

Terapia Cognitivo-Comportamental na Anorexia e Bulimia Nervosa

Cognitive-Behavioural Therapy in Anorexia and Bulimia Nervosa

Tania B. Cavaco ^{a*}, Ricardo Liz Almeida ^b, Ana Sofia Milheiro ^a, Joana Reis Correia ^c

^a Unidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

^b Serviço de Pediatria Médica, Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Viseu, Portugal

^c Departamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Lisboa, Portugal

Resumo: **Contextualização:** As perturbações da alimentação e da ingestão (PAI) constituem um grupo psicopatológico que condicionam elevado risco físico, sendo potencialmente fatais para os pacientes. O tratamento destas patologias constitui um desafio para os profissionais e técnicos envolvidos, existindo frequente necessidade de uma abordagem multidisciplinar. A AN e a bulimia nervosa (BN) constituem duas principais categorias das PAI, com início predominante na adolescência, cuja etiologia está associada a uma multiplicidade de fatores, incluindo pessoais, socioculturais, familiares, bioquímicos e genéticos. A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é atualmente a abordagem terapêutica de primeira linha na BN e na AN, em adultos e adolescentes, sendo recomendada globalmente. **Objetivos:** Esta revisão pretende visitar as duas principais entidades das PAI – a AN e a BN – e explorar a evolução da abordagem cognitivo-comportamental, nas PAI, em particular a sua intervenção psicoterapêutica otimizada na AN e na BN. **Métodos:** Revisão não sistemática de artigos de língua inglesa e portuguesa, disponíveis na plataforma *online* PubMed, com recurso às palavras-chave: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Terapia Cognitivo-Comportamental. **Conclusões:** A TCC é constituída por sessões previamente e empiricamente estudadas e estruturadas, divididas em 3 a 4 fases de tratamento. A abordagem cognitivo-comportamental nas PAI tem vindo a evoluir, tendo sido sugerida mais recentemente uma abordagem terapêutica transdiagnóstica que pressupõe a existência de bases psicopatológicas semelhantes e mecanismos comuns às várias perturbações alimentares, sobre os quais deverá incidir a intervenção, mais do que no diagnóstico.

Palavras-chave: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Terapia Cognitivo-Comportamental.

Abstract: **Background:** The Eating Disorders (ED) are a group of psychopathologies which may result in great physical harm, while being potentially life-threatening to patients. The treatment of these disorders tends to be very challenging and it frequently requires a multidisciplinary team approach. AN and bulimia nervosa (BN) are two of the main categories of eating disorders. These ED tend to present a peak onset in adolescence, being multifactorial in aetiology, including individual, sociocultural, familial, biochemical and genetic factors. Cognitive-behavioural therapy (CBT) is currently the first-line therapy in BN and AN, in adults and adolescents, being recommended worldwide. **Objectives:** The Eating Disorders (ED) are a group of psychopathologies which may result in great physical harm, while being potentially life-threatening to patients. The treatment of these disorders tends to be very challenging and it frequently requires a multidisciplinary team approach. AN and bulimia nervosa (BN) are two of the main categories of eating disorders. These ED tend to present a peak onset in adolescence, being multifactorial in aetiology, including individual, sociocultural, familial, biochemical and genetic factors. Cognitive-behavioural therapy (CBT) is currently the first-line therapy in BN and AN, in adults and adolescents, being recommended worldwide. **Methods:** Non-systematic review of english and portuguese written articles, available on the online platform PubMed, with the keywords: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Cognitive Behavioural Therapy. **Conclusions:** CBT comprises an approach with scientifically and empirically structured sessions, divided in 3 or 4 phases of treatment, according to each pathology. The CBT approach in ED have been gradually evolving, and more recently a transdiagnostic approach was suggested. This model considers a similar psychopathologic basis and common mechanisms to different ED which the CBT intervention should target, rather than focusing on the diagnosis per se.

Keywords: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Cognitive Behavioural Therapy.

1. Introdução

As Perturbações da Alimentação e da Ingestão (PAI) são consideradas entidades sindrômicas que têm em comum a existência de uma disfunção alimentar. Estas perturbações são tradicionalmente classificadas em duas principais categorias – Anorexia Nervosa (AN) e Bulimia Nervosa (BN). Os primeiros registos médicos da AN surgem descritos por Richard Morton, em 1689, então denominada “consumpção nervosa”, sendo esta síndrome intitulada de AN apenas posteriormente por William Gull, em 1874. O conceito de Bulimia Nervosa terá surgido mais tardiamente, em 1979, descrita por Gerald Russell, enquanto uma variante da Anorexia Nervosa,

e apenas um ano depois terá sido considerada uma entidade distinta.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais (DSM-5) ¹, as PAI abrangem ainda outras patologias do foro alimentar como Pica, Mericismo (Ruminação), Perturbação da Ingestão Alimentar Restritiva/ Evitante e Perturbação de Ingestão Alimentar (PIA) Compulsiva incluindo, ainda, PIA Com Outra Especificação (COE) ou PIA Não Especificada (NE). É de notar a descrição bibliográfica de migrações diagnósticas frequentes entre categorias das PAI, nestes pacientes.

Este artigo revisita as duas principais entidades das PAI – a AN e a BN – contemplando, assim, uma breve revisão sobre estas psicopatologias, incluindo a sua distribuição socio-demográfica, fatores epidemiológicos e fatores de risco e de

* Autor correspondente: tania.cavaco@hgo.min-saude.pt

manutenção, bem como explorar a evolução da abordagem cognitivo-comportamental, nas PAI, em particular a sua intervenção psicoterapêutica otimizada na AN e na BN.

2. Metodologia

Este estudo resulta de uma revisão não sistemática de artigos disponíveis na plataforma Pubmed, redigidos em inglês e em português, alargada à referência cruzada em artigos selecionados, entre outubro de 2020 e junho de 2021, com recurso às palavras-chave: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, *Cognitive Behavioural Therapy*.

