

# TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL: TRATAMENTO DA ANOREXIA NERVOSA EM MULHERES JOVENS

*Cognitive-behavioral therapy: nervous anorexia treatment in young women*

*Terapia de conducta cognitiva: tratamiento de la anorexia nerviosa en mujeres jóvenes*

VIVIAN CARNEIRO GONÇALVES SOUZA<sup>9</sup>

ANA CRISTINA BECHARA BARROS FRÓES GARCIA<sup>10</sup>

**Resumo:** Este estudo tem por objetivo compilar as informações referentes à efetividade da terapia cognitivo-comportamental na anorexia nervosa em jovens do sexo feminino. Para tal, foi realizada uma revisão bibliográfica de produções anteriores em literatura científica. Considerada um transtorno alimentar caracterizado pelo medo excessivo de engordar e busca inconsequente pela magreza, acredita-se que a anorexia nervosa pode ter origem multifatorial, compreendendo fatores genéticos, hereditários, psicológicos e/ou sociais. Apesar da possibilidade de acometer homens e mulheres em idades distintas, este estudo ater-se-á ao público jovem feminino. Trata-se de uma doença grave que, caso não seja tratada por profissionais especializados, pode ocasionar consequências fatais. O acompanhamento dos responsáveis também terá papel crucial para o sucesso do tratamento. O foco do presente estudo está na importância do processo clínico baseado na terapia cognitivo comportamental, nessa jovem população, em direção ao desenvolvimento de um modelo de vida com maior qualidade e consciência.

**Palavras-chave:** anorexia; mulheres; terapia cognitivo-comportamental.

**Abstract:** *This study aims to compile information regarding the effectiveness of cognitive-behavioral therapy in nervous anorexia in young women. To this end, a bibliographic review of previous productions in scientific literature was carried out. Being considered as an eating disorder characterized by excessive fear of gaining weight and an inconsequential search for thinness, it is believed that nervous anorexia may have a multifactorial origin, comprising genetic, hereditary, psychological and / or social factors. Despite the possibility of affecting men and women at different ages, this study will focus on the young female population. It is a serious disease that, if not treated by specialized professionals, can cause fatal consequences. The follow-up of those responsible will also play a crucial role in the success of the treatment. The focus of the present study is on the importance of the clinical process based on cognitive behavioral therapy, in this young population, toward the development of a life model with higher quality and awareness.*

**Keywords:** anorexia; women; cognitive-behavioral therapy.

**Resumen:** *Este estudio tiene como objetivo recopilar información sobre la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en la anorexia nerviosa en mujeres jóvenes. Para ello, se realizó una revisión bibliográfica de producciones previas en la literatura científica. Considerado un trastorno de la alimentación caracterizado por el miedo excesivo a aumentar de peso y la búsqueda imprudente de la delgadez, se cree que la anorexia nerviosa puede tener un origen multifactorial, que comprende factores genéticos, hereditarios, psicológicos y / o sociales. A pesar de la posibilidad de afectar a hombres y mujeres de distintas edades, este estudio se centrará en el público femenino joven. Es una enfermedad grave que, si no es tratada por profesionales especializados, puede tener consecuencias fatales. El seguimiento de los responsables también jugará un papel crucial en el éxito del tratamiento. El foco de este estudio es la importancia del proceso clínico basado en la terapia cognitivo-conductual, en esta población joven, hacia el desarrollo de un modelo de vida con mayor calidad y conciencia.*

**Palabras llave:** anorexia; mujeres; terapia de conducta cognitiva.

<sup>9</sup> Psicóloga Clínica em atendimento individual. Experiência em Gestão de Pessoas nas Organizações. Pós-graduada em Gestão de Recursos Humanos pela Universidade Federal Fluminense. Graduada em Psicologia pela Universidade Estácio de Sá. Rua Camargo Paes, 538, Guanabara, Campinas, SP – CEP: 13.0073-350. E-mail: carneirovivian@yahoo.com.br. ORCID <https://orcid.org/0000-0002-1940-2574>.

