

## A TERAPIA COGNITIVA-COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO DA BULIMIA NERVOSA

COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY IN THE TREATMENT OF BULIMIA NERVOSA

Isadora Moreira Bastos<sup>1</sup>  
Camila Medina Nogueira Moco<sup>2</sup>

**RESUMO:** A Bulimia Nervosa é considerada como um transtorno alimentar específico desde 1980, com a publicação do DSM-III e pode trazer um impacto significativo na vida do paciente, tanto para o aceitamento do diagnóstico e tanto para o andamento do tratamento. A terapia cognitivo comportamental, vem contribuindo significativamente para a melhora da Bulimia Nervosa, pois ajuda nos sintomas e faz prevenção contra recaídas, regressando para alteração das crenças disfuncionais dos seus pacientes, sendo considerada uma das psicoterapias mais eficazes no tratamento dos transtornos alimentares. O objetivo deste artigo é colocar em evidência a relevância da Terapia Cognitivo-Comportamental no tratamento da Bulimia Nervosa. Foram utilizados artigos indexados nas bases de dados Scielo, Pepsic e livros de psicologia, tendo como período de referência entre os anos de 2000 há 2020.

754

**Palavras-chave:** Terapia Cognitivo-Comportamental. Bulimia Nervosa. Tratamento.

**ABSTRACT:** Bulimia Nervosa has been considered a specific Eating Disorder since 1980, with the publication of the DSM-III, and it can have a significantly impact on the patient's life, both for acceptance of the diagnosis and the progress of the treatment. The Cognitive-Behavioral Therapy has contributed significantly to the improvements of Bulimia Nervosa, as it helps with symptoms and prevents relapse by changing back the dysfunctional beliefs of its patients, and is considered one of the most efficient Psychotherapies in the treatment of eating disorders. The objective of this article is to highlight the relevance of Cognitive Behavioral Therapy in the treatment of Bulimia Nervosa. Articles indexed in the Scielo, Pepsic and psychology book databases were used, with the reference period between the years 2000 to 2020.

**Keywords:** Cognitive-Behavioral Therapy. Nervous bulimia. Treatment.

<sup>1</sup>Acadêmica do curso de Psicologia do Centro Universitário Universidade.

<sup>2</sup>Orientadora e Psicóloga do Centro Universitário Universidade Redentor.

## INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares (TA'S) são marcados pelo receio mórbido de engordar, ingestão exacerbada de alimentos seguidas de purgação e uso exagerado de diuréticos e/ou laxantes, podendo comprometer de forma significativa o desempenho psicossocial e/ou a saúde física do sujeito em questão. Tais transtornos “são caracterizados por uma perturbação persistente na alimentação ou no comportamento relacionado à alimentação que resulta no consumo ou na absorção alterada de alimentos” (APA, 2014, p. 329).

As modificações realizadas na sociedade, no que se diz respeito ao ideal de beleza, aumentam as complicações associadas à afeição da estética corporal, que podem levar a danos e desencadear indícios de transtornos alimentares. Fairburn e Cooper (2016) revelam que o obstáculo para pacientes com transtorno alimentares, não é seguir uma dieta, ou comer compulsivamente, ou diminuir o peso ou purgar, mas sim as crenças e atitudes disfuncionais acentuadas cada vez mais culturalmente em relação ao peso e a forma.

Embora o diagnóstico dos transtornos alimentares levarem um impacto significativo na vida do paciente, tanto em questão ao processo de tratamento quanto para a aceitação, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) foi aceita como uma das principais abordagens para o tratamento dos transtornos alimentares (Duchesne & Almeida, 2002), pois contribui ajudando na prevenção de recaídas e ajudando na redução dos sintomas, sendo de extrema importância que o paciente esteja informado dos processos do tratamento.

Serão desenvolvidos neste artigo como objetivos gerais e específicos respectivamente: como a terapia cognitivo-comportamental ajuda no tratamento da bulimia nervosa e correlacionar os transtornos alimentares as mídias sociais, avaliar e traçar o perfil de pessoas que desenvolvem estes transtornos. Os tópicos bordados serão a bulimia nervosa, os transtornos alimentares, a terapia cognitivo-comportamental, as contribuições dessa abordagem no tratamento da bulimia e o esquema corporal nesses transtornos.

Este artigo se trata de uma revisão bibliográfica e tem como propósito apresentar a importância da Terapia Cognitivo-Comportamental como “opção-ouro” de tratamento para Bulimia Nervosa. Na eminência de construir este artigo, optou-se por publicações

referentes às últimas duas décadas em livros sobre o transtorno e a terapia, Scielo, Pepsic, entre outros meios eletrônicos.