3. Desenvolvimento

3.1. Anorexia nervosa e bulimia nervosa

A AN e a BN são patologias relacionadas, de curso frequentemente crônico, potencialmente incapacitantes e ameaçadoras de vida, que podem constituir elevada morbidade funcional, física e psiquiátrica. As PAI são caracterizadas pela existência de uma perturbação severa e persistente a nível do comportamento alimentar e do controlo do peso corporal, causando disfunção a nível psicossocial e, potencialmente, físico. Neste sentido, as complicações médicas são habituais durante a fase aguda de uma perturbação alimentar e persistem nos pacientes cujo tratamento não tenha tido sucesso. As PAI estão associadas a uma multiplicidade de patologias físicas e emocionais que se manifestam até à idade adulta, incluindo depressão major, perturbação obsessivo-compulsiva, abuso de substâncias e perturbações de ansiedade².

A AN é caracterizada pela existência de padrões alimentares restritivos, baixo peso corporal e medo obsessivo de ganho ponderal, mesmo perante situações de caquexia extrema. Estes pacientes suprimem a ingestão alimentar, mesmo na presença de fortes sinais fisiológicos de fome, apresentando risco e taxas de mortalidade que ultrapassam as de outras entidades psiquiátricas^{3,4}. O curso da AN, a longo prazo, é favorável para a maioria dos pacientes, mas uma pequena fração evolui para sintomas e manifestações somáticas crônicas⁵.

Segundo o DSM-5, a AN pode ser diagnosticada mediante avaliação dos seguintes critérios:

1. Restrição do consumo de energia, conduzindo a um peso significativamente baixo para a idade, sexo, desenvolvimento e saúde física;
2. Medo intenso de ganhar peso ou engordar, ou comportamentos persistentes que evitem o ganho ponderal, mesmo com um peso significativamente baixo;
3. Perturbação na própria apreciação do peso ou forma corporal, influência indevida do peso ou da forma corporal na autoavaliação, ou ausência de reconhecimento persistente da gravidade do baixo peso atual.

A classificação da AN deve ser distinguida entre dois subtipos, restritivo ou ingestão compulsiva/purgativo, e especificada se se encontra em remissão parcial ou completa, e ainda

a sua gravidade atual, avaliada pelo Índice de Massa Corporal (IMC)¹.

Por outro lado, a BN é caracterizada por episódios regulares de compulsão alimentar, com perda de controle e difícil autorregulação, seguida de comportamentos compensatórios, tais como a indução de vômito ou utilização de laxantes. Os comportamentos de compulsão alimentar e de perda de controlo também surgem na PIA Compulsiva, mas nestas situações não existem comportamentos compensatórios, sendo frequente um perfil de sobrepeso ou de obesidade, nestes pacientes⁴. A BN surge habitualmente após um período de restrição alimentar, não necessariamente associado a perda ponderal. O muito baixo peso corporal é habitualmente um critério de exclusão para este diagnóstico, no entanto, cerca de 20-30% dos bulímicos têm história prévia de AN³.

Segundo o DSM-5, a BN pode ser diagnosticada mediante avaliação dos seguintes critérios:

1. Episódios recorrentes de ingestão alimentar compulsiva. Um episódio é caracterizado pelos dois critérios seguintes - comer, num período curto de tempo uma quantidade de alimentos que é superior à que a maioria dos indivíduos comeria num período de tempo semelhante, nas mesmas circunstâncias, e sensação de perda de controlo sobre o ato de comer durante o episódio;
2. Comportamento compensatório inapropriado recorrente para impedir o ganho ponderal (por exemplo, indução de vômito, abuso de laxantes, diurético ou enemas, jejum ou exercício físico excessivo);
3. A ingestão compulsiva de alimentos e os comportamentos compensatórios inapropriados ocorrem ambos, em média, pelo menos 1 vez por semana durante 3 meses;
4. A autoavaliação é indevidamente influenciada pelo peso e forma corporais;
5. A perturbação não ocorre exclusivamente durante os episódios de anorexia nervosa. Deve ser especificada se a patologia encontra em remissão parcial ou completa, e ainda a sua gravidade atual, avaliada conforme a frequência de episódios de comportamentos compensatórios inapropriados (ligeira a extrema)¹.

3.2. Distribuição sociodemográfica e fatores epidemiológicos

As PAI têm gradualmente vindo a conquistar mais enfoque na comunidade científica, nas últimas décadas, constituindo um desafio importante na prática clínica de profissionais de saúde mental e geral. Na sua maioria, estas perturbações são inaugurais na adolescência, podendo divergir quanto ao tempo de latência até ao diagnóstico, pelos diferentes sinais e sintomas da apresentação de cada patologia. Assim, a AN é frequentemente mais rapidamente identificada devido ao caráter mais abrupto e dramático de instalação, contrastando com a BN que apresenta um curso mais subtil e insidioso, podendo permanecer oculta durante períodos consideráveis⁶.

Apesar do aumento verificado face ao número de pacientes que recebem tratamento para uma PAI, apenas 33% destas patologias são detetadas por profissionais de saúde. A incidência de AN aparenta estar estabilizada, comparativamente com a BN que tem apresentado algum declínio⁵. Existem poucos estudos globais que avaliem a prevalência das PAI de acordo com o DSM-5. Na Europa, estima-se que a prevalência média de AN em mulheres seja de 1.4% ($\Delta 0,1-3,6\%$) e 0.2% ($\Delta 0-0,3\%$) em homens. A prevalência média de BN é de 1,9% ($\Delta 0,3-4,6\%$) em mulheres e 0,6% ($\Delta 0,1-1,3\%$) em homens. A PAI compulsiva é a mais prevalente, encontrando-se em 2,8% ($\Delta 0,6-5,8\%$) das mulheres e 1,0% ($\Delta 0,1-1,3\%$) dos homens⁷.

