

## Terapia cognitiva e anorexia nervosa: uma análise da produção nacional

**Vanessa da Silva Valente Fonseca**<sup>1</sup>, vanessavalente@gmail.com; **Monalisa Maria Lauro**<sup>2</sup>; **Ana Lúcia Barros Contino**<sup>3</sup>

1. Graduanda em Psicologia pela Faculdade de Minas (FAMINAS), Muriaé, MG;
2. Mestre em Ciência da Religião pela Universidade Federal de Juiz de Fora; professora na Faculdade de Minas (FAMINAS);
3. Mestre em Cognição e Linguagem pela Universidade Estadual do Norte Fluminense (UENF); professora na Faculdade de Minas (FAMINAS).

**RESUMO:** A anorexia nervosa é um transtorno alimentar caracterizado por perda de peso acentuada e intencional, por limitações dietéticas auto-impostas, gerando conseqüências tanto para a família, como para as pessoas que sofrem deste transtorno. Neste artigo, limitou-se à discussão da aplicação da terapia cognitiva no tratamento deste transtorno. Como esta abordagem é cada vez mais reconhecida, julgou-se necessário avaliar a produção nacional sobre a terapia cognitiva e anorexia nervosa a partir da análise de artigos publicados nos últimos dez anos. Verificou-se a existência de pouca produção nesta área, especialmente em relação à recuperação e à prevenção de recaída.

**Palavras-chave:** anorexia nervosa, terapia cognitiva, produção nacional.

**RESUMEN:** La terapia cognitiva y anorexia nervosa: un análisis de la producción nacional. Anorexia nervosa es un trastorno alimentario

caracterizado por la pérdida de peso marcada e intencional, restricciones auto-impuestas en la dieta, generando consecuencias tanto para la familia y para las personas que sufren de este trastorno. En este artículo, la discusión se limita a la aplicación de la terapia cognitiva en el tratamiento de este trastorno. Una vez que este enfoque se reconoce cada vez más, se consideró necesario evaluar la producción nacional de la terapia cognitiva y anorexia nerviosa basado en el análisis de los artículos publicados en los últimos diez años. Se encontró que había poca producción en esta área, especialmente en relación con la recuperación y prevención de la recaída.

**Palabras llave:** anorexia nerviosa, la terapia cognitiva, la producción nacional.

**ABSTRACT: Cognitive therapy and nervous anorexia: an analysis of national production.** Nervous Anorexia is an eating disorder characterized by marked and intentional weight loss, self-imposed dietary restrictions, generating consequences both for the family and for people who suffer from this disorder. In this article, the discussion was limited to the application of cognitive therapy in the treatment of this disorder. As this approach is increasingly acknowledged, it was deemed necessary to assess the domestic production of cognitive therapy and nervous anorexia based on the analysis of articles published in the last ten years. It was found that there was little production in this area, especially in relation to the recovery and prevention of relapse.

**Keywords:** nervous anorexia, cognitive therapy, national production.

## Introdução

O objetivo deste trabalho foi realizar uma pesquisa de análise de produção científica nacional sobre terapia cognitiva e anorexia nervosa, a partir da análise

de artigos publicados na base de dados Scielo-Brasil, no período de fevereiro de 2002 a abril de 2012, e revistas especializadas em terapia cognitiva (**Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva** e **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**). A relevância em identificar e descrever essa produção encontra-se no importante papel que a terapia cognitiva pode ter na intervenção e tratamento desse distúrbio alimentar, que pode acarretar uma significativa taxa de morbidade e mortalidade. Como ponto de partida, apresenta-se uma caracterização da terapia cognitiva em suas três principais abordagens, seguida de uma descrição da terapia cognitiva na psicologia clínica brasileira. Em um segundo momento, a atenção volta-se para a discussão da anorexia nervosa e das possíveis intervenções segundo o modelo da terapia cognitivo-comportamental. Por fim, apresenta-se uma análise dos artigos nacionais que discutem a temática em questão.

Com este trabalho, espera-se, poder contribuir com a atuação do psicólogo cognitivo no tratamento da anorexia nervosa, sem, contudo, pretender esgotar o assunto, uma vez que a diversidade de fatores (sócio-culturais, biológicos, psicológicos) envolvidos nos quadros de anorexia nervosa requer uma intervenção multidisciplinar. Desta forma, entende-se a terapia cognitiva como mais uma intervenção relevante no tratamento deste distúrbio alimentar.