## 2 METODOLOGIA

O artigo em questão trata-se de uma revisão bibliográfica, a partir de uma análise interpretativa e literária. Para tal, o presente estudo usou para buscar de material as seguintes palavras-chave: Bulimia Nervosa; Terapia Cognitivo-Comportamental; Tratamento; Psicoterapia; Transtornos Alimentares. Por ser uma revisão bibliográfica sobre o tratamento da bulimia nervosa, foram utilizados livros de psicologia, como período de referência nas últimas duas décadas, artigos com base em dados Scielo, Pepsic.

Os materiais de base utilizados para inserção desta pesquisa foram livros e artigos referentes aos anos 2000 há 2021 sendo estes pesquisados em língua portuguesa e inglesa, que tivessem as expressões utilizadas nos descritores e/ou no título, ou ter adicionado no resumo conteúdos que relacionam fatos que desenvolvem o transtorno, as características e o diagnóstico da Bulimia Nervosa na Terapia Cognitivo-Comportamental. Foram rejeitadas as publicações que não estivessem em formato de editoriais, artigos científicos, resenhas.

Os artigos utilizados em relação ao DSM-IV foram repelidos os critérios para diagnóstico visto que já há o DSM-V. Foram utilizados apenas os parâmetros que demonstravam os tratamentos e a concepção referente à Bulimia Nervosa. Também foram eliminadas as publicações sobre a bulimia nervosa que traziam outras teorias da psicologia que não fossem baseadas na Terapia Cognitivo-Comportamental.

As pesquisas dos artigos que elaboraram esta revisão encontraram 14 artigos e 8 livros para as referências sobre a bulimia nervosa, nas citadas anteriormente 15 foram utilizadas neste estudo. Após a conclusão sobre os critérios estabelecidos, foi efetuada a leitura dos resumos e títulos, sem exclusões nesta etapa. Logo após, foi feita a leitura completa dos textos já selecionados, buscando agrupar os estudos relacionados à Terapia Cognitivo-Comportamental como forma de tratamento para a

bulimia nervosa, seus conceitos, critérios para diagnóstico e fatores desencadeantes, na qual se fez a utilização de 10 artigos científicos e capítulos de 5 livros para a formação

desta revisão. Em seguida da fundamentação teórica dos estudos, demarcação dos anos das publicações e idiomas, sucedeu-se a discussão, metodologia e conclusão do artigo.

Ao longo deste estudo foram descobertos diversos livros e artigos alusivos ao conceito de Bulimia Nervosa e a TCC como tratamento para esta, portanto foram identificados poucos livros e artigos que utilizaram os critérios diagnósticos avançados, conforme o DSM-5. Não se obteve um número extenso de emissões que tratam o histórico do transtorno.

### 3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

#### 3.1 TRANSTORNOS ALIMENTARES

No mundo em que vivemos hoje somos bombardeados por imagens de corpos em um padrão estético onde relacionam a magreza como um sucesso na vida e beleza, a apreensão com o corpo para de ser levada no lado do bem-estar e passa a ser um propósito a ser atingido, especialmente por meninas adolescentes, jovens e até adultas. Normalmente, durante a infância, já existe a inquietação com o corpo, relacionada à rejeição de quem não se encaixa aos padrões impostos. No entanto, considera-se uma patologia psiquiátrica que abrange as mulheres de todas as classes sociais. (IDA; SILVA, 2007).

Os transtornos alimentares são doenças psiquiátricas caracterizadas por graves alterações no comportamento alimentar e que afetam, na sua maioria, adolescentes e adultos jovens do sexo feminino, podendo originar prejuízos biológicos, psicológicos e aumentando a morbidade e a mortalidade. (BORGES *et al*, 2006, p. 340)

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais- DSM-V (2014) é a mais atual edição da Associação Psiquiátrica Americana (APA). Nesta edição, ele abrange mudanças importantes em relação a alguns transtornos. O propósito da modificação teve a intenção de “garantir que a nova classificação, com a inclusão, reformulação e exclusão de diagnósticos, fornecendo uma fonte segura e cientificamente embasada para aplicação em pesquisa e na prática clínica” (ARAÚJO; NETO, 2014, p. 70). No que se diz respeito ao capítulo dos transtornos alimentares, citado no DSM-V (2014), são caracterizados critérios diagnósticos para: Pica, ruminação, transtorno alimentar restritivo/evitativo, anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno de compulsão alimentar. Os mais conhecidos são a anorexia nervosa e a bulimia nervosa.

Embora os transtornos alimentares sejam bastante dissertados na modernidade, desde os seus parâmetros diagnósticos ao tratamento, eles não são distúrbios originados nesta época. Segundo Freitas (2007) *apud* Duchesne e Freitas (2011), já havia relato de condutas anoréxicas em cenários religiosos quatrocentos anos antes do reconhecimento clínico da anorexia nervosa. Na idade média, para encontrar a santidade, sujeitos religiosos se sujeitavam a jejuns e controle de apetite para se perceberem purificados. Contudo, a procura pela formosura espiritual que explicava o emagrecimento, deu lugar à uma caça pela beleza física e magreza na comunidade contemporânea.

