

Título pleno em português:

**Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) e a abordagem da Terapia Cognitiva Comportamental (TCC)**

Título pleno em inglês:

**Binge Eating Disorder (BED) and the Cognitive-Behavioral Therapy (CBT).**

Autor: Renato Moreira Nunes

Afiliação institucional:

Universidade Federal de Juiz de Fora / Faculdade de Psicologia / Pós - graduação em Desenvolvimento Humano: interfaces práticas em educação e saúde

Endereço:

Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Biológicas, Departamento de Nutrição.

Campus Universitário – Juiz de Fora – MG

CEP

E-mail:

renato.nunes@ufjf.edu.br

## **RESUMO**

NUNES, Renato Moreira, Universidade Federal de Juiz de Fora, março de 2012. Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) e a abordagem da Terapia Cognitiva Comportamental (TCC). Orientadora: Dra. Eliane Ferreira Carvalho Banhato.

A transição epidemiológica das últimas décadas levou a uma maior prevalência de indivíduos obesos. Estes indivíduos sofrem uma pressão social, clínica e psicológica para se enquadrar em um perfil de composição corporal que muitas vezes aumenta o quadro de transtornos alimentares. A Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) é um quadro de transtorno alimentar, caracterizado pela ingestão de grande quantidade de comida em um período de tempo delimitado (até 2 horas), acompanhado da sensação de perda de controle sobre o que ou o quanto se come. A prevalência de TCAP é alta (3% na população e 30% em indivíduos obesos) principalmente em mulheres obesas jovens e adultas. A forma de tratamento da TCAP aparentemente mais eficaz é a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), sendo que o tratamento farmacológico parece não interferir no prognóstico do paciente. No entanto a presença de uma equipe multiprofissional abordando os aspectos psicológicos, físicos, nutricionais e comportamentais, quer seja em terapia grupal ou isolada, parece obter os melhores resultados.

## **ABSTRACT**

NUNES, Renato Moreira, Universidade Federal de Juiz de Fora, march 2012. Binge Eating Disorder (BED) and the Cognitive-Behavioral Therapy (CBT). Adviser: Dra. Eliane Ferreira Carvalho Banhato.

The epidemiological transition in recent decades has led to a higher prevalence of obesity. These individuals suffer from social pressure, clinical and psychological to fit a body composition that often increases your frame of eating disorders. The Binge Eating (BED) is a framework for eating disorder characterized by eating large amounts of food in a defined period of time (up to 2 hours), accompanied by the feeling of losing control over what or how much you eat. The prevalence of BED in obese women is mainly young people and adults (3% of the population and 30% in obese). The best treatment for BED apparently more effective is Cognitive Behavioral Therapy (CBT), and that drug treatment does not seem to interfere with the patient's prognosis. However the presence of a multidisciplinary team approaching the psychological, physical, nutritional aspects and behavioral therapy either in group or alone seems the best results.

# TRANSTORNO DA COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA (TCAP) E A ABORDAGEM DA TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL (TCC)

## *INTRODUÇÃO*

Ao longo dos anos, principalmente a partir da década de 60, observa-se uma transição epidemiológica entre a desnutrição e a obesidade. Esse fenômeno é resultante da mudança de perfil nutricional, ou seja, o processo de modificações sequenciais no padrão de nutrição e consumo que acompanha as mudanças econômicas, sociais e demográficas, além de mudanças do quadro de saúde populacional (Pinheiro *et al.*, 2004). Neste sentido, na atualidade, a população de risco passou dos desnutridos para os obesos.

A obesidade é uma doença de alta prevalência no mundo. No Brasil, 36% da população é obesa ou está acima do peso, segundo o IBGE (2011). A Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), referente a 2008-2009, observou um aumento contínuo de excesso de peso e obesidade na população de 20 anos ou mais de 1974 para cá. O excesso de peso quase triplicou entre homens, de 18,5% em 1974-75 para 50,1% em 2008-09. Nas mulheres, o aumento foi menor: de 28,7% para 48%. Já a obesidade cresceu mais de quatro vezes entre os homens, de 2,8% para 12,4% e mais de duas vezes entre as mulheres, de 8% para 16,9%. Este quadro clínico é responsável por sérias repercussões orgânicas e psicossociais, desde a infância até a vida adulta (Bernardi *et al.*, 2005).

O aumento do peso corporal não pode ser atribuído simplesmente ao resultado do balanço energético hipercalórico. Sabe-se que ele está intimamente ligado ao comportamento alimentar, que por sua vez possui bases biológicas, demográficas,

econômicas e sociais. Além disso, encontra-se associado às pressões dos dias atuais sobre a forma do corpo.

