

Nunes, M. A., & Abuchaim, A.L. (2008). Abordagens Psicoterápicas nos Transtornos Alimentares. In: Cordioli, A. (Ed.), Psicoterapias: abordagens atuais (3ª ed., pp. 359-365). Porto Alegre: Artes Médicas.

Nunes-Costa, R. A.; Lamela, D. J. P. V.; Gil-Costa, L. (2009). Teoria e eficácia da terapia comportamental dialética na bulimia nervosa e no transtorno da compulsão alimentar periódica. J. bras. psiquiatr., 58(2), 122-127. http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852009000200010

Oliveira, L. L., & Deiro, C. P. (2013). Terapia Cognitivo-Comportamental para Transtornos Alimentares: A Visão de Psicoterapeutas sobre o Tratamento. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 14(1), 36-49. Recuperado de http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/565

Pedrinola, F. (2012). Nutrição e transtornos alimentares na adolescência. Pediatria Moderna, 48(7), 290-295. Recuperado de http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003& id _materia=5090

Reyes-Rodríguez, M. L., Bulik, C. M., Hamer, R. M., & Baucom, D. H. (2013). Promoviendo una Alimentación Saludable (PAS) design and methods: engaging Latino families in eating disorder treatment. Contemp Clin Trials., 35(1), 52-61. doi: 10.1016/j.cct.2013.01.005.

Russel, G.F.M. (1979). Bulimia Nervosa: An Ominous Variant of Anorexia Nervosa. Psychol Med, 9, 429-448.

Schmidt, U., Andiappan, M., Grover, M., Robinson, S., Perkins, S., Dugmore, O., Treasure, J., Landau, S., Eisler, I., & Williams, C. (2009). Randomised controlled trial of CD-ROM-based cognitive-behavioural self-care for bulimia nervosa. Br J Psychiatry., 193(6), 493-500. doi: 10.1192/bjp.bp.107.046607.

Schmidt, U., Andiappan, M., Grover, M., Robinson, S., Perkins, S., Dugmore, O., Treasure, J., Landau, S., Eisler, I., & Williams, C. (2009). Randomised controlled trial of CD-ROM-based cognitive-behavioural self-care for bulimia nervosa. Br J, 193(6), 493-500. doi: 10.1192/bjp.bp.107.046607.

Steinglass, J. E., Sysko, R., Glasofer, D., Albano, A. M., Simpson, H. B., & Walsh, B. T. (2011). Rationale for the application of exposure and response prevention to the treatment of anorexia nervosa. Int J Eat Disord., 44(2), 134-41. doi: 10.1002/eat.20784.

Striegel-Moore, R. H., Wilson, G. T., DeBar, L., Perrin, N., Lynch, F., Rosselli, F., & Kraemer, H. C. (2010). Cognitive behavioral guided self-help for the treatment of recurrent binge eating. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78(3), 312-321. doi: 10.1037/a0018915.

Vilela, J. E. M., Lamounier, J. A., Filho, M. A. D., Neto, J. R. B, & Horta, G. M. (2004). Transtornos alimentares em escolares. Jornal de Pediatria, 80(1), 49-54.

Wagner, G., Penelo, E., Wanner, C., Gwinner, P., Trofaier, M. L., Imgart, H., Waldherr, K., Wöber-Bingöl, C., & Karwautz, A. F. (2013). Internet-delivered cognitive-behavioural therapy v. conventional guided self-help for bulimia nervosa: long-term evaluation of a randomised controlled trial. Br J Psychiatry., 202, 135-41. doi: 10.1192/bjp.bp.111.098582.

White, J. R., & Freeman, A. S. (2003) Terapia cognitivo-comportamental em grupo para populações e problemas específicos. São Paulo: Roca.

Wild, B., Friederich, H., Gross, G., Teufel, M., Herzog, W., Giel, K. E., Zwaan, M., Schauenburg, H., Schade-Brittinger, C., Schäfer, H., & Zipfel, S. (2009). The ANTOP study: focal psychodynamic psychotherapy, cognitive-behavioural therapy, and treatment-as-usual in outpatients with anorexia nervosa--a randomized controlled trial. Trials., 10(23), 1-7. doi: 10.1186/1745-6215-10-23

Wildes, J. E., & Marcus, M. D. (2012). Weight suppression as a predictor of weight gain and response to intensive behavioral treatment in patients with anorexia nervosa. Behav Res Ther., 50(4), 266-74. doi: 10.1016/j.brat.2012.02.006.

Zunke,r C., Peterson, C. B., Crosby, R. D., Cao, L., Engel, S. G., Mitchell, J. E., & Wonderlich, S. A. (2011). Ecological momentary assessment of bulimia nervosa: does dietary restriction predict binge eating? Behav Res Ther., 49(10), 714-7. doi: 10.1016/j.brat.2011.06.006.

Recebido em 5 de maio de 2014
Encaminhado para revisão em 19 de julho de 2014
Aceito em 10 de novembro de 2014