A apresentação desta terapia tem ganhado grande campo de estudo em diferentes condições terapêuticas e a base desta estimulação está na atividade corporal. Para melhor sistematização da exposição dos principais conceitos a serem analisados neste estudo, eles serão dispostos em tópicos distintos.

### 3.2 BULIMIA NERVOSA

No que se diz à Bulimia Nervosa, segundo Cordás (2004), a nomenclatura *boulimos* era aplicada no período antes de Cristo, quando Hipócrates usava para retratar uma fome forte, descrevendo-a com doentia, que se define diferente da fome fisiológica.

A definição de bulimia nervosa, como entendemos hoje, nasce com Gerald Russell (1979) em Londres, a partir da apresentação de pacientes com peso normal, pavor de engordar, que tinham episódios bulímicos e vômitos autoinduzidos. Como alguns desses pacientes haviam mostrado anorexia nervosa no passado, levou em consideração, em um primeiro momento, que a bulimia seria uma seqüela desta. (CORDÁS, 2004, p. 156).

“O nome bulimia surgiu dos termos gregos *bous* (boi) ou *bou* (grande quantidade) e *limeos* (fome), ou seja, uma fome intensa, suficiente para devorar um boi.” (SOLZANO; CORDÁS in PHILIPPI 2011, p 5). Essa fome exacerbada se define pela ocorrência da compulsão alimentar, que é uma conduta de ingestão de alimento de maneira exacerbada em paralelo aos outros indivíduos. A fome abundante vem seguida de uma falta de controle, na qual, durante o episódio de compulsão, os sujeitos, mesmo sentindo-se saciados, não são capazes de parar com a ingestão alimentar.

Comentado [CM1]: Isadora, aqui senti falta de um parágrafo que resumisse as principais ideias que você trouxe para suavizar a transição para o próximo capítulo

Conforme DSM-V (2014), os ocorridos de descontrole podem ter como matrizes o olhar negativo sob a imagem corporal, estresse, restrições alimentares, dificuldade nas relações interpessoais, entre outros. Sujeitos com bulimia nervosa comumente possuem uma autoavaliação negativa sobre si e sobre sua imagem corporal, sentem desonra ou culpa pelos episódios sintomáticos que são demonstrados e procuram esconder das pessoas que fazem parte do seu cotidiano. No que se diz em relação à compulsão alimentar e a noção de mal-estar psíquico e físico, pessoas com este quadro clínico buscam diminuir o medo de ganhar peso, usando os comportamentos compensatórios, que podem trazer grandes danos clínicos como diz no (DSM5, 2014, p 348)

Não existem, atualmente, testes diagnósticos específicos para a bulimia nervosa. Entretanto, diversas anormalidades laboratoriais podem ocorrer em consequência da purgação e aumentar a certeza diagnóstica, incluindo anormalidades eletrolíticas, como hipocalemia (que pode provocar arritmias cardíacas), hipocloremia e hiponatremia.

“Pacientes com BN são mais impulsivos, muito críticos a respeito de si próprios, reagem exageradamente em situações de estresse e apresentam baixa autoestima.” (SOLZANO; CÓRDAS 2011, p. 12). Pessoas com bulimia nervosa têm uma apreensão intensa com o aumento de peso, em que se imagina o corpo magro. Toda idealização pode fazer com que esse sujeito demonstre bloqueio nas relações interpessoais, visto que, na maioria das vezes, atuam de modo precipitado. Fairburn e Cooper (2016) relatam que as pessoas com transtornos alimentares procuram a perda de peso, e não um peso especial. Os pacientes sentem aversão em ganhar peso. Portanto, essa busca dos sujeitos acometidos com o transtorno, não é vista como um problema e sim aplaudida, dificultando o processo de mudança.

Conforme o DSM-V (2014), às comorbidades podem ser entendidas como transtornos ligados a outros, em que não se atrelam a subgrupos, e passam por uma grande série de transtornos mentais. No que podemos dizer em relação às comorbidades da BN, sabe-se que manifestações depressivas e transtornos bipolares podem estar associados com o transtorno, os quais apresentam-se com maior frequência. Transtornos de ansiedade, transtornos de personalidade (Borderline aparece mais frequentemente) também podem ser comórbidos. Com a ocorrência cada vez mais ampla dos transtornos alimentares, inclusive da bulimia nervosa, é muitíssimo importante dominar e saber certas causas de riscos que podem motivar o quadro.