<sup>10</sup> Psicóloga Clínica em atendimento individual, casal e família. Experiência em Terapia Cognitivo Comportamental na Prática Clínica. Mestre em Política Social pela Universidade Federal Fluminense; Docente do curso de Bacharel em Psicologia da Universidade Estácio de Sá; Diretora do Instituto de Psicologia e Controle do Stress – Unidade Niterói; Membro da Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia RJ; Presidente da Associação de Terapia de Família do Rio de Janeiro (2016-2020) e Diretora de Relações Institucionais da ATF-RJ (2020-2022). Rua Camargo Paes, 538, Guanabara, Campinas, SP – CEP: 13.0073-350. E-mail: cristinabfroes@gmail.com. ORCID 000-0001-8139-0669.

## Introdução

Considerada como um transtorno psiquiátrico, “a anorexia nervosa tem três características essenciais: restrição persistente da ingesta calórica; medo intenso de ganhar peso ou de engordar ou comportamento persistente que interfere no ganho de peso; e perturbação na percepção do próprio peso ou da própria forma” (DSM-5, 2014, p. 338). A prevalência de transtornos alimentares como a anorexia nervosa vem aumentando substancialmente nas últimas décadas, sendo adolescentes e jovens mulheres os principais atingidos (Santos; Júnior; Pessa; Santos, 1998). Fatores socioculturais relacionados a supervalorização do corpo, da alimentação, de exercícios físicos e demais hábitos saudáveis fomentam tal prevalência crescente. Segundo a mais recente versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), estima-se que a proporção de anorexia é de dez mulheres para cada homem, com início normalmente na adolescência ou em jovens adultos. Apesar de alguns relatos de exceção, dificilmente começa antes da puberdade ou após os 40 anos. Adicionalmente, segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que os transtornos alimentares afetem cerca de 4,7% da população brasileira. Se considerarmos exclusivamente o público jovem, este percentual pode chegar a 10%. Os transtornos alimentares podem ser determinados por inúmeros fatores e provém da interação entre premissas biológicas, culturais e experiências pessoais. Técnicas cognitivas e comportamentais têm demonstrado eficácia comprovada no tratamento dos referidos transtornos, apresentando significativa melhora nos quadros clínicos (Duchesne & Almeida, 2002). Sabe-se que o sucesso do tratamento exige apoio e intervenção multidisciplinar e integral, bem como orientação e suporte às famílias das pacientes. Contudo, esse artigo ater-se-á ao plano de tratamento baseado na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). Para esta pesquisa, o método utilizado foi a revisão bibliográfica da literatura disponível sobre o emprego da terapia cognitivo-comportamental na anorexia nervosa. Além das consultas a livros que fundamentaram teoricamente a pesquisa, as demais buscas foram direcionadas a estudos científicos em bases de dados como Pepsic, Scielo, Google Acadêmico e Revista Brasileira de Terapia Cognitiva. Foram pesquisados vinte e quatro estudos científicos e vinte e dois livros, contendo informações específicas sobre

transtornos alimentares, terapia cognitivo comportamental e imagem corporal feminina. As pesquisas ocorreram em literatura de psicologia, medicina psiquiátrica, nutrição, enfermagem e sociologia. Foram excluídas literaturas em línguas estrangeiras e com outras abordagens que não a terapia cognitivo comportamental.

## Aspectos Socioculturais da Anorexia Nervosa

Enquanto as formas arredondadas e volumosas faziam sucesso como modelo de beleza das mulheres no século XIX, foi no início do século XX que teve início a moda da mulher magra (Del Priore, 2000). Nesse momento já é possível identificar a relação da magreza com questões relacionadas ao sofrimento mental nas mulheres.

“O “tamanho”, ou seja, rubrica que passa a determinar a largura e a conformação do corpo em relação à roupa, torna-se uma espécie de forma anatômica. Além de constrangimento moral e não apenas corporal, o tamanho traduzia, num martírio mental e não mais físico, a linha de demarcação que passara a reprovar e estigmatizar toda mulher que extrapolasse” (Del Priore, 2000, p. 66).