Estima-se que a idade de início das PAI esteja diminuindo gradualmente, verificando-se um aumento considerável, em particular nas crianças pré-púberes de idade inferior a 12 anos, à apresentação. O diagnóstico de PAI em crianças e adolescentes pode se apresentar complexo, considerando que nas faixas etárias mais precoces a mentalização e a capacidade de refletir sobre as cognições habituais nestas patologias – preocupações com a imagem corporal, medo de aumentar de peso – estão, muitas vezes, ainda pouco desenvolvidas, podendo se manifestar de forma menos óbvia, através de sinais e sintomas inespecíficos. Por exemplo, dor abdominal pós-prandial, náusea ou engasgamento.

Este fato nos alerta para a importância do reconhecimento das manifestações atípicas da doença, em idades mais precoces, e para a necessidade da identificação rápida e decisão terapêutica adequada a estas faixas etárias, considerando que um atraso no diagnóstico e referência para tratamento especializado e dirigido poderá acarretar graves consequências a nível de atraso de puberdade, crescimento e desenvolvimento somático ou psicológico⁷.

A AN e BN se manifestam mais frequentemente em adolescentes do sexo feminino, embora, nos últimos anos, se tenha verificado uma tendência à normalização na prevalência da relação feminino/masculino. No entanto, durante muitos anos, postulava-se que esta predominância do sexo feminino estaria associada a fatores de pressão cultural e social para a magreza muito habitual em países desenvolvidos.

3.3. Fatores de risco e de manutenção

Em 1980, Arthur Crisp, um psiquiatra inglês, descreveu um estado de vulnerabilidade mais marcada, elevados níveis de insatisfação corporal, e maior instabilidade causada por fatores de stress emocionais, associada ao sexo feminino. Estas ideologias deflagraram questões nos críticos, nomeadamente o fato da prevalência destas patologias alimentares ser relativamente baixa, comparativamente com a população total mundial de mulheres, no sentido de questionar a disparidade encontrada entre elevada prevalência de pressão social para a magreza, mas baixa prevalência de PAI, o porquê da maioria das mulheres ser relativamente imune a estas pressões sociais, e ainda o fato contraditório de haver evidência científica da existência de AN há vários séculos atrás.

Estes dados, ainda associados à apresentação estereotipada e à hereditariedade e fatores familiares, sugerem o contributo de fatores biológicos.

Apesar destas correlações e até causalidade consideradas, é sempre imprescindível compreender o ambiente sócio-familiar e as expectativas sócio-culturais que poderão constituir fatores condicionantes ou limitativos na abordagem terapêutica. Isto permitir-nos-á compreender os diferentes contextos nos quais a paciente se insere, bem como avaliar possíveis fatores de manutenção, de fragilidade emocional e da vinculação, na infância, não esquecendo que a adolescência é uma fase de modificações profundas a nível biológico, psicológico e sociocultural, com os grupos de pares a adquirir uma importância. A obesidade infantil, a insatisfação com o corpo e auto-imagem na adolescência, a existência de patologia psiquiátrica parental e o stress materno pré-natal são alguns dos fatores que contribuem para aumentar o risco de perturbações alimentares⁵.

Assim, a maioria dos modelos assume que as perturbações alimentares são multifatoriais e heterogêneas em natureza, derivando da interação de 3 classes de fatores de risco: cultural, individual e familiar. Jacobi et al.⁸ sugeriram a conceptualização de fatores quanto à evidência clínica e à potência da sua associação, considerando-se os fatores de elevada potência aqueles que predispoem ao desenvolvimento de patologia, o fato de ser mulher, adolescente ou jovem adulta, a preocupação com o peso corporal, estar sob dieta e a existência de uma imagem corporal negativa. Entre os fatores de média potência encontram-se os abusos sexuais ou negligência física na adolescência. As variáveis inespecíficas, ou fatores de baixa potência, são o funcionamento a nível do humor ou do temperamento, consumo alcoólico regular, fraco apoio social, baixa auto-valorização e morbidades psiquiátricas. Os fatores chave de manutenção são os efeitos emocionais, psicológicos e físicos da inanição e semi-inanição⁹.

Além do impacto de fatores ambientais e das expectativas sociais sobre o tamanho e a forma corporal, estudos têm sugerido o envolvimento de genes e fatores bioquímicos que contribuem para o desenvolvimento de perturbações alimentares. Tem sido descrita a influência de vários fatores, e inclusive que a AN e a BN partilham fatores de risco e de fragilidade. Ambas as patologias apresentam padrões de expressão hereditária e relatos transgeracionais que sugerem transmissão de fiabilidade através de um espectro de patologias alimentares. Alguns estudos genéticos com irmãos gêmeos descrevem uma influência genética de 50 – 80% de fiabilidade. No entanto, quando estes estudos foram realizados e comparados entre gêmeos em diferentes fases de desenvolvimento, nomeadamente aos 11 e aos 17 anos de idade, verificou-se que o efeito genético identificado aos 17 anos (> 50%), era largamente superior aos gêmeos de 11 anos, que não apresentavam efeito genético significativo, sugerindo a importância do desenvolvimento pubertário na expressão genética das perturbações alimentares¹⁰. Quando à personalidade e comorbidades psiquiátricas, pacientes com AN e BN apresentam elevadas taxas de diagnósticos crônicos de ansiedade, depressão ou perturbação obsessivo-compulsiva as-

sociados. Aproximadamente 70% dos pacientes com perturbações alimentares descrevem sofrer de patologia psiquiátrica comórbida, mais frequentemente, perturbações de ansiedade (> 50%), perturbações do humor (> 40%), comportamentos auto-lesivos (> 20%) e abuso de substâncias (> 10%). O risco de suicídio é elevado nestas perturbações, mesmo considerando as comorbilidades presentes⁵.