Observando o momento da sociedade atual, especialmente no ocidente, existe uma valorização muito alta do padrão corporal e de beleza mostrado na mídia e redes sociais. “Há valorização econômica e exaltação da mídia a atrizes e modelos, geralmente com peso abaixo do esperado, em oposição às ridicularizações sofridas por obesos de maneira geral” (PHILIPPI, 201, p.12). Este corpo magro, mostrado como ideal, principalmente pelas “blogueiras” e *influencers* digitais não é palpável para a grande parte da população, em razão dos fatores de genéticos, biológicos, sociais e culturais estarem incluídos e podem colaborar ou complicar a procura em sentido desta imagem.

É importante salientar que a formação da imagem corporal pode ser criada pelo entendimento em relação ao próprio corpo, incluindo forma, tamanho, a imagem e os sentimentos acerca dessas características. A imagem corporal ou autoimagem pode ser descrita como “a relação entre o corpo de uma pessoa e os processos cognitivos como crenças, valores e atitudes individuais” (PETROSKI; PELEGRINI; GLANER, 2012, p. 1072). De acordo com Coelho (2012), a construção da imagem corporal pode ser afetada por fatores emocionais, crenças sociais, pela sociedade e pela mídia.

Um motivo a ser relevado em relação a bulimia, é a adesão de dietas, principalmente dietas da moda, feitas na maioria das vezes sem assistência especial de profissionais capacitados. Na atualidade, há uma enorme propensão à aderência a dietas privativas que “são todas aquelas que incentivam a diminuição da ingestão de calorias ou a eliminação de grupos alimentares - por exemplo, contando calorias ou deixando de ingerir carboidratos ou gorduras - com o intuito de emagrecer.” (DERAM, 2018, p.18).

A preocupação exagerada com imagináveis ganhos de peso acaba por mudar a conduta alimentar tendo como fruto a redução cada vez maior de substâncias essenciais para a saúde. Silvia e Alves (2011) evidenciam que para conseguir o corpo ideal as pessoas se sujeitam a dietas restritivas demais e a prática exagerada de exercícios físicos, podendo então desenvolver um transtorno alimentar como anorexia nervosa ou bulimia nervosa.

Outro motivo muito comum é que, as pessoas que costumam realizar as restrições alimentares podem perder o autocontrole diante de ocorridos que possam trazer preocupações. “Muitas vezes os comportamentos apresentam-se de forma controversa, pois indivíduos que estão em restrição alimentar em situações cotidianas quando expostos a certas circunstâncias

tendem a ingerir alimentos em excesso” (COELHO, 2012, p. 198). A influência da midiática tanto para o “corpo perfeito” como para as dietas restritas como forma de manutenção de peso, trazem males cognitivos, físicos e emocionais para a grande maioria das pessoas, podendo suscitar a bulimia nervosa. Diante do grande impacto das atitudes alimentares alteradas pela mídia, sujeitos de diversas idades e ambiente martirizam-se com a ideia de que ser magro é o modelo perfeito para se viver

O entendimento em conexão à influência da mídia e às dietas restritas são essenciais para prudência e, também, para o reconhecimento antecipado da situação e maior êxito na intervenção dos transtornos alimentares, entre eles, da bulimia nervosa.

### **3.3 A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E SUAS CONTRIBUIÇÕES NO TRATAMENTO DA BULIMIA NERVOSA**

A Terapia Cognitivo-Comportamental é uma atuação psicoterápica que se fundamenta em evidências empíricas, usada por psicólogos a fim de ajudar seus pacientes afetados por algum transtorno psicológico ou problemas em sua vida. Traz validade para a respostas de várias adversidades, debatendo os “fatores cognitivos, emocionais e comportamentais no tratamento dos transtornos psiquiátricos” (DUCHESNE; ALMEIDA, 2002, p. 49).

Aaron Beck, perante seus estudos sobre a depressão, na metade da década de 70, começou a indagar a eficiência da teoria psicanalítica, elucidando que “os sintomas de depressão poderiam ser explicados em termos cognitivos como interpretações tendenciosas das situações, atribuídas à ativação de representações negativas de si mesmo, do mundo pessoal e do futuro (a tríade cognitiva)” (KNAPP; BECK, 2008, p. 56). Beck sugeriu uma atuação psicoterapêutica da Psicologia, tendo um método eficaz, regressado para as mudanças das crenças disfuncionais. A TCC está focalizada no modelo cognitivo, que traz a ideia de que um cenário gera conceitos involuntários, disfuncionais ou não, provocando uma reação comportamental, emocional e/ou fisiológica.

O modelo cognitivo propõe que o pensamento disfuncional (que influencia o humor e o pensamento do paciente) é comum a todos os transtornos psicológicos. Quando as pessoas aprendem a avaliar seus pensamentos de forma mais realista e adaptativa, elas obtêm uma melhora em seu estado emocional e no comportamento (BECK, 2013, p. 23).