Tão logo se começa a atrelar o corpo perfeito à magreza, uma crença coletiva de que a todos é possível atingir tal modelo de beleza padrão começa a surgir. O peso dessa possibilidade torna-se não somente uma escolha, mas uma obrigação das mulheres estarem constantemente em busca do emagrecimento, seja através de dietas, atividades físicas ou ambos (Del Priore, 2000). Conforme citado anteriormente, para cada homem com anorexia, existem nove mulheres com o mesmo problema. Segundo Oliveira & Hutz (2010), algumas poucas patologias psiquiátricas apresentam uma distribuição assimétrica no que diz respeito ao gênero, entre elas os transtornos alimentares. Em relação a insatisfação da imagem corporal gerada pela exposição à mídia, uma pesquisa realizada nas Ilhas Fiji em 2002 comprovou o que os pesquisadores supunham. Eles verificaram que após a televisão exibir mulheres magras e com beleza incomum, as moradoras da ilha passaram a reproduzir dietas e a apresentar transtornos alimentares, como a anorexia, antes não registrados no local. Anteriormente com índices satisfatórios de aceitação

corporal, as nativas da ilha passaram a almejar um corpo diferente dos seus próprios, mediante incontestável impacto das imagens televisivas (Cury, 2005). Desde os anos 60 inicia-se uma construção evolutiva da imagem feminina atrelada à magreza, espelhada em modelos e manequins com medidas cada vez menores. O desenvolvimento da busca pela magreza já era bem claro nos anos 80, quando uma pesquisa comprovou a mudança gradual no padrão estético das modelos da capa de uma revista entre 1959 e 1978 às candidatas do concurso “Miss América” desses anos 80. Através da pesquisa, verificou-se que as formas mais arredondadas das modelos iniciais foram gradativamente passando ao padrão corporal cada vez mais magro e disforme (Andrade & Bosi, 2003). O estudo da busca irracional pelo corpo feminino perfeito atrela-se a classes econômicas mais favorecidas, onde a magreza é relacionada fundamentalmente a imagens positivas, de perfeição e sucesso. O papel da mídia tem ratificado o progresso da tecnologia da beleza, impulsionando ainda mais a indústria da magreza (Andrade & Bosi, 2003). Como o padrão de beleza midiático estabelecido nas últimas décadas é biologicamente impossível de ser atingido por meios saudáveis, o movimento das mulheres para alcançá-lo têm atravessado a fronteira da saúde e se instaurado na descrição de doença. Desta forma, o desenvolvimento de comportamentos de risco como dietas extremas, atividades físicas em excesso e anorexígenos, tem sido impulsionado pelo medo intenso de engordar entre as adolescentes (Andrade & Bosi, 2003).

## **Fundamentos da Terapia Cognitivo-Comportamental**

Considerando que os transtornos alimentares podem ter origem em diversos fatores, este artigo utilizou a abordagem cognitivo-comportamental, que pode ser considerada como uma psicoterapia contemporânea. A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) tem dois princípios como base: nosso comportamento é influenciado pelas nossas crenças; e nossos pensamentos e emoções são diretamente afetados pelo modo como agimos (Wright, Basco & Thase, 2008). Trata-se de um modelo que permite abordar os transtornos alimentares com base em um sistema de crenças, que geram certas reações emocionais e comportamentais, desencadeando experiências alimentares equivocadas. Muito já foi estudado

sobre as diversas vertentes da TCC e alguns teóricos sugerem a separação didática delas em três ondas ou gerações. A primeira onda inclui modelos com enfoque comportamental de teóricos como: Skinner, Watson, Bandura, Wolpe, entre outros. A segunda onda é caracterizada pelas teorias de enfoque cognitivo, mais frequentemente atribuídas a Beck, com a Terapia Cognitiva e Albert Ellis com a Terapia Racional Emotiva Comportamental. A mais recente delas é a da terceira onda, baseada em modelos integrativos, visto que integram técnicas de abordagens distintas. Alguns exemplos de terapias classificadas como da terceira geração são: Terapia Comportamental Dialética de Linehan, Terapia do Esquema de Young, Terapia da Aceitação e Compromisso de Hayes e Terapia Metacognitiva de Wells (Melo et al., 2014). Com base nas pesquisas realizadas para este artigo, foi possível identificar a escassez de estudos que utilizam as terapias de terceira geração em casos de Anorexia Nervosa, sendo assim, o enfoque predominante será na segunda onda. Em 1960, Aaron T. Beck iniciou a aplicação de intervenções cognitivas e comportamentais em casos de depressão, sendo pioneiro em tais estudos. Mediante a conceitualização cognitiva da depressão, onde os sintomas se originavam em uma tríade cognitiva negativa, com três maneiras de pensamentos negativos: sobre si mesmo, sobre o mundo e sobre o futuro. Em seguida, Beck aborda a mesma temática de alterar crenças e comportamentos disfuncionais a outros transtornos, incluindo os transtornos alimentares (Wright et al., 2008). Segundo Judith S. Beck (2013), a disfuncionalidade dos pensamentos é comum a todos os transtornos psicológicos, influenciando no estado de humor, nos pensamentos automáticos e, conseqüentemente, na maneira do indivíduo se comportar. Ainda nesta linha, Albert Ellis criou a Terapia Racional Emotiva Comportamental (TREC). A TREC busca desafiar os pensamentos auto derrotistas para alcançar transformações emocionais e comportamentais, sendo considerada uma terapia voltada para soluções de problemas de maneira direta e eficiente. Baseia-se na ideia de que as pessoas funcionam com base em suas crenças, podendo tais crenças serem racionais ou irracionais (Rangé, 2007). Um dos pontos centrais da TREC é o conceito de crenças irracionais, que considera as interpretações e crenças desenvolvidas pelo indivíduo sobre si mesmo, sobre as outras pessoas e sobre o mundo em geral. Quando há incoerência, pouco embasamento empírico e impede o indivíduo