## **I – Caracterização da terapia cognitiva**

Aaron Beck (1921-) desenvolveu a terapia cognitiva no início da década de 60 na Universidade da Pensilvânia nos Estados Unidos, como uma psicoterapia breve para tratar a depressão. O modelo baseado nesta abordagem terapêutica sustenta a hipótese de que as pessoas são influenciadas pelas suas percepções e representações, as quais determinam suas respostas emocionais e comportamentais. Segundo Beck (1997), a terapia cognitiva é uma psicoterapia focal que aborda as cognições disfuncionais dos transtornos psiquiátricos, enfatizando em seu trabalho, particularmente as mudanças de pensamento e do sistema de crenças, a fim de modificar a maneira de pensar e as crenças disfuncionais, tornando-as mais adaptativas e, por conseguinte, promover mudanças emocionais e comportamentais duradouras.

A terapia cognitiva de Beck identifica três níveis de cognições: 1) pensamentos automáticos, que são os pensamentos involuntários, negativos, breves, disfuncionais, distorcidos que surgem de modo inesperado; 2) crenças intermediárias, também conhecidas como pressupostos subjacentes, pressupostos condicionais e crenças subjacentes, entendidas as regras, padrões, normas e atitudes adotadas para a conduta; e 3) crenças nucleares, crenças incondicionais

que vão se construindo e fortalecendo ao longo da vida, sendo moldadas pela percepção e a interpretação (KNAPP, 2004).

De acordo com Cordioli (2008), o terapeuta terá como meta produzir mudanças nestes níveis de cognição com o intuito de promover mudanças emocionais e comportamentais, baseando-se no pressuposto de que os sentimentos e os comportamentos remetem à maneira como o indivíduo percebe os acontecimentos de sua vida, o mundo representacional.

Portanto, corrigir as distorções do pensamento é o objetivo dessa abordagem, tornando o paciente flexível na avaliação dos eventos, ensinando-lhe a identificar, examinar e modificar as cognições distorcidas e ajudando-lhe a pensar e agir de forma mais realista. As intervenções cognitivas promovem alterações na cognição e no comportamento, e com a utilização das técnicas cognitivas e comportamentais é possível a alteração no comportamento levando à mudança na cognição (KNAPP, 2004; CORDIOLI, 2008).

Ao longo dos anos, esta abordagem psicoterápica foi adaptada a diversas populações, incluindo pacientes de toda faixa etária, desde a pré-escola até os idosos, e também a outros transtornos psiquiátricos, como por exemplo, ao transtorno obsessivo-compulsivo; ao estresse pós-traumático; à depressão recorrente e à esquizofrenia, sofrendo modificações em seu foco, na duração do tratamento e nas técnicas empregadas, mas mantendo o pressuposto teórico central de que a cognição media o comportamento humano em sua relação com o ambiente (KNAPP, 2004).

Antes dessa abordagem, predominavam na psicologia clínica as abordagens psicanalíticas, behavioristas e, em menor proporção, humanistas. A terapia de Beck partiu de vários conceitos psicanalíticos, sendo influenciadas pelo trabalho de Adler, Horney e Sullivan, analistas pós-freudianos, que enfatizavam a distorção da auto-imagem em seus estudos sobre a personalidade, pressagiando assim o desenvolvimento de formulações cognitivo-comportamentais nesta área. Além da abordagem psicanalista, o desenvolvimento da teoria e dos métodos cognitivo-comportamentais teve contribuição da teoria dos construtos pessoais (crenças nucleares ou auto-esquemas) de George Kelly (1905-1967) e a terapia racional-emotiva de Albert Ellis (1913-2007). A terapia cognitiva de Beck e a terapia racional emotivo-comportamental de Ellis focalizam as cognições para promover mudanças emocionais e comportamentais, enquanto a teoria dos construtos de Kelly defende o papel das emoções como preponderante na influência do comportamento (WRIGHT et al., 2008; GABALTA, 1997 apud RANGÉ et al., 2007).