Além do entendimento do modelo cognitivo, a compreensão das crenças, ideias e o modo de desempenho psíquico do paciente são fundamentais para a evolução do tratamento. Segundo



Beck (2020), é preciso fazer uma conceituação de cada paciente, entendendo as suas crenças e modelos de comportamentos. Desta forma, o terapeuta, para auxiliar o paciente a conseguir uma alteração emocional e comportamental, deverá, junto ao cliente, encontrar jeitos de alterar a sua cognição, trocando os pensamentos e o seu conjunto de crenças.

Com a aparição da TCC e seus avanços, os pacientes com transtornos alimentares, como a bulimia nervosa, têm sido beneficiados. O tratamento é indicado com assiduidade para o tratamento deste transtorno. “A indicação da TCC para TAs é o amplo reconhecimento acerca da eficácia dessa abordagem no tratamento da bulimia nervosa e, ainda, evidências sobre sua eficácia no tratamento de outros TAs não especificados” (MURPHY ET AL., 2010 APUD BANDEIRA E OLIVEIRA, 2015, P. 109).

No que se respeita ao começo da intervenção da Bulimia Nervosa, se faz fundamental através do avaliamto verificar a cooperação do paciente para entender o grau de comprometimento com o tratamento. Segundo Fairburn e Cooper (2016) é feita uma elaboração e a avaliação para o tratamento em uma atividade simultânea com o paciente, onde o terapeuta percebe a conduta do sujeito perante o processo, passando um olhar diferenciado em relação à natureza dos seus problemas.

762

Diante da avaliação, é plausível entender o comportamento do paciente, assim como seu pensamento diante do problema. Beck (2020), elucida que é importante que o terapeuta faça a avaliação do paciente para então compreender o caso de forma correta, esclarecendo as dificuldades presentes, o seu desempenho atual, as ocorrências e a sua história. Posto isto, a avaliação auxiliará na habituação do paciente perante a sua objeção atual.

A análise do paciente com Bulimia Nervosa é feita de forma vasta. De acordo com Attia e Walsh (2007) *apud* Duchesne e Freitas (2011) a avaliação deverá cobrir entendimentos psiquiátricos (como risco de suicídio, autoagressão e/ou abusos de substâncias) e cognitivos e clínicos e nutricionais (como a identificação do equilíbrio do peso, bem como funções cardíacas, renal, hepática alteradas, desnutrição e/ou desidratação). As perspectivas examinadas na avaliação irão indicar se o tratamento poderá vir a ter um tratamento ambulatorial ou internação hospitalar integral, parcial.

No que diz respeito à finalidade da terapia, perante o tratamento, Bacalhtuk e Hay (2004) propõem, em primeira parte, avaliar os sintomas compensatórios, como os ataques bulímicos.

Em seguida, alterar o comportamento de diminuição alimentar por uma adequação alimentar melhor e, por último, alterar os pensamentos disfuncionais e as emoções negativas em relação ao peso e à forma do corpo, o perfeccionismo excessivo e o pensamento dicotômico. É importante salientar que em frente aos objetivos traçados com o paciente, ele se sentirá mais à vontade em estar inteirado do processo.

Para o tratamento, também é fundamental e de grande importância encontrar as distorções dos pacientes acometidos com o transtorno e auxiliá-los a ter uma visão mais funcional. No que se refere às distorções cognitivas na bulimia nervosa, Bacalhtuk e Hay (2004) pontuam que os pacientes acometidos com o transtorno, possuem uma visão errada de que necessitam ser magros para serem bem-sucedidos e atraentes. Essas deturpações podem gerar desconforto na grande maioria dos pacientes, por estar direcionada no peso e na forma. Esses pacientes, então, pensam de forma excessivas: Os processos cognitivos mais frequentes nestes quadros (abstração seletiva, supergeneralização, magnificação, pensamento dicotômico, personalização e pensamento supersticioso) são definidos e examinados cuidadosamente, a fim de modificar os pensamentos e pressupostos automáticos (OLIVEIRA; DEIRO, 2013, p38).

763

De acordo com Fairburn & Cooper (2016) uma porção das pessoas faz uma autoavaliação, tendo como enfoque o seu crescimento em um agrupamento de domínios, como a virtude dos seus relacionamentos, desempenho profissional e esportivo. No entanto, pessoas com transtornos alimentares podem associar seu valor em relação ao seu peso, forma e sua eficácia em controlá-los. Portanto, suas deturpações se concentram à prática de mantimento e perda de peso assim como se sentir bonito apenas sendo magro, eles pensam: “se não estou completamente com o controle, isso significa que perdi todo o controle, que está tudo perdido e que posso então me faltar” (OLIVEIRA; DEIRO, 2013, p. 38).