de estabelecer suas metas, podemos denominar as crenças como irracionais. Ainda que exista algo de racional que sustente o raciocínio sobre o evento que dispara as crenças irracionais, são raciocínios equivocados. Inversamente, quando as interpretações do indivíduo têm base empírica e seguem uma sequência lógica, as crenças são racionais, pois permitem uma dinâmica funcional de vida à pessoa (Lega, 2002). Desde pequeno, o indivíduo começa a originar suas crenças irracionais, visto que aceita e acredita em tudo que lhe é transmitido pelos pais ou cuidadores, incondicionalmente. Ainda que próprias da infância, algumas crenças como a ideia de que precisam ser amadas ou aprovadas pelas pessoas importantes para elas, podem gerar frustrações quando levadas à vida adulta (Ellis, 2003). Apesar da tendência inata do indivíduo para criar crenças irracionais a partir de suas experiências, as crenças também são aprendidas pelo meio social (Rangé & Fenster, 2004). Ellis criou ainda o Modelo ABC relacionado a perturbação emocional, onde A = Acontecimentos, B = Crenças (Beliefs) e C = Consequências emocionais e comportamentais. Ademais, sugeriu que é possível combater efetivamente as crenças irracionais, que incluem o D = Desafiar, no sentido de combater ou debater, mediante utilização de metodologias lógico-empíricas da ciência (Rangé, 2007). Uma das premissas de Ellis para minimizar a vulnerabilidade biológica (perturbações emocionais, tais como a procrastinação e a falta de disciplina) é a categorização de regras. Visando desenvolver um sistema de crenças mais racionais, adaptativas e saudáveis, utiliza um questionamento dos pensamentos perturbadores e auto derrotistas, mediante atitude enérgica. Dessa forma, estimula-se a flexibilidade cognitiva, possibilitando o retorno do equilíbrio emocional do indivíduo (Ellis & Blau, 1998). A TREC dirige o indivíduo a buscar atingir um nível de felicidade razoável mediante a priorização de crenças racionais tais como: auto interesse, interesse social, tolerância, flexibilidade, autoaceitação, autodireção e comprometimento. Sendo assim, a busca ocorre em direção a valores de sobrevivência e felicidade do indivíduo, através da minimização do desconforto emocional e dos comportamentos de autoderrota (Ellis & Blau, 1998). Diversos teóricos da terapia cognitivo comportamental citaram as distorções cognitivas em seus estudos e na maioria deles essas distorções são muito semelhantes. Ainda que utilizem nomenclaturas um pouco diferentes, as definições são análogas. O papel da TCC neste