Diversos traços de personalidade são comuns em ambas as patologias, como o perfeccionismo, neuroticismo, obsessão/compulsão, evitamento de situações ou pessoas danosas ou desconfortáveis, rigidez e traços de personalidade evitante, funcionamento emocional negativo e baixa cooperatividade. Os pacientes com AN apresentam frequentemente um comportamento e manifestações sociais mais internalizantes e introspetivos, enquanto que os bulímicos tendem a apresentar um perfil mais externalizante, com elevada impulsividade, procura de sensações novas, com traços mais compatíveis com personalidade *borderline*.

Kaye³ identificou o envolvimento de fatores neurobiológicos, em particular a modulação neuronal disfuncional a nível da 5-HT (5-hidroxitriptamina), que contribuirá para o desenvolvimento de sintomas pré-mórbidos de inibição e ansiedade. Esta modulação, além de condicionar manifestações disfóricas do humor, está também envolvida na desregulação de vias emocionais e da recompensa, e conseqüentemente na de processos de controlo alimentar e do apetite, constituindo uma fragilidade para o desenvolvimento de comportamentos alimentares alterados⁶. Outros fatores neuro-endócrinos relacionados com a puberdade poderão também afetar e modular esta via, como as alterações hormonais pubertárias associadas aos esteroides gonadais.

3.4. Terapia cognitivo-comportamental nas perturbações da alimentação e da ingestão

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) consiste num tratamento psicoterapêutico que combina abordagens cognitivas e comportamentais, e que se baseia na doutrina de que sintomas psíquicos sejam causados e sustentados por pensamentos e comportamentos mal-adaptativos, postulando que as crenças e funcionamento individual sobre o próprio e o mundo resultam de experiências e percepções adquiridas que moldam a perspetiva deste sobre acontecimentos presentes e futuros. Segundo as fundações da TCC, a existência de esquemas cognitivos negativos resulta na interpretação mais agravada ou prejudicada a determinada situação, comparativamente a um indivíduo com padrões de pensamento mais positivos¹¹.

Esta psicoterapia é considerada uma terapia de curto ou médio prazo, sendo limitada no tempo, em que o técnico ou profissional de saúde, numa abordagem colaborativa com o paciente, faculta ferramentas e técnicas que procurem alterar a forma como este sente, pensa e se comporta, perante determinada situação, através do acompanhamento guiado ao paciente face a eventos e o respetivo eixo cognitivo-emotivo-comportamental, com vista a identificar os esquemas mal-adaptativos. Neste processo, o paciente é incentivado ao autoquestionamento socrático frequente, bem como a adotar

uma postura de auto-monitorização regular, estabelecimento de objetivos, resolução de problemas e reestruturação cognitiva, procurando avaliar-se e às situações de forma mais pragmática e adequada à realidade, moldando as características distorções cognitivas. O objetivo primário da TCC é, assim, identificar e trabalhar estes pensamentos prejudiciais, e substituí-los por cognições mais saudáveis e realistas, com vista a modificar a forma como o indivíduo sente, pensa e reage perante situações exigentes, desencadeantes ou que contribuam para a manutenção do problema identificado, por forma a atenuar o impacto negativo do funcionamento disfuncional padrão e a antecipar situações-gatilho que contribuam para a sustentabilidade do problema^{6,11}.

Em 2013, Beck et al.¹² enunciaram importantes princípios da TCC, nomeadamente: a necessidade de uma aliança terapêutica sólida, de colaboração e de participação ativa; o enfoque nos problemas, sendo orientada para os objetivos e para o ensino do paciente a ser o seu próprio terapeuta; o fato de ser limitada no tempo e com sessões estruturadas; e o ensino dos pacientes na identificação, avaliação e resposta aos seus pensamentos e crenças disfuncionais.

Desde que Beck et al. descreveram o modelo A-B-C enquanto fundamentação da abordagem cognitivo-comportamental, a utilização e investigação da TCC tem evoluído mundialmente, sendo considerada a intervenção psicoterapêutica mais eficaz em diversas patologias de adolescentes, em particular no tratamento de perturbações de ansiedade e nas patologias da alimentação e da ingestão. Ressalva-se que na aplicação da TCC em crianças e adolescentes, à semelhança de outras psicoterapias cuja intervenção vise a resolução de problemas, o envolvimento parental constitui um fator crucial no processo, e para a obtenção de melhores resultados.

Os modelos cognitivo-comportamentais a nível do comportamento alimentar têm apresentado importantes avanços científicos, apresentando desenvolvimentos e resultados empíricos extensamente descritos e validados na literatura^{13,14}. Várias das habituais técnicas de TCC, já descritas, podem ser diretamente aplicadas em adolescentes com PAI. A imaturidade emocional e cognitiva dos jovens poderá constituir um entrave na aplicação da TCC, uma vez que para que a TCC possa ser utilizada nestas faixas etárias, os pacientes devem não apenas de ter a capacidade de construir teorias e de metacognição, mas também de ter crítica sobre o psiquismo e estado mental de terceiros, por exemplo; “teoria da mente”⁶. É primordial que os pacientes compreendam a relação entre o eixo emoção-pensamento-comportamento de forma a conseguirem identificar as suas atitudes e reações, o que constitui um fator determinante à mudança.