Na atualidade, as abordagens cognitivas apresentam uma diversidade em seus princípios e procedimentos. Segundo Gabalta (1997 apud RANGÉ et al., 2007), as terapias cognitivas podem ser consideradas a partir de três modelos

distintos: reestruturação cognitiva; cognitivo-comportamental e construtivista. A terapia racional-emotiva comportamental é uma terapia de reestruturação cognitiva desenvolvida por Albert Ellis e baseia-se na idéia de que tanto as emoções como os comportamentos são produtos das crenças de um indivíduo e de sua interpretação da realidade. O objetivo desta terapia é ajudar o paciente na identificação de seus pensamentos irracionais ou disfuncionais, substituindo-os por pensamentos racionais ou efetivos.

Já o modelo de terapia cognitivo-comportamental – que foi desenvolvido por Donald Meichenbaum (1940-), David Barlow (1942-) e Marsha Lineham (1943-) – conceitua o pensamento como um conjunto de auto-enunciados que podem ser influenciados pelas leis do condicionamento, no intuito de ensinar habilidades cognitivas específicas aos pacientes. Por último, tem-se o modelo construtivista, desenvolvido por Michael Mahoney (1946-), que pressupõe que os seres humanos são participantes proativos em sua memória, e considera o conhecimento humano como interpessoal, evolutivo e proativo. Para ele, a experiência humana e o desenvolvimento pessoal refletem processos individualizados, auto-organizadores, que favorecem a manutenção dos padrões experimentais (CABALLO, 2006).

Contudo, estas distintas abordagens cognitivas aproximam-se em alguns aspectos, a saber: 1) atribuição dos transtornos emocionais e comportamentais a disfunções do processamento cognitivo; 2) a atividade cognitiva pode ser monitorada e alterada; assim o comportamento desejado pode ser influenciado mediante a mudança cognitiva; 3) foco nos problemas específicos e na modificação da cognição para obtenção de mudança de afeto; 4) adoção de intervenções de tempo limitado e de estilo educativo, enfatizando a modificação dos pensamentos disfuncionais e direcionando-se aos processos conscientes (GABALTA 1997 apud RANGÉ et al., 2007; KNAPP, 2004).

### **1.1 – As abordagens cognitivas na psicologia clínica brasileira**

No Brasil, desde que a profissão do psicólogo foi reconhecida, em 1962, a área clínica é predominante nas escolhas de atuação deste profissional. Pesquisas feitas em diferentes regiões do país entre os anos de 1986 e 1987 revelaram que a orientação teórica que fundamenta o trabalho clínico era predominantemente psicanalítica (37,1%), seguida da análise do comportamento (8,7%), da fenomenologia (6,8%), da Gestalt-terapia (3,5%), do psicodrama (2%) e outras escolhas ou escolha de nenhuma abordagem específica (41,9%). Atualmente pode-se notar uma importante diferença em relação a estes resultados e conforme aponta a pesquisa realizada nos anos de 2006 e 2008. Estas pesquisas mais atuais revelam o crescimento de diferentes abordagens, sendo predominante

a combinação de duas ou mais abordagens distintas; e a queda do número de percentual de psicólogos de orientação psicanalista (20%), em decorrência do crescimento de outras abordagens: comportamental, humanista, cognitivista e a sócio-histórica. Na antiga pesquisa feita em 1985, pode-se observar que as três últimas abordagens não foram sequer citadas, e somente neste momento, pode-se perceber que as terapias cognitivas, associadas ou não com as comportamentais, estão crescendo nos últimos anos no Brasil (YAMAMOTO; COSTA, 2010).

O surgimento das terapias cognitivas no Brasil está relacionado ao desenvolvimento da análise experimental do comportamento em São Paulo e no Rio de Janeiro com a prática clínica. O modelo cognitivo-comportamental em São Paulo surgiu no final da década de 80 e no início da década de 90, com os estudos dos transtornos de ansiedade, realizado por grupos de profissionais de orientação comportamental no AMBAN (Ambulatório de Ansiedade do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Em Campinas, a abordagem cognitivo-comportamental foi difundida com a criação do Centro Psicológico do Controle do Stress, e também no Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), onde o ensino e a pesquisa em psicologia da saúde tiveram seu enfoque baseado na abordagem cognitivo-comportamental. O modelo cognitivo-comportamental também foi favorecido pelo movimento construtivista em psicoterapia no Brasil, passando a ser ensinado na graduação e na especialização. No núcleo de Psicoterapia Cognitiva de São Paulo, foi realizado o primeiro curso de especialização (de 1992 a 2002), também realizado no AMBULIM (Instituto de Psiquiatria da USP). No ano de 1996, um grupo de construtivistas fundou a Associação Brasileira de Terapias Cognitivas Construtivistas (ABTCC) que se fundiu como a Sociedade Brasileira de Terapias Cognitivas (SBTC) um ano depois (GABALTA, 1997 apud RANGÉ et al., 2007).