Por ser um dos grandes fatores de risco para a saúde fisiológica e psíquica, a obesidade deve ser mais bem estudada, principalmente em crianças e adolescentes, como forma de prevenir alterações importantes no futuro. Desse modo, compreender os aspectos psicológicos envolvidos na obesidade é fundamental (Conde, 2007).

O corpo, como objeto de diversas formas de constrangimentos sociais, é controlado e disciplinado tanto pela medicina quanto pelos ideais de beleza, sendo estes, contemporaneamente, considerados o condão para o sucesso em várias esferas da vida (Conde, 2007). O aspecto sociocultural surge como um dos componentes centrais da imagem corporal. O discurso do corpo saudável se revela pela busca do ideal de beleza determinado pela sociedade (Vieira *et al.*, 2008). Sendo assim, o imaginário das pessoas é invadido pelo padrão vigente da boa forma física, simbolizada pela magreza (Espíndola & Blay, 2006).

A frequente exposição do corpo nos meios de multimídia e na vida em sociedade potencializa a cobrança íntima pelo ideal de corpo perfeito. Para alcançar esses objetivos muitos perdem o controle, expondo-se a episódios de sacrifício extremo e à compulsão alimentar (CA).

Desse modo, os modelos de beleza impostos pela sociedade abrem espaço para as doenças relacionadas à insatisfação com o próprio corpo. Algumas pessoas passam a ter uma imagem corporal distorcida e nunca ficam satisfeitas com o que vêem no espelho (APA, 1984). O corpo real é incompatível para a maioria das pessoas, que acabam por se envolver em práticas alimentares e comportamentos disfuncionais em busca de atingir esse corpo dito ideal. Esse comportamento pode ser um sintoma do Transtorno Dismórfico Corporal – TDC, diagnosticado pela primeira vez no início da década de 90

(APA, 1984). Os transtornos do comportamento alimentar, bem como suas formas subclínicas ou parciais, são quadros psiquiátricos que afetam principalmente mulheres adultas jovens e adolescentes, com elevada morbidade e mortalidade (Espíndola & Blay, 2006), entre os transtornos alimentares a bulimia, a anorexia e a compulsão alimentar são os exemplos mais clássicos.

Apesar do peso não ser um critério diagnóstico, a compulsão alimentar (CA) frequentemente se associa ao sobrepeso e a diversos graus de obesidade. Enquanto a prevalência do CA é estimada na população em geral pode variar entre 1,8 e 4,6%, aproximadamente 30% dos indivíduos obesos que procuram tratamento para emagrecer apresentam esse transtorno, tendo sido observada uma associação positiva entre a presença da compulsão alimentar e o aumento da adiposidade (Duchesne & Appolinário, 2007).

Os transtornos de comportamento alimentar, bem como suas formas subclínicas ou parciais, são quadros psiquiátricos que afetam principalmente mulheres adultas jovens e adolescentes, com elevada morbidade e mortalidade (Espindola e Blay, 2006). Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV) existem três categorias dentre os transtornos alimentares: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa (BN) e Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP).

A Anorexia Nervosa caracteriza-se por uma recusa em manter o peso normal para determinada idade e altura, um medo intenso de engordar, uma perturbação na forma de vivenciar o peso ou o corpo e amenorréia. A Bulimia Nervosa é caracterizada por episódios de compulsão alimentar, comportamentos compensatórios inadequados e recorrentes com o objetivo de prevenir o ganho de peso e auto-avaliação indevidamente influenciada pelo peso/forma corporal.

Já a Compulsão Alimentar Periódica está associada à pelo menos três dos

seguintes sintomas: comer muito e mais rapidamente que o normal, comer até sentir-se incomodamente repleto, ingerir grandes quantidades de alimento mesmo sem estar com fome, comer sozinho ou escondido em razão da vergonha diante da quantidade ingerida e sentir repulsa, vergonha, culpa ou raiva de si mesmo após a compulsão. Este trabalho aborda as definições do TCAP, a relação deste indivíduo com o alimento e algumas práticas de tratamento vigentes.