processo seria o de captar as distorções e corrigi-las. Nem todas as distorções cognitivas se relacionam aos pacientes com anorexia nervosa, mas algumas delas se encaixam apropriadamente aos relatos apresentados neste transtorno alimentar. Fairburn (1991) foi um dos principais estudiosos que relacionou os transtornos alimentares ao modelo cognitivo comportamental. Ele aborda a relação entre pensamento, emoção e comportamento manifesto, orientando o paciente a avaliar a validade de suas crenças no presente e, em seguida, mudar comportamentos disfuncionais. Frequentemente observa-se as seguintes distorções cognitivas em casos de transtorno alimentar: abstração seletiva, supergeneralização, magnificação, pensamento dicotômico, personalização e pensamento supersticioso. Após identificação cuidadosa das distorções é possível modificar os pensamentos automáticos. A tendência dos pacientes com problemas alimentares é pensar de maneira extrema e incondicional (pensamento dicotômico), adotando regras de dieta rígidas e inflexíveis. Ao pensar assim, qualquer pequeno desvio acaba sendo interpretado distorcidamente como fracasso e falta de autocontrole sobre a alimentação. A baixa autoestima acaba sendo reforçada, visto que os pacientes justificam as falhas de autocontrole a insuficiências pessoais e não percebem que são as regras que estão distorcidas. Frequentemente, os pacientes se atentam de maneira seletiva aos dados que confirmam suas crenças e distorcem ou até ignoram as que a contestam (abstração seletiva). Essa tendência acaba sendo mantenedora do sistema de crenças, visto que desconsidera informações que poderiam questioná-las. Com a evolução do transtorno alimentar, é comum que os pacientes acabem por se distanciar do convívio social, o que potencializa ainda mais a abstração seletiva (Fairburn, 1991). Com base nos fundamentos da TCC, é possível identificar que esta abordagem pode auxiliar indivíduos com anorexia nervosa a avaliarem a validade de suas crenças, alterarem seus pensamentos automáticos e controlarem comportamentos disfuncionais.

## **Intervenção Terapêutica**

A visão de tratamento sob a ótica da terapia cognitivo-comportamental para os casos de anorexia nervosa e demais transtornos alimentares é fundamentada no trans diagnóstico. Mediante a conceitualização de cada paciente a terapia se orientará pelos fatores precipitantes e mantenedores do transtorno

alimentar, bem como dos sintomas relacionados. Sendo assim, são os sintomas psicopatológicos que irão direcionar o tratamento (Rangé et al., 2011). Nessa metodologia terapêutica, os processos são divididos em quatro fases, que serão apresentadas a seguir. A primeira fase é a mais intensa e se caracteriza pela busca da adesão ao tratamento mediante utilização de técnicas que possam normalizar os padrões alimentares e eliminar os processos compensatórios. Normalmente é conduzida com duas sessões semanais. As sessões iniciais são voltadas para a conscientização da paciente a respeito dos prejuízos psicológicos, físicos e sociais na manutenção dos sintomas da anorexia. Reforça-se a piora na qualidade de vida trazida pelo transtorno e potencializa-se os aspectos positivos gerados pela alteração dos comportamentos atuais. É também na fase inicial que se atenta mais ao empirismo colaborativo, com estabelecimento de estratégias em conjunto entre paciente e terapeuta. Tal parceria é fundamental para mitigar a possibilidade de abandono ou não colaboração por parte da paciente, visto que é o descontentamento com o terapeuta o maior causador de renúncia ao tratamento (Rangé et al., 2011). É ainda na primeira fase em que são trabalhadas as distorções cognitivas, quando devem ser identificadas e evidenciadas suas disfuncionalidades. Um dos exemplos de pensamento dicotômico frequentes na anorexia nervosa é o “tudo ou nada”. Quando ocorre um lapso nas dietas extremas e severas autoimpostas, a tendência é que ela se comporte de forma ainda mais intransigente, por interpretar que houve uma falha pessoal, reforçando assim a baixa autoestima (Rangé et al., 2011; Oliveira & Deiro, 2013). Com a consciência dos pensamentos disfuncionais, torna-se possível maior aceitação de um novo ciclo alimentar, desenvolvido com orientação nutricional. Para o desenvolvimento de novos hábitos alimentares, considera-se importante a implementação de um diário alimentar de automonitoramento. A ideia consiste em registrar tudo que foi ingerido no dia, bem como a associação com seus eventos desencadeadores, pensamentos e sentimentos (Duchesne & Almeida, 2002; Rangé et al., 2011). Outra técnica associada é o monitoramento semanal do peso para que a paciente perceba que pode ingerir certa quantidade de alimentos sem ganhos na balança. Em paralelo aos dados quantitativos, é fundamental trabalhar a imagem corporal atribuída a paciente (Rangé et al., 2011). Outro comportamento disfuncional associado à anorexia nervosa é a prática