No Rio de Janeiro, o enfoque cognitivo surgiu com a publicação em português do livro **Terapia Cognitiva da Depressão de Beck**. Na década de 80 na PUC- Rio, foi desenvolvida a formação dos primeiros mestres em psicologia clínica comportamental, e em 1983 foi fundado o Instituto de Psicoterapia Comportamental (IPC), formando vários profissionais na área. Mas foi apenas no início da década de 1990 que a abordagem de Beck passou a despertar interesse entre os profissionais cariocas. A partir dos estudos dos transtornos de ansiedade, vários profissionais passaram a considerar o modelo cognitivo como a principal referência teórica em seus trabalhos. Alguns profissionais começaram a conquistar espaço na área acadêmica a partir dos anos 1990, contribuindo para a implementação das terapias cognitivas nos cursos de graduação da UFRJ, PUC-RIO, UNESA, UVA. Em 1994, profissionais de psicologia passaram a atuar

no Grupo de Obesidade e Transtornos Alimentares (GOTA), situado no Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia (IEDE), em convênio com a UFRJ, onde foram implantados programas de tratamento de pacientes com transtornos alimentares (anorexia, bulimia e transtorno da compulsão alimentar periódico) individuais e em grupo. Os treinamentos nos hospitais também contribuíram para a formação dos profissionais. Na Santa Casa de Misericórdia, por exemplo, foi criado um setor de psicoterapia breve, onde os profissionais foram treinados em terapia cognitivo-comportamental para o atendimento dos pacientes de transtornos de ansiedade e também criado um setor para atendimento aos pacientes com transtorno obsessivo compulsivo (GABALTA, 1997 apud RANGÉ et al., 2007).

A década de 90 também foi marcante para o crescimento da terapia cognitivo-comportamental, quando parte do grupo de psicoterapeutas cognitivos do Rio de Janeiro organizou importantes eventos. Foi fundada a Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina Comportamental (ABPMC), em 1991, e realizado o I Encontro Brasileiro de Psicoterapia e Medicina Comportamental, em 1992, e o Encontro Internacional de Terapia Cognitivo-Comportamental, em 1993.

A popularidade das terapias cognitivas no Brasil começou a crescer de forma acelerada a partir de 2003 com o aumento das produções de profissionais da área, publicações de livros e de artigos científicos de autores brasileiros nos últimos 10 anos (RANGÉ et al., 2007). Dentre as diversas abordagens cognitivas, Rangé (et al., 1997) demonstram a predominância da orientação reestruturação cognitiva (24%), seguida da cognitivo-comportamental (17%) e da construtivista (8%). Além disso, 36% dos profissionais relatam combinar os dois primeiros modelos, 8% combinam o modelo de reestruturação com o construtivista, 1% combina o cognitivo-comportamental com o construtivista, e 3% combinam os três modelos citados<sup>1</sup>.

Com relação à distribuição geográfica, este estudo aponta o predomínio da região Sudeste, na qual teve início a abordagem clínica cognitiva no Brasil; esta concentra grande parte destes profissionais (69%), seguida das regiões

1. Dados obtidos de uma amostra de 248 profissionais, que responderam a um questionário virtual sobre tempo de experiência clínica, tipo de treinamento e de formação e cidade onde trabalha.

Nordeste (15%), Sul (13%), Centro-oeste e (2%) e no Norte (1%). No que se refere à experiência profissional, observa-se um número expressivo de profissionais com pouca experiência (51%, com até 5 anos de prática clínica), cerca de 20% tem de 5 a 10 anos de prática clínica e cerca de 3% já atuam a mais de 10 anos com a clínica cognitiva.

No presente artigo, limitou-se a discussão das terapias cognitivas, seus conceitos, métodos e técnica, focando sua aplicação aos transtornos alimentares na anorexia. A escolha se justifica uma vez que esta tem sido uma área em que este modelo terapêutico tem sido avaliado e reconhecido como eficaz (DUCHESNE; ALMEIDA, 2002).