É de extrema importância ajudar o paciente perante este quadro de distorção, para assim alterar suas crenças disfuncionais em relação a si. Bacalhtuk e Hay (2004) salientam a técnica em relação ao acréscimo da autoestima, que seria empenhar-se com o paciente aos vínculos interpessoais e iniciar a realização de situações que não eram realizadas antes, como, se olhar no espelho, ir à praia com trajes de banho e até mesmo usar roupas mais coladas ao corpo, trazendo à evidência que o automonitoramento dos pensamentos disfuncionais e o questionamento deles

poderão ser primordiais para o tratamento. De acordo com Bacalthuk e Hay (2004, p. 302), o tratamento para a bulimia nervosa é decomposto em quatro planos, sendo eles:

O primeiro, psicoeducativo, envolve informações sobre transtornos alimentares com episódios bulímicos, compulsão alimentar, suas consequências médicas, introdução à visão cognitiva da manutenção da BN. Em geral isso pode ser feito em uma sessão. O segundo estágio monitoramento dos comportamentos alimentares, têm uma duração média de duas sessões. No terceiro, ocorre a introdução de estratégias comportamentais para prevenir os episódios de compulsão alimentar e os comportamentos extremos para controle do peso e promover o autocontrole, com treinamento e técnicas para solução de problemas.

Outro fator de extrema importância neste primeiro momento, além da psicoeducação notado por Bacalthuk e Hay (2004), é o vínculo terapêutico. A excelência do tratamento depende também de sobressair ao paciente o interesse em ajudá-lo, para que ele coopere com o processo de tratamento e, assim, consiga alcançar bons rendimentos. “Além do seguimento adequado de um plano de tratamento, a TCC considera a qualidade da relação terapêutica, ou seja, o vínculo entre paciente e terapeuta, como fundamental” (OLIVEIRA; DEIRO, 2013, p. 40). Portanto, é importante deixar o paciente confortável, visto que aqueles afetados com a bulimia nervosa podem ter um bloqueio com o processo de tratamento por estarem comendo compulsivamente ou com comportamentos purgativos.

764

Colocar a família durante esse processo é importante, pois irá ajudar a expandir a eficácia do tratamento, bem como poderá ajudar em uma transformação na intimidade familiar. “Em relação ao papel da família no tratamento, a participação desta pode ajudar a criar uma estrutura de colaboração em que os pais/cônjuges tornem o meio facilitador de mudanças.” (OLIVEIRA; DEIRO, 2013, p.40). Fairburn e Cooper (2016) afirmam que se caso os pacientes tenham desejo, podem levar outras pessoas para a sessão, e elas podem trazer informações relevantes ou dar apoio moral, ficando apenas na sala de espera.

Antes da segunda etapa, o terapeuta propõe o automonitoramento das alimentações, integrando pensamentos e sentimentos associados ao ato de comer. Bacalthuk e Hay (2004), elucidam que o intuito é fazer com que haja uma regulação dos padrões alimentares, e entender melhor os fatores precipitantes dos episódios de compulsão e controle de peso. Uma ficha é utilizada para cada dia em toda hora que se come, anotando tudo que se come, adicionando os episódios de compulsórios. Essa sugestão, ajuda tanto ao terapeuta como o paciente a compreender seus próprios pensamentos e suas emoções perante a alimentação, ajudando-os a

“examinarem os hábitos alimentares inadequados e as circunstâncias em que os problemas surgem” (DUCHESNE; FREITAS, 2011, p.400).

Acerca do segundo plano, citado por Bacalthuk e Hay (2004), é de extrema necessidade a ajuda de uma equipe multiprofissional, em que se caracteriza também pelo acompanhamento alimentar. Fairburn e Cooper (2016) evidenciam que os pacientes são pesados uma vez por semana, porém é interessante que estes sejam comunicados sobre a pesagem na sessão, pois em sua maioria são resistentes a esta situação por sentirem medo ao se tratar do peso. Deste modo, se faz de suma importância o acompanhamento com um nutricionista para que possa ajudar na manutenção de peso e indicação de uma dieta alimentar, e o acompanhamento psiquiátrico para a inclusão de um tratamento medicamentoso. São indispensáveis para auxiliar no tratamento os “antidepressivos tricíclicos, inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRSs), como a fluoxetina, outros medicamentos são usados para tratar comorbidades específicas, como depressão ou ansiedade, e complicações médicas” (BACALTHUK; HAY, 2004, p. 301).

Embora os pacientes sintam um medo exagerado de engordar, a inserção da alimentação se faz indispensável para o tratamento. Ajudar o mesmo a preparar um esquema alimentar, segundo Bacalthuk e Hay (2004), é importante para o paciente, todavia, é relevante que eles sigam à risca a dieta, suportando a pressão em suprir episódios de compulsão alimentar ou pular refeições. É significativo elucidar que os pacientes podem engordar alguns quilos, o que os deixam aflitos. A psicoeducação é de extrema importância nesse momento, esclarecendo para o paciente que o ganho de peso não é relevante e que a redução dos episódios bulímicos vai aumentar a redução nas calorias ingeridas. Outra estratégia, colocada por Fairburn e Cooper (2016) é se centralizar na tentação de comer e entender que ele vai passar, no contexto de não cederem. Consequentemente o paciente pode acabar se sentindo mais calmo e tranquilo na reeducação alimentar.