excessiva de atividades físicas. O terapeuta orienta que haja gradual substituição da rotina de exercício excessivo por atividades que possibilitem maior desenvolvimento nas relações sociais (Duchesne & Almeida, 2002). A segunda fase da terapia consiste em avaliar os efeitos obtidos em consequência às técnicas utilizadas na primeira etapa do processo terapêutico. É nesse momento que serão analisadas, revistas e selecionadas técnicas adicionais (Rangé et al., 2001). Nesta fase, é fundamental identificar os métodos que trouxeram resultado positivo, bem como fomentar as técnicas que possibilitaram algum avanço no tratamento. Considerando que a anorexia foi desenvolvida e é mantida por fatores distintos em cada paciente, este também é o momento de excluir do tratamento as metodologias que não trouxeram benefício até o momento, mitigando desgastes desnecessários e/ou abandono da terapia. A terceira fase é destinada a reestruturação do sistema de crenças relacionadas ao transtorno alimentar. Contudo, não significa que as demais etapas foram concluídas e encerradas pois trata-se de uma terapia cumulativa. A busca agora é pelo entendimento da paciente de que o problema não está no peso, mas sim nas crenças mantenedoras dos sintomas da anorexia. Entretanto, a mudança ocorrerá fundamentalmente quando a paciente tiver ciência da relação entre pensamentos, sentimentos e comportamentos disfuncionais (Rangé et al., 2011; Oliveira & Deiro, 2013). A supervalorização a respeito do peso, forma corporal, alimentação e importância pessoal fazem parte das crenças centrais dessas pacientes, que relacionam a magreza ao sucesso e competência. Em contrapartida, depreciam a importância das demais áreas da vida, como a social e a saúde, por exemplo. Nessa fase, o terapeuta investe na identificação da disfuncionalidade, ajudando a paciente a valorizar outros âmbitos da vida. A fim de proporcionar uma visualização efetiva, o terapeuta pode lançar mão de técnicas como a criação de um gráfico de pizza, onde são delimitados percentuais para o nível de relevância e dedicação à cada área da vida (Duchesne & Almeida, 2002; Rangé et al., 2011). Nos casos de anorexia nervosa, é fundamental atuar na distorção da imagem corporal da paciente. Para tal, o terapeuta pode pedir que ela se desenhe da maneira que imagina estar e em seguida ele a desenha com a silhueta real. Outra técnica para aumentar a autoaceitação e auxiliar a paciente a lidar com o que considera serem defeitos é a exposição gradual e guiada ao espelho.

O papel do terapeuta é guiar a paciente à identificação de aspectos positivos, visto que muitas tem hábito compulsivo de potencializar imperfeições em frente ao espelho e outras nem mesmo conseguem se olhar por ele (Duchesne & Almeida, 2002; Rangé et al., 2011). Considerando a frequência das crenças relacionadas à baixa habilidade de se comportar socialmente e a grande possibilidade de rejeição interpessoal, cabe também nessa fase um treino de habilidades sociais (Rangé et al., 2011; Oliveira & Deiro, 2013). A fim de embasar a autoestima da paciente em outras características que não somente a aparência, o terapeuta auxilia na identificação de padrões realistas de autoavaliação com base em suas qualidades e sucessos obtidos anteriormente (Duchesne & Almeida, 2002; Rangé et al., 2011). Por fim, na quarta fase do tratamento terapêutico as sessões podem passar a ocorrer de forma mais espaçada, a cada duas semanas (Rangé et al., 2011). É nesse momento em que são reforçadas as conquistas anteriores e onde ocorre a prevenção de recaídas. De maneira colaborativa, terapeuta e paciente identificam e planejam o que pode vir a acontecer que dificulte o sucesso do tratamento e criam estratégias de enfrentamento para essas situações (Duchesne & Almeida, 2002). Conforme evidenciado em cada uma delas, em todas as quatro fases são trabalhados fatores cognitivos, emocionais, comportamentais e interpessoais (Rangé et al., 2011). Para que as mudanças ocorram, a família também tem papel importante, funcionando como facilitadores do processo. Alguns pontos a serem observados no tratamento com a família da paciente com anorexia nervosa são: os ganhos secundários do transtorno, a comunicação entre os membros e correção de percepções familiares distorcidas. Entretanto, apesar do envolvimento familiar, o direcionamento da terapia ocorre para encorajar a paciente a funcionar de forma mais autônoma, visto que em muitos casos a família é rígida e resistente a mudanças (Duchesne & Appolinário, 2001). Diversas pesquisas têm comprovado a efetividade das técnicas cognitivo-comportamentais para o tratamento dos transtornos alimentares. Em 2014, Nardi e Melere publicaram um artigo contendo um apanhado de 11 pesquisas recentes com enfoque específico da terapia cognitivo-comportamental. Em quase todos os casos, os pacientes avaliados foram mulheres com idade média entre 23 e 25 anos. Alguns poucos estudos ampliaram a idade das envolvidas para 16 a 45 anos. Tais estudos abordaram a terapia separando-a em