## **II – Anorexia nervosa e terapia cognitivo-comportamental**

Têm-se relatos sobre a anorexia nervosa desde o século XVII, mas somente a partir do século XIX foi possível fazer uma nosologia médico-psiquiátrica deste distúrbio. O termo anorexia deriva do grego *an*, que significa “deficiência ou ausência de” e do termo *orexis*, que designa “apetite”. Assim, pode-se entender a anorexia como uma aversão à comida ou inapetência. Foi Willian Gull, em 1873, quem primeiro usou o termo anorexia nervosa para se referir à doença caracterizada por emagrecimento extremo, cuja falta de apetite é decorrente de um estado mental mórbido e não de qualquer disfunção gástrica, afetando principalmente as mulheres (NETO, 2003; JORGE; VITALE, 2008).

Desde então, a anorexia nervosa é entendida como um transtorno de comportamento alimentar caracterizado por uma perda de peso acentuada e intencional, por limitações dietéticas auto-impostas, pela presença de um padrão alimentar bizarro e por um pavor intenso e frequente relacionado ao ganho de peso, mesmo quando a magreza é extrema, denotando com isso um distúrbio da imagem corporal e trazendo conseqüências emocionais e clínicas, tanto para a família, como para as pessoas que sofrem deste transtorno (BUSSE, 2004).

Este transtorno é mais prevalente em mulheres do que em homens, ocorrendo entre a segunda e terceira década de vida, sendo mais comum o início aos 18 anos. Pacientes anoréxicos costumam colecionar receitas, preparar refeições para a família, mas recusam-se a comer em público e têm tendência ao perfeccionismo e dificuldade de adaptação a mudanças (DALGALARRONDO, 2008; KAPLAN, 1997).

Dentre os principais sintomas da anorexia nervosa, tem-se o humor deprimido, retraimento social, irritabilidade, insônia, redução do interesse por sexo e recusa de ingerir alimentos, principalmente os ricos em carboidratos e



gorduras. As complicações médicas incluem alterações neuroendócrinas, podendo causar pele seca, amarelada e recoberta por pelugem, unhas e cabelos quebradiços, anemia, tontura, sede excessiva, cefaléia, pouca tolerância a frio, distúrbios da coagulação, letargia, comprometimento de função renal associado com desidratação crônica e hipocalemia, osteoporose, complicações cardiovasculares, metabólicas, gastrintestinais, elevação do cortisol e diminuição da secreção de estrógeno, deterioração dos dentes, entre outros (EBERT et al., 2002; RANGÉ, 2001; BUSSE, 2004). O diagnóstico da anorexia nervosa, de acordo com o DSM IV (2002), é formulado a partir dos seguintes comportamentos: a recusa em manter o peso corporal dentro do nível adequado à idade e à altura; medo intenso de ganhar peso, mesmo quando se encontra com um peso abaixo do normal; perturbação no modo de vivenciar o peso ou a forma do corpo; negação do baixo peso corporal atual; nas mulheres pós-menarca, considera-se a ocorrência de amenorréia.

A anorexia nervosa divide-se em dois subtipos: a restritiva e a purgativa. No tipo restritivo, o indivíduo não se envolve regularmente em comportamento de comer compulsivamente ou de purgação, a perda de peso é conseguida através de jejuns, exercícios excessivos e por meio de dietas. No tipo purgativo, o indivíduo envolve-se regularmente em comportamento de comer compulsivamente ou de purgação, induzindo vômito, fazendo uso de laxantes e diuréticos. A taxa de suicídio é mais alta entre as pessoas com o tipo de compulsão purgativo do que entre aquelas com o tipo restritivo (KAPLAN, 1997; DSM IV, 2002).

Em casos de complicações no quadro clínico e de existência de um peso corporal 20% abaixo do peso esperado para a altura, é indicado um tratamento hospitalar. Alguns pacientes necessitam de hospitalização psiquiátrica, quando estão 30% abaixo do peso, podendo permanecer hospitalizados de dois a seis meses, dependendo do quadro clínico. O tratamento hospitalar é realizado por uma equipe multidisciplinar composta de psicólogos, nutricionistas, médicos psiquiatras e clínicos, entre outros. A abordagem deve ser um processo integrado, no qual a equipe trabalha para modificar comportamentos relacionados ao peso e à alimentação, envolvendo o uso de medicamentos, a reabilitação nutricional, a reeducação alimentar e abordagens psicoterápicas (KAPLAN, 1997; MÔNICA, ALMEIDA, 2002; KNAPP, 2004; BUSSE, 2004).