### ***CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DO TCAP***

O comportamento alimentar caracterizado pela ingestão de grande quantidade de comida em um período de tempo delimitado (até 2 horas), acompanhado da sensação de perda de controle sobre o quê ou o quanto se come, é conhecido em inglês como *binge eating* – em português, compulsão alimentar (CA). Quando os episódios de CA ocorrem pelo menos 2 dias por semana, num período de 6 meses, associados a algumas características de perda de controle e não são acompanhados de comportamentos compensatórios dirigidos para a perda de peso, indicam, segundo estudos recentes, a presença de uma síndrome denominada Transtorno da Compulsão Alimentar (TCA) – *binge eating disorder* (Melo, 2011; Vitolo *et al.*, 2006).

Segundo o DSM-IV, duas características principais são utilizadas como critérios definidores de episódios de compulsão alimentar: o primeiro critério diz respeito à perda de controle sobre o quê ou o quanto se come; o segundo critério diz respeito à quantidade de comida ingerida durante um episódio de compulsão alimentar, requerendo uma grande quantidade de alimento para caracterizar o episódio.

O transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP) foi descrito pela primeira vez nos anos 1950. Sua elevação à categoria diagnóstica, contudo, apenas ocorreu em

1994, quando foi incluído no apêndice B do DSM IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4º Ed. texto revisado), com critérios provisórios para seu diagnóstico. Trata-se de uma síndrome caracterizada por episódios recorrentes de compulsão alimentar, sem qualquer comportamento de compensação para evitar um possível ganho de peso (Azevedo *et al.*, 2004).

Em 2007, o *International Journal of Eating Disorders* publicou artigo de revisão sobre a classificação atual dos transtornos alimentares e as perspectivas para o DSM-V. Neste artigo os autores afirmam que após uma década de pesquisas, o Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica se afirma clinicamente como diagnóstico válido, assim como a Anorexia e a Bulimia (Melo, 2011).

A característica central do transtorno são os episódios de compulsão alimentar (ECA), nos quais o paciente ingere uma quantidade excessiva de alimentos num curto intervalo de tempo, seguido de uma sensação de perda de controle sobre o seu comportamento alimentar. A delimitação do conceito do TCAP mostrou-se de grande utilidade clínica, diferenciando um subgrupo de pacientes obesos com características psicopatológicas específicas (Papelbaum & Appolinário, 2001).

Melo (2011) relata que alguns resultados mostraram uma associação entre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e Transtornos Alimentares como a Bulimia Nervosa e a Compulsão, reforçando a idéia de que a compulsão alimentar talvez seja mais bem compreendida como uma desregulação geral do controle dos impulsos. Afirma ainda que alguns autores defendem a ideia de que os transtornos de controle de impulso e outros transtornos relacionados à impulsividade como bulimia nervosa, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, transtornos por abuso de drogas e transtornos de personalidade *borderline* e anti-social sejam tratados, entendidos e classificados dentro de uma mesma categoria diagnóstica. Melo (2011)



ressalta, no entanto, que os pensamentos e preocupações persistentes acerca de peso e comida seriam semelhantes aos pensamentos obsessivos do TOC e que os atos de descontrole alimentar seriam atos compulsivos decorrentes dessa obsessão, o que justificaria o termo compulsão alimentar.

Atualmente, o TCAP é avaliado pela Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP), que se constitui em um questionário de autopreenchimento traduzido e validada para o idioma português contendo 16 questões (Vitolo *et al.*, 2006). O ECAP é um instrumento de fácil utilização e eficiente no alcance de seu objetivo que é de identificar os indivíduos de risco. No entanto este questionário apresenta uma deficiência, pois não registra a frequência dos episódios. Desse modo, não se sabe quantas vezes o indivíduo teve compulsão e se o transtorno se classifica em moderado ou grave.

No Brasil, Coutinho (1999) e Petribu *et al.* (2006), encontraram uma prevalência de transtornos alimentares entre 15% e 56% em pacientes que procuravam tratamento para emagrecer. Entre os pacientes que realizaram a cirurgia bariátrica, esta prevalência pode variar de 64% antes da cirurgia e 22% após segundo Machado *et al.* (2008). No entanto, os resultados de estudos que observaram o comportamento alimentar pós-cirúrgico de pacientes obesos compulsivos submetidos à cirurgia bariátrica também falam a favor do descontrole alimentar como transtorno de controle dos impulsos, uma vez que, mesmo após a redução estomacal, é comum a persistência de sentimentos de perda de controle em relação à alimentação e também o engajamento em outros comportamentos impulsivos como alcoolismo, drogadicção ou jogo patológico (Melo, 2011).