É na puberdade que o desenvolvimento cerebral, em particular do córtex pré-frontal, sofre alterações mais marcadas a nível das funções executivas, refinando processos mentais como a tomada de decisões, o controle emocional, o planeamento e o controle dos impulsos, sendo amplamente reconhecida a utilidade e benefício da TCC em adolescentes¹⁵. Estes resultados são ainda reforçados pelo fato de que, contrariamente aos adultos – que apresentam funcionamentos e pensamentos mal adaptativos enraizados e exacerbados e,

por vezes, de difícil mobilização – os adolescentes têm geralmente maior plasticidade cognitiva, o que lhes confere uma vantagem quando à facilidade, versatilidade e maior adaptação à mudança⁶, sugerindo um efeito benéfico no tratamento precoce, na adolescência, comparativamente com o tratamento de início na idade adulta. Paralelamente, apesar dos estudos da utilização de TCC em crianças não apresentarem resultados tão promissores, comparativamente aos adolescentes, estes demonstraram que a TCC pode também ser utilizada em crianças pré-pubertárias, na Fase de Latência, cujo sucesso terapêutico poderá estar determinado pelo grau de desenvolvimento cognitivo do paciente.

Neste sentido, alguns autores defendem a necessidade de adaptação da abordagem psicoterapêutica aos adolescentes, referindo que esta deve focar-se principalmente na motivação e envolvimento do adolescente no processo terapêutico, promovendo uma intervenção flexível na sua estrutura, que se adapte ao desenvolvimento emocional e cognitivo do jovem¹⁵.

A TCC constitui uma das principais indicações terapêuticas nas PAI, considerando a origem cognitiva da psicopatologia envolvida associada à avaliação exagerada do peso, formas corporais e pensamentos frequentemente ruminativos, além da própria evidência científica já descrita anteriormente¹⁶. As *guidelines* mundiais das opções terapêuticas nas perturbações alimentares sugerem a TCC enquanto psicoterapia de primeira linha na BN, PAI compulsiva e NA, e ainda nas PAI COE ou NE, aquele que é o diagnóstico mais frequente neste grupo de perturbações, nos estudos de prevalência.

A TCC vem vastamente descrita na literatura enquanto principal psicoterapia baseada na evidência para a BN e PIA compulsiva², mas os estudos revelam-se mais escassos e limitados quanto às opções terapêuticas na AN. Alguns estudos, identificam a Terapia Familiar com vertente Comportamental enquanto psicoterapia de primeira linha, na AN¹⁷. No entanto, nas PAI, as opiniões quanto ao envolvimento parental na intervenção e abordagem psicoterapêutica dos adolescentes dividem-se, dependendo de variados fatores¹⁵. Na AN, o benefício – e inclusive necessidade do envolvimento parental – é motivado predominantemente pelos potenciais riscos clínicos inerentes à própria doença, ao facto de se tratar de uma população geralmente fracamente motivada para a mudança e tratamento, implicando, por isso, o envolvimento parental intensivo e obrigatório no tratamento destes adolescentes – quanto menor a idade e maior o risco clínico, mais envolvidos deverão estar os pais no processo terapêutico. Na BN, o envolvimento parental é controverso⁶.

Apesar do previamente descrito, a TCC tem vindo a ser gradualmente considerada, por muitos autores, uma psicoterapia promissora no tratamento da AN, com evidência científica, particularmente a TCC “Potencializada” (TCC-P, tradução livre de *Cognitive-Behavioral Therapy Enhanced* – CBT-E). A TCC-P tem sido também utilizada na BN, sendo considerado o tratamento mais eficaz nas PAI, comparativamente a outras abordagens terapêuticas, nomeadamente outras psicoterapias ou mesmo medicação, exceto na AN¹⁴.

Vários estudos têm investigado os principais fatores preditores de sucesso numa intervenção cognitivo-comportamental, nos quais a alteração precoce de sintomas e a aliança terapêutica se encontram de entre os mais estudados. Os achados sugerem que a fase inicial da TCC nas PAI é decisiva na obtenção de resultados terapêuticos favoráveis e no estabelecimento de uma aliança terapêutica robusta. Estes achados sugerem que os profissionais de saúde mental devem promover a modificação comportamental ativa dos pacientes, numa fase inicial do tratamento, e que esta não deve ser adiada. Nas PAI, estes incentivos à alteração de padrões comportamentais disfuncionais incluem a realização de tarefas que visem normalizar a ingestão alimentar (BN) ou o aumento de peso (AN), e a redução do recurso a métodos de controlo de peso, referindo ainda que a instituição precoce destas adaptações terapêuticas fortalece a criação de uma aliança terapêutica forte¹⁷.

Apesar dos diversos estudos elaborados que demonstram a eficácia e efetividade da TCC nas PAI, validando o benefício e indicação da sua utilização, é importante relembrar que a utilização adequada destes programas é de extrema relevância para a obtenção de um resultado otimizado, e que a aplicação de uma boa técnica assenta na estruturação já estudada e definida das sessões. Não obstante, estudos demonstram que frequentemente os técnicos envolvidos não seguem a organização e planeamento definido. Segundo Waller et al.¹⁸, a presença de fatores como a idade e o nível de ansiedade do terapeuta estão associados a pior utilização de técnicas de TCC nas PAI, especialmente aqueles que são mais comportamentais em natureza. Mais ainda, alguns terapeutas têm contra-attitudes face à utilização de manuais, o que prejudica os resultados do tratamento, existindo ainda uma tendência dos clínicos considerarem que as suas técnicas e abordagens sejam superiores ao nível real das suas competências. Posteriormente, isto leva os técnicos a atribuir a falência psicoterapêutica ao paciente, mais do que ao facto de não terem aplicado uma intervenção baseada em evidências. Desta forma, apesar de evidências científicas em contrário, muitos clínicos continuam a assumir que a sua intuição e julgamento são fatores mais decisivos a resultado favorável, do que a aplicação da informação dos manuais¹⁹.

3.5. Terapia cognitivo-comportamental na anorexia nervosa

Na avaliação inicial, é primordial que o terapeuta ofereça um ambiente de abertura e de confiança para com o paciente, com vista ao estabelecimento de uma aliança terapêutica. Nos casos frequentes de AN, em que o paciente se encontre em negação ou desvalorização dos seus sinais e sintomas, julgamentos de valor sobre a condição física do paciente devem ser evitados, e o enfoque deverá assentar no estabelecimento de um apoio empático, com vista a motivar o paciente para o tratamento.