No que se diz respeito aos últimos estágios, explicado por Bacalthuk e Hay (2004), que são as técnicas para evitar a compulsão alimentar, há o incentivo do autocontrole e às técnicas para resolução de problemas. Pode-se dizer, então, que a consistência desses últimos estágios é muito importante nesta fase do tratamento.

Bacalthuk e Hay (2004) no que se diz respeito às estratégias de compulsão alimentar e autocontrole, ressaltam que, a distração é de suma importância tanto para a compulsão, como

para a purga, como – por exemplo – conversar com alguém ou executar uma lista de atividades, nas fases mais difíceis, podendo fazer sair para caminhar, tomar banho e até mesmo pensar em algo logo após a alimentação. Com isto, o paciente estará com a mente mais distraída com as atividades sugeridas e conseguirá ter mais autocontrole em relação ao seu obstáculo frente à alimentação.

Fairburn e Cooper (2016) declaram que é importante a maximização da expectativa e da esperança dos pacientes em melhorar frente ao tratamento da Bulimia Nervosa. O terapeuta, então, conseguirá ajudá-los a continuarem motivados e positivos durante todo o processo para que eles se sintam mais calmos e aptos a alterações em seus comportamentos.

A técnica para resolução de problemas é, de acordo Bacalthuk e Hay (2004), um processo que deverá ser introduzido no tratamento da BN. É dividido em estágios que ajudarão o terapeuta a segui-la. No primeiro estágio, o terapeuta junto com o paciente, deverão determinar na situação, ressaltando que “não há circunstâncias que não possam ser resolvidas” e, logo após, encontrar o problema. Vale elucidar que as desvantagens e vantagens das circunstâncias devem ser listadas. A situação será avaliada, o resultado analisado e - se não estiver de acordo com as expectativas do paciente – outra solução é testada. O segundo passo é um dos mais importantes e faz-se, basicamente, em tirar as dietas. Para que isso ocorra os pacientes são aconselhados a fazer uma alimentação de forma regular. “Os pacientes são encorajados a incorporar esses alimentos nas suas refeições servindo-se de quantidades normais. Nestas sessões, a orientação nutricional é essencial e o conceito de pirâmide alimentar pode ser introduzido” (BACALTHUK; HAY, p. 304).

Em suma, é de grande necessidade, de acordo com Bacalthuk e Hay (2004), que o terapeuta ajuda o paciente para a prevenção de possíveis recaídas. A orientação dos “altos e baixos” e uma possível volta de alguns sintomas devem ficar esclarecidos nas últimas sessões. Uma lista de técnicas para lidarem nos momentos em se sentirem tendentes à uma recaída, é definida em conjunto na sessão. Evidenciando que, apesar de alguns sintomas aparecerem, não obrigatoriamente terá uma recaída. É necessário elevar a importância dessa abordagem psicoterápica, que garante melhoras relevantes nos pacientes acometidos com diversos transtornos, incluindo a Bulimia Nervosa. Tendo um plano construído e eficaz para o tratamento. **A abordagem em questão é baseada em evidências que se destaca por trazer formas**

de tratamento que geram grandes benefícios para os pacientes com o transtorno, permitindo a diminuição dos sintomas e uma vida mais operante.

Comentado [CM2]: Não entendi. Reescrever

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pacientes alterados pela bulimia sofrem por não conseguirem perceber de forma conscientes que estão doentes, porém, acreditam que estão fazendo o máximo e o correto para poder se sentirem bonitos e satisfeitos consigo mesmos, levando em consideração que suas motivações falam sobre perder peso e manter o controle, considerando o real bem-estar fisiológico. Assim que o problema é diagnosticado e aceito pelo paciente, é importante, então, ser feita a utilização de um tratamento que seja eficiente para remediar o transtorno. É necessário, também, pensar e perceber que a questão da Bulimia Nervosa, que gera desconforto para o cliente e família, precisará de uma atenção adequada, pois caso o tratamento não seja feito de modo correto e completo, sua eficácia não será garantida, o que poderá gerar problemas cada vez maiores, como o demérito acerca de tratamentos futuros, uma vez que o primeiro não resolveu o problema, causando transtornos ainda maiores na vida desses pacientes.