Mais comum em indivíduos com excesso de peso, o comportamento alimentar alterado se expressa principalmente por meio de humor depressivo, ansiedade,

sentimento de culpa e, também, por mecanismos fisiológicos, como a resistência ao jejum na vigência de dietas restritivas (Bernarde *et al.*, 2004).

Cerca de 90 % dos indivíduos portadores de Transtornos Alimentares são do sexo feminino, com idade entre 14 e 18 anos, sendo que esta faixa etária vem decrescendo para menos de 12 anos (Magalhães, 2009). Os transtornos alimentares são bem menos freqüentes nos homens do que nas mulheres. Por essa razão, o universo masculino tem sido relativamente negligenciado e ignorado pelos especialistas (Espíndola & Blay, 2006).

Estudos epidemiológicos descrevem uma prevalência de TCAP em 2% da população geral e cerca de 30% em obesos que procuram serviços especializados para tratamento de obesidade. A obesidade, no entanto, não é considerada uma doença psiquiátrica nem uma condição para diagnóstico de transtorno alimentar; trata-se de uma condição física que advém de múltiplas causas e pode trazer variadas conseqüências (Chemim & Milito, 2007).

Apesar de ser mais frequente em pessoas obesas, o TCAP também pode ocorrer associado a várias condições clínicas e psiquiátricas. Apresenta, no entanto, baixa correlação, com, por exemplo, o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). Alguns autores defendem a continuidade entre os dois, enquanto outros propõem a sua independência com relação a aspectos psicopatológicos (Papelbaum e Appolinário, 2001).

Os obesos com TCAP, quando comparados aos sem esse transtorno, apresentam mais sintomas psicopatológicos gerais ou alimentares. Em relação ao grupo de obesos com TCAP, são identificados maiores níveis de perfeccionismo, impulsividade, ansiedade e isolamento social, além de uma maior vulnerabilidade à depressão (Duchesne & Appolinário, 2007).

Há evidências de que, em indivíduos obesos, comportamentos de compulsão alimentar e/ou restrição são mais frequentes e parecem ser em parte, responsáveis pelos fracassos observados no tratamento da obesidade. As restrições e auto-imposições das pessoas que fazem dieta parecem ter um efeito rebote<sup>1</sup>, resultando em compulsão alimentar, a qual pode associar-se a conseqüências psicológicas, como a perda da auto-estima, mudanças de humor e distração (Bernarde *et al.*, 2004).

Neste sentido, os obesos buscam a perfeição pelo que lhes falta e sua busca para curar a dor é pela própria dor. A dor nos transtornos alimentares circula no contorno do corpo. É necessário então compreender esta dor e re-significar. O movimento psíquico dissolve, articula, transubstancia e universaliza a dor. Compreender é dar leveza e, porque não, se entregar em paz quando for o tempo (Magalhães, 2009).

Azevedo (2004) afirma que a maioria dos autores concorda que um comedor compulsivo abrange no mínimo dois elementos: o subjetivo (a sensação de perda de controle) e o objetivo (a quantidade do consumo alimentar). Há um consenso geral no aspecto subjetivo da compulsão para seu diagnóstico, contudo, há controvérsias em relação ao aspecto objetivo, quanto ao tamanho e à duração de uma compulsão.

Comedores compulsivos obesos, frequentemente, preocupam-se com a forma e o peso corporal e em fazer dieta; possuem imagem corporal negativa e fortes impulsos para comer em excesso. Sofrem maior angústia psicológica do que obesos não compulsivos, como baixa auto-estima, altos níveis de depressão e outras desordens psiquiátricas, como ansiedade, síndrome do pânico e transtornos da personalidade (Bernardi *et al.*, 2005).

Através dos relatos dos diversos estudos, Espíndola e Blay (2006) puderam

---

<sup>1</sup> Efeito rebote é a tendência de um tratamento provocar o retorno (reaparecimento) dos sintomas que estão sendo tratados.

observar a atribuição do comer compulsivo aos seguintes significados:

a) como descontrole ou impossibilidade de se controlar frente ao ataque de compulsão;

b) enquanto uma força externa que domina;

c) como doença propriamente dita;

d) enquanto traço de personalidade.

Segundo Espíndola e Blay (2006) através dos estudos, identificou-se que nem sempre os depoentes têm uma percepção bastante clara do seu transtorno alimentar. Esse dado é importante, visto que o modo como esses sujeitos se auto-avaliam determina o curso do próprio tratamento e de sua recuperação.