A utilização da TCC no tratamento da AN foi primeiramente descrita em 1982 por Garner et al.²⁰, que aplicaram os princípios da teoria cognitiva de Beck a casos de AN. A sua perspetiva cognitivo-comportamental considera que os sintomas alimentares são principalmente sustentados por um

conjunto de características de ideias pessoais sobrevalorizadas sobre o peso e forma corporal. Uma abordagem alternativa foi posteriormente oferecida em 1993 por Fairburn²¹, contemplando o tratamento da BN, embora a estrutura de ambas as intervenções seja muito semelhante. Cada sessão envolve:

1. Planejamento;
2. Revisão da auto-monitorização;
3. Identificação e modificação de comportamentos disfuncionais, esquemas e crenças;
4. Sumarização da sessão e atribuição de tarefas em ambulatório.

No entanto, há importantes diferenças na abordagem de ambas patologias que se baseiam nas diferentes características de cada doença, relativamente a fatores como motivação para o tratamento, ganho ponderal e a introdução de comportamentos de auto-monitorização. Na AN, particularmente, poderá ser realizada uma abordagem mais dirigida à fraca motivação, ao registo do peso corporal do paciente, discussão do peso face aos objetivos, revisão de complicações físicas e planeamento alimentar. Mais ainda, o formato da terapia deve ser adaptado à idade e particularidades clínicas do paciente, em que as sessões poderão ser definidas num contexto individual, familiar ou ambos. Uma vez que a maioria dos pacientes não procura ajuda voluntariamente. Intervenções empáticas e motivacionais devem ser frequentemente utilizadas durante todo o tratamento, no sentido de eliminar a inanição, reduzir atitudes disfuncionais relativamente ao peso, forma e auto-valorização, diminuindo o risco de recidiva⁹.

Em 2008, Fairburn¹⁶ apresentou uma avaliação “transdiagnóstica” das PAI, aplicáveis a ambas AN e BN, em que identifica semelhanças nas bases psicopatológicas das várias perturbações alimentares, às quais poderia ser aplicável a utilização da TCC-P, baseada na transversalidade teórica dos processos psíquicos nestas perturbações alimentares, nomeadamente:

1. Perfeccionismo;
2. Intolerância afetiva e *coping* difícil com estados de humor extremados;
3. Sentimentos marcados de auto-desvalorização;
4. Dificuldades interpessoais, cujo impacto deverá ser particular e individualmente avaliado em casos nos quais não se observe evolução clínica do doente.

Desta forma, Fairburn considerava que uma vez que a psicopatologia é mantida através de um conjunto de mecanismos comuns, e que, assim, os tratamentos desenhados para incidir nestes mecanismos devem ser transversalmente eficazes em todas as categorias diagnósticas das PAI^{14,16,22}. Estas considerações deram origem à TCC-P, já referida anteriormente, que foi construída a partir da TCC-BN, mas cujo enfoque passa pela abordagem à psicopatologia, e não ao diagnóstico *per se*^{13,23}. Assim, o principal objetivo a TCC-P passa

por oferecer um tratamento altamente individualizado e flexível, altamente detalhado, no seu guia de tratamento estruturado, na qual a estratégia cognitiva central é a criação de uma formulação personalizada dos principais mecanismos de manutenção, aos quais será dirigido o tratamento¹⁶. O TCC-P tem sido investigado enquanto tratamento para a AN, tanto em adultos como em adolescentes, com resultados promissores.

Desta forma, a abordagem TCC-P da AN poderá dividir-se em 3 fases, com sessões de 40-50 minutos, ao longo de 40 semanas, podendo durar entre 1 a 2 anos:

- **Fase 1:** estabelecimento de uma aliança terapêutica forte e motivação do paciente para a mudança e tratamento, através da empatia, colaboração e respeito pela individualidade do paciente, a da sua visão ego-sintônica da AN, promovendo a psico-educação, face a questões nutricionais, metabolismo, peso corporal e efeitos da dieta restritiva, alertando para os perigos da patologia;
- **Fase 2:** normalização dos padrões alimentares e peso corporal, e identificar a psicopatologia alimentar. Após o estabelecimento de uma relação terapêutica colaborativa e de motivação para a mudança, o terapeuta trabalha os conceitos de IMC saudável baixo (IMC 19 – 20Kg/m²) e desenvolve um planeamento de aumento de peso (habitualmente 0,5Kg/semana). Incentiva-se o paciente a elaborar uma auto-monitorização através do registo diário do peso corporal, da ingesta alimentar, de purgas, ingestão de laxantes, bem como de pensamentos ou sentimentos associados a estes comportamentos. Alguns métodos utilizados na modificação de padrões alimentares incluem a exposição planeada e antecipada de determinados alimentos, o adiamento do uso de laxativos e distração de pensamentos perturbadores durante a ingestão alimentar, bem como a adesão a atividades satisfatórias após momentos alimentares. Perante a perspectiva de hospitalização, deverá ser oferecida à paciente a oportunidade de estabelecer um objetivo específico de aumento de peso, com vista a evitar a hospitalização, se aplicável à situação clínica. As medidas potencializadas, dirigidas à psicopatologia são integradas nas estratégias de ganho ponderal, focando-se na limitação e restrição alimentar, potenciando a capacidade de gerir estados de humor e eventos diários, posteriormente, abordando situações de retrocesso e estados mentais;
- **Fase 3:** foca-se na manutenção do peso corporal saudável e na apreciação de um estado livre de inanição. Envolve a aprendizagem e aceitação do seu novo peso atual e apreciação do seu “novo *self*”.