No que diz respeito ao tratamento de pacientes com anorexia nervosa, é de interesse aqui ressaltar o modelo psicoterapêutico cognitivo-comportamental (TCC), focado na identificação e modificação de crenças distorcidas que o paciente tem sobre si próprio. A terapia cognitivo-comportamental desenvolve-se por meio de várias técnicas que têm como objetivo o aumento do peso; a

diminuição de exercícios físicos; a diminuição do distúrbio da imagem corporal e da preocupação com o peso; a modificação do sistema disfuncional de crenças associadas à aparência; aumento de auto-estima; prevenção de recaídas e outros (CORDIOLI, 2008; RANGÉ, 2001; KNAPP, 2004).

## **2.1 – A intervenção terapêutica em TCC**

O foco da terapia cognitivo-comportamental é, portanto, ajudar o paciente a alcançar e manter padrões alimentares e de peso normais. A terapia poderá ser efetuada em quatro estágios. O primeiro estágio constitui-se de 14 sessões, que abordam a fobia à comida; a formulação de esquema cognitivo, enfocando as dificuldades interpessoais e as deficiências na resolução de problemas; a recuperação de peso, entre outros. O segundo estágio também é baseado em 14 sessões, que priorizam o aumento das habilidades sociais, prejudicadas devido à doença. O terceiro estágio prepara o paciente para o funcionamento autônomo, e em torno de 6 sessões são discutidas as técnicas para enfrentar futuras dificuldades e prevenção de recaídas. O quarto estágio está relacionado ao final do tratamento, consistindo em sessões mensais em um período de 3 meses (KNAPP, 2004).

A intervenção deve se apoiar em uma boa relação terapêutica, caracterizada pela confiança, respeito, interesse em ajudar e empenho em conquistar a credibilidade do paciente. Através desta boa relação, o terapeuta busca motivar o paciente para que este se empenhe na resolução das suas questões, na reestruturação dos seus pensamentos e crenças disfuncionais (CORDIOLI, 2008).

Junto a isto, o terapeuta cognitivo-comportamental deve fazer uso das técnicas mais indicadas no tratamento da anorexia. As técnicas cognitivas e comportamentais são usadas para mudar o pensamento, o humor e o comportamento, sendo que as comportamentais também são usadas para gerar mudanças cognitivas, da mesma forma que as cognitivas são usadas para gerar mudanças comportamentais. Cabe ressaltar que não há uma ordem fixa para estas técnicas serem usadas, portanto, as duas podem ser usadas conjunta ou separadamente (KNAPP, 2004). Neste artigo, deteve-se a apresentar algumas das técnicas mais utilizadas e indicadas no tratamento da anorexia nervosa.

Primeiramente, podem-se citar entre as técnicas cognitivas, o “registro diário dos pensamentos disfuncionais”. Essa técnica vai ajudar o paciente a auto-registrar suas cognições, aumentar a conscientização sobre pensamentos e imagens que influenciam nos seus sentimentos e comportamentos. O paciente registra a situação, o pensamento e o sentimento em que se encontra no momento de sua ocorrência ou dedica certo tempo para relembrar as situações em que surgiram. Baseando-se no auto-registro, o terapeuta e o paciente

trabalham conjuntamente para a identificação dos momentos que foram problemáticos, esboçando os planos de enfrentamento. Outra técnica é “vantagens e desvantagens”, que permite ao paciente abandonar os padrões de pensamentos dicotômicos, quando este aprende a relacionar as vantagens e desvantagens de cada situação, mudando as perspectivas e equilibrando as alternativas. Uma terceira técnica cognitiva é chamada de “ensaio cognitivo”, esta técnica refere-se ao ensaio detalhado e imaginário de uma tarefa, incluindo cada fase e as conseqüências. O objetivo desta técnica é fazer com que o paciente consiga imaginar-se superando cada fase da tarefa de uma maneira sistemática e focalizada, reforçando-se, desta forma, a capacidade do paciente em realizá-la (CABALLO, 1996; CAMINHA, 2003).