A mídia constantemente traz a ideia do “corpo perfeito” como padrão social, o que acaba por gerar uma autocobrança nas pessoas, que sempre usarão como parâmetro de comparação um padrão que, para muitas pessoas, é fisicamente inacessível. Essas mesmas comparações acerca do corpo exposto pela mídia, gera uma frustração que pode libertar um olhar crítico para si mesmo. A busca pela imagem ideal muitas vezes não consegue encontrar um equilíbrio, levando a uma não aceitação diante do próprio corpo. A expressão “perfeito”, utilizada por esses pacientes, reconsidera perda de peso de maneira desequilibrada, podendo ocasionar preocupações excessivas.

De modo geral, este artigo buscou considerar o plano de tratamento passo a passo da Bulimia Nervosa. Foi analisado não apenas o procedimento, mas, principalmente sua eficácia para a melhora do transtorno. Desse modo, evidencia o destaque da Terapia Cognitivo-Comportamental como sendo o método mais eficaz e adequado para o tratamento do transtorno citado.

Por tanto, o tratamento para a Bulimia Nervosa com base na TCC possui evidências suficientes que comprovam que essa abordagem traz diversos benefícios significativos na vida dos pacientes. Sendo, entre as terapias existentes, a mais eficaz e rápida para a melhora e prevenção de possíveis recaídas ao longo do tratamento, como foi abordado e exemplificado ao longo deste trabalho.

## REFERÊNCIAS

ASSOCIATION, American Psychiatric (Ed.). Bulimia Nervosa. In: **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. p. 345350.

APPOLINARIO, J.C.; CLAUDINO, A.M. Transtornos alimentares. **Rev Bras Psiquiatr**, v.22, n.2, 2000.

ANDRADE, L.H.S.G.; VIANA, M.C.; SILVEIRA, C.M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 33, n. 2, p. 43-54, 2006.

ARAÚJO, Álvaro Cabral; NETO, Francisco lotufo. A Nova Classificação Americana Para os Transtornos Mentais – o DSM-5. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, São Paulo, v. 16, n. 1, p.67-82, 2014.

BANDEIRA, Renata Groba; OLIVEIRA, Clarissa Tochetto de. Tratamento da anorexia nervosa nas terapias cognitivo-comportamentais de terceira geração. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, Brasília, v. 11, n. 2, p.105- 112, 2015.

BACALTHUK, Josué; HAY, Phillipa J. Terapia cognitivo-comportamental dos transtornos alimentares. In: COLABORADORES, Paulo Knapp e. **Terapia Cognitivo- Comportamental na Prática Psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2004. Cap. 18, p. 300310.

BECK, Judith S. **Terapia Cognitivo-comportamental: Teoria e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BORGES, Nádia Juliana Beraldo Goulart et al. TRANSTORNOS ALIMENTARES QUADRO CLÍNICO. **Transtornos Alimentares: Anorexia e Bulimia Nervosas**, Ribeirão Preto, p.340-348, 2006. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/389/390> COELHO, Alessandra. **Transtornos Alimentares**. São Paulo: Lotcon, 2012.

COLLIN, Catherine et al (Ed.). **O livro da Psicologia**. 2. ed. São Paulo: Globo Livros, 2016. p. 174-177

CÓRDAS, Táki Athanássios. Transtornos alimentares: Classificação e diagnóstico: Classification and Diagnosis of Eating Disorders. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, p.154-157, 15 set. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/bPfnNKhn/?format=>

DERAM, Sophie. **O peso das dietas**: Emagreça de forma sustentável dizendo não as dietas. 2. ed. Rio de Janeiro: Sextante, 2018. 255 p.

DUCHENSE, Monica; FREITAS, Silvia. Transtornos Alimentares. In: COLABORADORES, Bernard Rangé e. **Psicoterapias Cognitivo comportamentais**: um diálogo com a psiquiatria. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. Cap. 24. p. 393-408.

ESTIMA, Camilla de Chermont Prochnik et al. Comer em família: Impacto no comportamento de crianças e adolescentes. In: ALVARENSA, Marle; SCGLIUSI, Fernanda Baeza; PHILIPPI, Sonia Tucunduva. **Nutrição e Transtornos Alimentares**: Avaliação e tratamento. Berueri-sp: Manole, 2011. Cap. 12. p. 211- 220.

FAIRBURN, Christopher G.; COOPER, Zafra. Transtornos Alimentares: Um protocolo Transdiagnóstico. In: BARLOW, David H.. **Manual Clínico dos transtornos Psicológicos**: Tratamento passo a passo. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016. Cap. 17. p. 665-696.

KNAPP, Paulo; BECK, Aaron T.. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva: Cognitive therapy: foundations, conceptual models, applications and research. **Revista Brasileira Psiquiátrica**, Porto Alegre, p.54-64, 2008. OLIVEIRA, Leticia Langlois; DEIRO, Carolina Peixoto. Terapia Cognitivo Comportamental para Transtornos Alimentares: A Visão de Psicoterapeutas sobre o Tratamento. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, Rio Grande do Sul, v. n. 1, p.36-49, 2013.