três etapas. Na primeira fase o objetivo fora envolver e psicoeducar a paciente visando maximizar as alterações de comportamento logo no início. A segunda fase buscava o aprofundamento dos progressos obtidos na primeira mediante abordagem da psicopatologia da paciente. Na fase final, o objetivo era prevenção de recaídas, através da manutenção do progresso após a conclusão do tratamento (Nardi & Merele, 2014).

## Considerações Finais

Com o avanço das redes sociais, massificação da imagem do corpo esbelto e toda a sorte de dietas, percebe-se que os indivíduos têm apresentado maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de transtornos de saúde mental. As redes sociais podem ser consideradas geradoras e potencializadoras de transtornos alimentares, mediante constante exibição de imagens atribuindo a felicidade e sucesso à corpos magros. Na última década, intensificam-se movimentos em prol da aceitação do corpo como ele é. Inúmeras marcas de moda e beleza têm iniciado um movimento de desconstrução do modelo estereotipado de magreza como beleza absoluta. Contudo, considerando que o início do movimento da beleza magra teve início no final do século XIX, a crença coletiva tornou-se sólida, gerando grandes prejuízos à saúde mental. Muito tem sido estudado sobre psicoterapias em meio ao trabalho multidisciplinar na anorexia nervosa e as técnicas de terapia-cognitivo comportamental têm se mostrado efetivas. Ainda mais comum na fase da adolescência, a necessidade de pertencimento ao meio social fomenta a ideação de corpo perfeito, fazendo com que muitas meninas adotem drásticas mudanças de comportamento alimentar em prol de uma imagem distorcida de beleza. Quando a intensidade da restrição alimentar extrapola os limites do controle, indica que está caracterizado o transtorno psiquiátrico da anorexia nervosa. Em função da imaturidade cognitiva de adaptação às mudanças corporais, originárias da adolescência, podem surgir indicadores de transtornos alimentares, em especial da anorexia nervosa. Quanto a taxa de mortalidade, 15% dos pacientes com transtornos alimentares como a anorexia vão a óbito. Não somente registram-se mortes ocasionais, mas também motivadas por suicídio, uma das principais causas de morte de adolescentes e jovens adultos (Nascimento, Santos, Arruda, Silva, Cintra, Pinto, et al. 2020). Enquanto

coadjuvante aos demais recursos necessários para o tratamento da anorexia nervosa, a TCC pode ser considerada de grande valia. Contudo, a eficácia das psicoterapias a longo prazo para tal transtorno ainda não se mostrou bem definida. Os artigos avaliados neste estudo demonstram que as pesquisas foram realizadas com amostras pequenas, bem como pouco se registrou sobre as novas modalidades da TCC, como as terapias de terceira onda. Sendo assim, o desenvolvimento e a aplicação de técnicas mais eficazes

para o tratamento da anorexia ficariam comprometidos. Ao concluir este artigo foi possível observar que ainda há um grande universo de pesquisa tanto quantitativa quanto qualitativa a ser explorado no que diz respeito aos efeitos da TCC em pacientes com anorexia nervosa, principalmente nas terapias de terceira onda. Espera-se que com maior número de pesquisas, será possível contribuir para uma prática cada vez mais efetiva, baseada nas melhores e mais atualizadas evidências científicas.