Entre as técnicas comportamentais, cabe mencionar a “exposição aos alimentos”. Nesta técnica, a comida é exposta ao paciente durante seis sessões. Durante a exposição, é possível perceber sentimentos, desejos, medos e preferências do paciente em relação à comida. O terapeuta trabalha com o paciente a normalização do padrão alimentar e a diminuição da atividade física, incentivando o paciente a se envolver com as tarefas para que a modificação do padrão alimentar seja realizada. Também é usada a técnica “treinamento de assertividade”, que corresponde às habilidades que o paciente deverá aprender, especificamente para aumentar seu prazer e sua auto-estima. Esta técnica inclui como fazer afirmações e solicitações legítimas, apresentar respostas e comportamentos assertivos fora da sessão, respeitando uma escala dos mais fáceis até os mais difíceis de serem realizados. Por fim, outra técnica muito usada é a do “role-play”, utilizada para a identificação dos pensamentos automáticos, desenvolvimento de uma resposta racional e modificações de crenças intermediárias e centrais. Através dessa técnica, a parte emocional do pensamento do paciente é representada através de argumentos da crença disfuncional, e o terapeuta representa a parte racional utilizando argumentos racionais, depois os papéis são invertidos. Essa técnica serve para que o terapeuta possa analisar o grau de credibilidade do paciente em relação a sua crença disfuncional (CORDIOLI, 2008; KNAPP, 2004; CAMINHA, 2003).

Estas técnicas não abarcam todas as possibilidades de intervenção nem todos os instrumentos da terapia cognitivo-comportamental com pacientes anoréxicos. Portanto, outras técnicas poderão ser usadas dependendo das comorbidades e patologias de cada paciente.

### **III – Metodologia**

Neste trabalho, realizou-se uma pesquisa de análise de produção científica nacional sobre terapia cognitiva e anorexia nervosa, a partir da análise de artigos

publicados na base de dados Scielo-Brasil, no período de fevereiro de 2002 a abril de 2012. Inicialmente foram selecionados artigos indexados nesta base de dados que continham os termos: “anorexia nervosa” “terapia cognitiva” e “transtorno alimentar” (n= 6). Em decorrência deste baixo número, realizou-se também uma busca em revistas brasileiras especializadas em terapia cognitiva (**Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva** e **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**), onde foram encontrados três artigos relacionados ao tema (n=3).

Posteriormente, foram excluídos artigos que tratavam do tema em estudo, mas não apresentavam uma discussão pormenorizada e diretamente focada na intervenção cognitiva. Após esta primeira seleção, restaram quatro artigos (n=4, sendo 3 encontrados no Scielo-Brasil e 1 na **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**). Estes artigos localizados foram então catalogados 1) segundo a região de publicação; 2) de acordo com a orientação teórica, proposta por Gabalda (1997 apud RANGE et al., 2007): reestruturação cognitiva, construtivista, cognitivo-comportamental; 3) quanto às técnicas utilizadas nas intervenções; 4) segundo o tipo de atendimento: individual, familiar e ou em grupo; e 5) quanto à perspectiva de recuperação e à prevenção de recaídas.

#### **IV – Resultados e discussão**

Dos artigos considerados, nesta análise, verificou-se que há uma concentração da produção na região Sudeste, especificamente em São Paulo e Rio de Janeiro (n=4). Isto pode ser compreendido pelo percurso histórico da abordagem das terapias cognitivas no Brasil, e pela significativa concentração destes profissionais nesta região, pois, conforme ressalta a pesquisa realizada por Rangé (2007), cerca de 69% dos terapeutas cognitivos atuam na região Sudeste.

Quanto à orientação teórica, foi encontrada uma maior referência à terapia cognitivo-comportamental (n=3), seguida da terapia construtivista (n=1) e nenhuma menção específica à reestruturação cognitiva (n=0). Estes dados são coerentes com outros estudos, que apontam uma maior eficácia da terapia cognitivo-comportamental nos tratamentos da anorexia nervosa (GARNER et al., 1993; WILSON, et al., 1991 apud DUCHENSNE, ALMEIDA, 2002). Entre as técnicas cognitivas e comportamentais indicadas no tratamento da anorexia, pode-se observar que as mais referenciadas pelos estudos analisados são: entre as comportamentais: diário alimentar; treino de habilidades sociais; desenho da imagem corporal. Entre as cognitivas: exame de evidências e registros de pensamentos disfuncionais. Estas

técnicas, juntamente com as mencionadas acima no tópico referente à intervenção da terapia cognitivo-comportamental na anorexia nervosa, estão entre as principais técnicas mencionadas nos principais manuais e livros de terapia cognitiva usados no Brasil (CABALLO, 1996; CORDIOLI, 2008; CAMINHA, 2003).