Com a aproximação do final do tratamento, as sessões passam a acontecer quinzenalmente, e o terapeuta deve preparar o término do tratamento e a recuperação do paciente. Neste momento, deverá ser desenhado um plano personalizado para identificar e abordar problemas residuais relativos

à perturbação alimentar e identificar possíveis retrocessos, de forma a prevenir a recidiva. Habitualmente, é marcada uma sessão de revisão 20 semanas após o término do tratamento⁷.

Em adolescentes, o tratamento com TCC-P na AN é semelhante ao aplicado a adultos, com estrutura, estratégias e procedimentos idênticos. No entanto, a abordagem ao adolescente difere na medida em que o tratamento tende a ser mais curto e a mudança frequentemente surge de forma mais rápida (por exemplo, 30 sessões poderão ser suficientes em pacientes com baixo peso), e ainda no facto do envolvimento parental poder ser necessário, conforme referido anteriormente²².

3.6. Terapia cognitivo-comportamental na bulimia nervosa

O tratamento da BN com TCC (TCC-BN) foi inicialmente descrito em 1981 por Fairburn²⁴. Desde então, a teoria e procedimentos cognitivo-comportamentais têm vindo a ser desenvolvidos, incluindo a publicação do tratamento completo, em manual, posteriormente suplementado e elaborado, que tem vindo a ser extensamente aplicado e estudado em diversos estudos. Na última década a TCC-BN tem sofrido alterações, sendo refinada e adaptada de forma a responder a todas as formas de PAI, resultando na abordagem transdiagnóstica¹³, já referida anteriormente, que potenciou o desenvolvimento da nova versão de tratamento, a TCC-P. Esta forma cognitivo-comportamental potencializada aborda processos psicopatológicos externos à perturbação alimentar. Neste sentido, na BN, os processos primordiais que potenciam a manutenção da doença no paciente são a hiperavaliação da forma e do peso corporal – a “psicopatologia nuclear” – das quais derivam as restrições alimentares, o controlo do peso, o evitamento e a preocupação e pensamentos excessivos sobre a forma, peso e alimentação¹⁶. A única característica da BN que não resulta da expressão direta da psicopatologia primária é a compulsão alimentar, que se considera ser um produto colateral das tentativas de restrição alimentar²³. Neste sentido, uma falha no cumprimento do plano alimentar é interpretada enquanto falha pessoal, e não enquanto padrões excessivamente exigentes sobre o próprio, o que potencia a auto-avaliação já extremamente negativa. Assim, o foco do tratamento não se deve ser apenas nos sintomas de ingestão compulsiva, mas deverá incidir também sobre a restrição alimentar, a alteração adversa a estados de humor e à sobreavaliação do peso, forma e ingesta alimentar²⁰.

O tratamento sugerido por Fairburn¹³ é composto por 15 a 20 sessões, durante aproximadamente 5 meses, orientada para o problema, numa abordagem individualizada sobre o sistema de manutenção dos sintomas e desenvolvimento de estratégias e intervenções, que visam:

1. Criação de um plano alimentar flexível mas consistente, com inclusão alimentar diversificada;
2. Gerir situações de risco para a compulsão alimentar e purga;
3. Trabalhar a redução das preocupações com o peso e o corpo;

4. Prevenir a recaída após o tratamento.

Desta forma, são definidas as fases de tratamento da TCC-BN:

- **Fase 1:** Esta fase visa a elaboração colaborativa, entre o terapeuta e o paciente, dos fatores de manutenção, cujos objetivos são a psico-educação, o planeamento alimentar e a auto-monitorização da ingesta e compulsões alimentares, de episódios de purga, e das circunstâncias nas quais estas ocorrem. É realizada uma pesagem semanal, em cada sessão;
- **Fase 2:** É elaborada a revisão dos progressos obtidos, com reajuste do foco e abordagem de tratamento, se necessário;
- **Fase 3:** são introduzidos produtos alimentares “temidos” pelo paciente, abordadas as preocupações sobre o peso e a forma corporal, bem como os fatores desencadeantes de compulsão alimentar, p. ex., conflitos interpessoais. A evitação de atividades baseado na insatisfação corporal também deve ser explorado e realizado um planeamento para ultrapassar esta dificuldade;
- **Fase 4:** É realizada uma revisão do progresso clínico, discutidos fatores que possam induzir possíveis recaídas futuras, e discutidas estratégias de redução de risco. Os estudos demonstram que a introdução de um planeamento alimentar regular está associada à redução de sintomas e episódios de compulsão laxativa.

Existe ainda evidência de que se houver redução de laxantes em 60%, por volta da sessão 4 do tratamento, a probabilidade de um resultado terapêutico favorável é superior, comparativamente aos pacientes que não atingem este critério¹⁴. À semelhança da AN, o envolvimento parental deve ser considerado, conforme o caso clínico, sendo que parte do processo terapêutico passa pela redução do sigilo e o envolvimento de familiares.

Atualmente a TCC é considerada o tratamento de primeira linha, bem como na PIA compulsiva, sendo mais eficaz do que apenas farmacologia. A TCC-BN tem um efeito significativo na frequência dos laxantes e compulsões, e sobre todo o espectro da psicopatologia da BN. Dentro dos que finalizam o tratamento, aproximadamente 40–50% cessam os comportamentos de laxantes/compulsão, com melhorias significativas, mesmo a longo prazo¹³. Têm sido desenvolvidas outras versões mais breves de TCC, nomeadamente, TCC auto-guiado em 10 sessões online enquanto primeira abordagem, para situações clínicas menos graves⁷.