## Referências

- Andrade, A. & Bosi, M. M. (2003). Mídia e subjetividade: impacto no comportamento alimentar feminino. *Revista de Nutrição*, 16(1), 117-125.
- American Psychiatry Association (APA). (2014). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5 (5. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Beck, J. S. (2013). *Terapia Cognitivo-Comportamental: teoria e prática*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed.
- Cury, A. J. (2005). *A ditadura da beleza e a revolução das mulheres*. Rio de Janeiro: Sextante.
- Del Priore, Mary. (2000). *Corpo a corpo com a mulher: pequena história das transformações do corpo no Brasil*. São Paulo: SENAC.
- Duchesne M., & Appolinário, J.C. (2001). Tratamento dos transtornos alimentares. In Rangé, B. (Ed.). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria* (pp. 317-322). Porto Alegre: Artmed.
- Duchesne, Mônica; Almeida, Paola. (2002). Terapia cognitivo-comportamental dos transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria, Supl III*, Rio de Janeiro, p. 49-53. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/rbp/v24s3/13972.pdf>. Acesso em em 02 mar. 2021.
- Ellis, A. (2003). Early Theories and Practices of Rational Emotive Behavior Therapy and How They Have Been Augmented and Revised During the Last Three Decades. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy* 21, 219-243. Recuperado em 2 de março de 2021, de <https://doi.org/10.1023/A:1025890112319Nsa>
- Ellis, A., & Blau, S. (1998). Rational emotive behavior therapy. *Directions in Clinical and Counseling Psychology*, 8, 41-56.
- Fairburn, C. G. & Cooper, P. J. (1991). Eating disorders. In K. Hawton, P. M., Salkovskis, J. Kirk & D. M. Clark. *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems* (pp. 277-31). New York: Oxford University Press.
- Lega, L. I. (2002). A terapia racional-emotiva: uma conversa com Albert Ellis. In V. Caballo (Ed.). *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento*. São Paulo: Santos.
- Melo, W.V. (Org.). (2014). *Estratégias psicoterápicas e a terceira onda em terapia cognitiva*. Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Nardi, H. B.; Merele, C. (2014). O papel da terapia cognitivo-comportamental na anorexia nervosa. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva* 2014, Vol. XVI, no. 1, 55 - 66.
- Nascimento, Vanicleidson Silva do, Santos, Alisson Vinicius dos, Arruda, Suammy Barros, Silva, Gabriela Avelino da, Cintra, Joanna D'arc de Souza, Pinto, Tiago Coimbra Costa, & Ximenes, Rosana Christine Cavalcanti. (2020). Associação entre transtornos alimentares, suicídio e sintomas depressivos em universitários de cursos de saúde. *Einstein (São Paulo)*, 18, eAO4908. Recuperado em 2 de março de 2021, de [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1679-45082020000100222&script=sci\\_abstract&lng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1679-45082020000100222&script=sci_abstract&lng=pt)
- Oliveira, L.L. & Deiro, C. P. (2013). Terapia Cognitivo-Comportamental para Transtornos Alimentares: A Visão de Psicoterapeutas sobre o Tratamento. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 14(1), 36-49. Recuperado em 2 de março, 2021, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtcc/v15n1/v15n1a04.pdf>
- Oliveira, Leticia Langlois, & Hutz, Cláudio Simon. (2010). Transtornos alimentares: o papel dos aspectos culturais no mundo contemporâneo. *Psicologia em Estudo*, 15(3), 575-582. Recuperado em 2 de março, 2021, de <https://doi.org/10.1590/S1413-73722010000300015>
- Rangé, B., & Fenster, D. (2004). *Terapia racional emotivo-comportamental*. Em P. Knapp (Ed.). *Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed.
- Rangé, B. et al. (2011). *Psicoterapias Cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed.
- Rangé, Bernard (Org.). (2001). *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva: Transtornos Psiquiátricos*. Vol. 2. São Paulo: Editoria Livro Pleno.
- Rangé, Bernard. (2007). Homenagem a Albert Ellis. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, Volume 3, Número 3.
- Santos, P. C. M.; Júnior, N. Y.; Pessa, R. P.; Santos, J. E. (1998). Anorexia nervosa e bulimia: aspectos psicopatológicos, demográficos, diagnósticos e clínicos. *Revista ABP- APAL*, v. 10, n. 2, p. 34-41.
- Weimberg, Cybelle (2019). *Transtornos alimentares na infância e na adolescência: Uma visão multidisciplinar*. São Paulo: Sá Editora.

- White, J.R. e Freeman, A.S. (2003). Terapia Cognitivo-Comportamental em grupo para populações e problemas específicos. São Paulo: Roca.
- Wright, J.H., Basco, M.R., & Thase, M.E. (2008). Aprendendo a Terapia Cognitivo-Comportamental: Um Guia Ilustrado. Porto Alegre: Artmed.

**Recebido: 20.07.21 / Corrigido: 02.08.21 / Aprovado: 07.08.21**