Dos artigos analisados, a maioria (n=3) reconhece a importância da atuação de uma equipe multidisciplinar, a necessidade de haver uma colaboração familiar no processo terapêutico e a relevância do atendimento tanto individual quanto em grupo. Portanto, apenas um artigo não mencionou o trabalho de uma equipe multidisciplinar.

Um fator que chamou nossa atenção é a pouca discussão sobre a prevenção de recaídas e as possibilidades de recuperação. Dos artigos considerados, apenas um menciona que é freqüente a recaída, pois os pacientes anoréxicos têm rígidas atitudes negativas em relação à comida, as quais interferem na recuperação, tornando-os resistentes às intervenções e ocasionando recusa ou desistência do tratamento.

#### **IV – Considerações finais**

A partir da análise desta produção científica nacional em terapia cognitiva e anorexia nervosa, pode-se concluir que, no Brasil, ainda há pouca investigação nesta área, especialmente em relação à recuperação e à prevenção de recaída. Basicamente as produções limitam-se às características da anorexia nervosa, apontamento dos possíveis tratamentos, com menção das principais técnicas, deixando a desejar quanto aos critérios fundamentais para o tratamento, recuperação e prevenção de recaída. Diante destes dados, faz-se necessária a realização de novas pesquisas, novos estudos, ampliando a base de dados, com o intuito de encontrar formas para trabalhar com a minimização da resistência ao tratamento, do abandono e da recaída.

#### **Referências**

BECK, Judith S. **Terapia cognitiva: teoria e prática**. Porto Alegre: Artmed, 1997.

BUSSE, Salvador de Rosis. **Anorexia, bulimia e obesidade**. São Paulo: Manole, 2004.

CABALLO, Vicente E. **Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento**. São Paulo: Santos, 1996.

CAMINHA, Renato M. (Org.). **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: teoria e prática**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

CORDIOLI, Aristides V. **Psicoterapias: abordagens atuais**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DSM-IV-TR. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

DUCHESNE, Mônica; ALMEIDA, Paola E. M. Terapia cognitivo-comportamental dos transtornos alimentares. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 24, 2002, p.49-53. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 15 jan. 2012.

EBERT, Michel; LOOSEN, Peter; NURCOMBE, Barry. **Psiquiatria: diagnóstico e tratamento**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

JORGE, Stella R. F.; VITALE, Maria Sylvia S. Entendendo a anorexia nervosa: foco no cuidado à saúde do adolescente. **Arquivos Sanny Pesquisa e Saúde**, v. 1, n.1, 2008, p. 57-71. Disponível em: <<http://www.cepsanny.com.br>>. Acesso em: 10 jan. 2012.

KAPLAN, Harold; SADOCK, Benjamin; GREBB, Jack. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 1997.

KNAPP, Paulo. **Terapia-comportamental na prática psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2004.



RANGÉ, Bernard, FALCONE, Eliane, M. O; SARDINHA, Aline. História e panorama atual das terapias cognitivas no Brasil. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 3, n. 3, 2007. Disponível em:<<http://pepsic.bvsalud.org>>. Acesso em: 09 fev. 2012.

RANGÉ, Bernard. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

VERAS, Aimorá Laus. Desenvolvimento e construção da imagem corporal na atualidade: um olhar cognitivo-comportamental. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 6, n. 2, p. 96-116, 2010. Disponível em:<<http://www.rbtc.org.br>>. Acesso em: 17 abr. 2012.

WRIGHT, Jessé; BASCO, Monica; Thase Michael. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

YAMAMOTO, Oswaldo H; COSTA, Ana Ludmila F. (Org.). **Escritos sobre a profissão de psicólogo no Brasil**. In: BASTOS, Antonio, V. B.; GOMIDE, Paula,



I. C. O psicólogo brasileiro: sua atuação e formação profissional. Natal: EDUFERN, 2010. p. 229-255.

YAMAMOTO, Oswaldo H; COSTA, Ana Ludmila F. (Org.). **Escritos sobre a profissão de psicólogo no Brasil.** In: BASTOS, Antonio, V. B.; GONDIN, Sonia, M. G.; ANDRADE, Jairo, E. B. O psicólogo brasileiro: sua atuação e formação profissional. O que mudou nas últimas décadas? Natal: EDUFERN, 2010. p. 257- 271.