4. Considerações Finais

A TCC é uma terapia baseada na evidência, mundialmente utilizada, cujo benefício e eficácia se encontra vastamente estudado na literatura. As últimas *guidelines* mundiais sobre as PAI recomendam a utilização de TCC dirigida às perturbações alimentares enquanto primeira linha no tratamento

de BN, PIA compulsiva e AN, bem como a sua utilização em casos clínicos atípicos que não cumpram totalmente os critérios diagnósticos para PAI, em adolescentes e adultos, com efeitos comprovados a curto e a longo prazo. A versão potencializada da TCC aparenta ter resultados mais favoráveis, particularmente em pacientes que apresentam psicopatologia mais severa. Em adolescentes, a abordagem deve ser mais flexível, dirigida e individualizada, considerando, quando adequado, o envolvimento parental no processo terapêutico.

Referências

- [1] American Psychiatric Association - APA. *DSM-5. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Climepsi Editores, Lisboa, Portugal, 5^a edição, 2014.
- [2] R. Murphy, S. Straebl, Z. Cooper, e C. G. Fairburn. Cognitive behavioral therapy for eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3):611–627, 2010.
- [3] W. Kaye. Neurobiology of anorexia and bulimia nervosa purdue ingestive behavior research center symposium influences on eating and body weight over the lifespan: children and adolescents. *Physiology & Behaviour*, 94(1):121–135, 2010.
- [4] M. Omiwole, C. Richardson, P. Huniewicz, E. Dettmer, e G. Paslakis. Review of mindfulness-related interventions to modify eating behaviors in adolescents. *Nutrients*, 11(12):2917, 2019.
- [5] A. Keski-Rahkonen e L. Mustelin. Epidemiology of eating disorders in europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6):340–345, 2016.
- [6] U. Schmidt. Cognitive behavioral approaches in adolescent anorexia and bulimia nervosa. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18(1):147–158, 2009.
- [7] P. Hay. Current approach to eating disorders: a clinical update. *Internal Medicine Journal*, 50(1):24–29, 2020.
- [8] C. Jacobi, C. Hayward, M. Zwaan, H. C. Kraemer, e W. S. Agras. Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin*, 130(1):19–65, 2004.
- [9] D. M. Garner e C. D. Keiper. Eating disorders. *Mexican Journal of Eating Disorders*, 1:1–26, 2010.
- [10] K. L. Klump, M. McGeue, e W. G. Iacono. Age differences in genetic and environmental influences on eating attitudes and behaviors in preadolescent and adolescent female twins. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(2):239–251, 2000.
- [11] S. S. Wu, E. Schoenfelder, e R. C. Hsiao. Cognitive behavioral therapy and motivational enhancement therapy. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 25(4):629–643, 2016.
- [12] J. S. Beck. *Terapia Cognitivo Comportamental: teoria e prática*. Artmed, Porto Alegre, RS, 2^a edição, 2013.
- [13] C. G. Fairburn, Z. Cooper, e R. Shafran. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5):509–528, 2003.
- [14] W. S. Agras. Cognitive behavior therapy for the eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 42(2):169–179, 2019.
- [15] J. R. Weisz e K. M. Hawley. Developmental factors in the treatment of adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1):21–43, 2002.
- [16] C. G. Fairburn. *The Transdiagnostic View and Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders*. Guilford Press, New York, USA, 2008.
- [17] H. Turner, R. Bryant-Waugh, e E. Marshall. The impact of early symptom change and therapeutic alliance on treatment outcome in cognitive-behavioural therapy for eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 73:165–169, 2015.
- [18] G. Waller, H. Stringer, e C. Meyer. What cognitive behavioral techniques do therapists report using when delivering cognitive behavioral therapy for the eating disorders? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(1):171–175, 2012.
- [19] W. M. Grove, D. H. Zald, B. S. Lebow, B. E. Snitz, e C. Nelson. Clinical versus mechanical prediction: a meta-analysis. *Psychological Assessment*, 12(1):19–30, 2000.
- [20] D. M. Garner, M. P. Olmsted, Y. Bohr, e P. E. Garfinkel. The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12(4):871–878, 1982.
- [21] C. G. Fairburn, R. Jones, R. C. Peveler, R. A. Hope, e M. E. O’Connor. The longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy and cognitive behavior therapy. *Archives of General Psychiatry*, 50:419–428, 1993.
- [22] R. Dalle Grave, M. El Ghoch, M. Sartirana, e S. Calugi. Cognitive behavioral therapy for anorexia nervosa: an update. *Current Psychiatry Reports*, 18(1):2, 2016.
- [23] Z. Cooper e C. G. Fairburn. The evolution of “enhanced” cognitive behavior therapy for eating disorders: learning from treatment nonresponse. *Cognitive Behavioural Practice*, 18(3):394–402, 2011.
- [24] C. Fairburn. A cognitive behavioural approach to the treatment of bulimia. *Psychological Medicine*, 11(4):707–711, 1981.

Notas Biográficas

Tânia B. Cavaco: é Médica interna de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, na Unidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, do Hospital Garcia de Orta, em Almada, Portugal. Especializada em Terapia Cognitivo-Comportamental em Crianças e Adolescentes, e em Competências de Terapia Comportamental Dialética em adolescentes e famílias. Atualmente, realizando formação avançada em Terapia Sistêmica e Familiar.
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1553-7244>

Ricardo Liz Almeida é Médico interno de Pediatria Médica, no Serviço de Pediatria Médica, Centro Hospitalar Tondela-Viseu, em Viseu, Portugal.
ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-6069-767X>

Ana Sofia Milheiro: é Médica interna de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, na Unidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, do Hospital Garcia de Orta, em Almada, Portugal. Atualmente, realizando formação avançada em Terapia Sistêmica e Familiar.
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-2076-5954>

Joana Reis Correia é Médica interna de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, no Departamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, em Lisboa, Portugal. Especializada em Terapia Cognitivo-Comportamental em Crianças e Adolescentes Atualmente, a realizar formação avançada em Psicodrama.
ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-1211-5414>