### ***COMPORTAMENTO ALIMENTAR: ASPECTOS NEUROBIOLÓGICOS***

A etiologia dos transtornos alimentares é desconhecida e a possibilidade de que haja uma disfunção neuroquímica no sistema nervoso central desses pacientes é explorada em inúmeros estudos (Melo, 2011).

Quando pensamos em fome e no ato de comer, precisamos pensar antes que no nível pessoal e neurológico, as condutas de alimentação estão normalmente reguladas por mecanismos automáticos no sistema nervoso central (SNC). A sensação de fome tem origem dupla; tanto em estímulos metabólicos, quanto em receptores periféricos situados na boca e no tubo digestivo. Assim, induz-se a sensação de apetite, que desencadeia conduta de alimentação. A sensação de saciedade faz cessar os estímulos da fome e se detém o processo. As pessoas normais apresentam algumas reações adaptadas aos estímulos de fome e de sede, com respostas corretas para a saciedade (Chemim & Milito, 2007).

Muitos pacientes obesos referem ingestão alimentar compatível com os parâmetros da normalidade. Alguns, involuntariamente, ocultam parcela significativa do volume energético efetivamente ingerido (Bernardi *et al.*, 2005).

Melo (2011) afirma que, nos dias de hoje, a privação alimentar vem sendo substituída por fontes facilmente acessíveis e baratas de energia. Essa alteração dramática no ambiente alimentar tem afetado substancialmente nossa ingestão calórica e possibilitado a distinção entre “fome homeostática” – ou seja, aquela que se segue a períodos relativamente longos de privação alimentar – e “fome hedônica”, ou seja, aquela que ocorre na ausência de privação alimentar e é motivada pela palatabilidade e propriedades compensatórias da comida, e que tem sido largamente associada à crescente epidemia de obesidade.

Quando o alimento é usado de forma inadequada, como para suprir diferentes estados emocionais, dificulta-se a diferenciação dos estados emocionais de sinais fisiológicos, como a fome. Desse modo, o alimento torna-se um aspecto central de extrema importância na vida do indivíduo e, independente da fonte e da natureza da inquietação, é usado indiscriminadamente (Espíndola & Blay, 2006).

É necessário interromper o ciclo vicioso da compulsão alimentar e avaliar as intensas demandas psicológicas causadas pela história de restrição alimentar e a pressão social para ser magro. Ambos os fatores trabalham sinergicamente: a pressão social pode levar a excessivas dietas, as quais desencadeiam reações psicológicas e fisiológicas que levam à recuperação e ao aumento da obesidade (Bernardi *et al.*, 2005).

Por outro lado, existem mais de 400 genes, já isolados, que codificam componentes que participam da regulação do peso corporal. Entre esses componentes, alguns agem preferencialmente na ingestão alimentar (como insulina, leptina, neuropeptídeo Y, melanocortinas, colecistoquininas, grelina), outros no gasto energético

e ainda existem aqueles que atuam nos dois mecanismos ou modulam estas ações (Melo, 2011). Brandão *et al.* (2011) estudou as concentrações séricas de hormônios ligados ao controle do apetite (peptídeo YY3-36, grelina total, leptina e insulina) em mulheres obesas com e sem episódios de compulsão alimentar e comparou-as às mulheres de peso normal, sugerindo que níveis baixos do PYY-3-36 estejam associados à compulsão alimentar em mulheres obesas, isto poderia explicar a maior incidência de compulsão alimentar neste grupo. No entanto este fator hormonal não é determinante para que um indivíduo se torne obeso ou compulsivo e a ajuda profissional se faz necessária para que se possa relaciona-se aos tratamentos convencionais preconizados, tais como acompanhamento com médico, psicólogo e nutricionista, grupos de mútua ajuda, entre outros.

### ***PROPOSTAS DE TRATAMENTO: DA DISPENSAÇÃO FARMACOLÓGICA À INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA***

O tema da recuperação dos indivíduos com transtornos alimentares tem sido alvo de debates teóricos, tanto nas discussões de eficácia de tratamento quanto no que se refere à saúde pública. A recuperação é referida como um processo bastante complexo, que condiciona o valor da ajuda profissional à disposição que os pacientes têm para a mudança. Dessa forma, a recuperação vai muito além dos tratamentos convencionais. Auto-aceitação, disciplina, espiritualidade e rede social são variáveis importantes que devem ser abordadas no tratamento uma vez que podem se constituir em agentes promotoras de mudanças cognitivas do indivíduo em relação à imagem corporal (Espíndola e Blay, 2006).

Não bastasse a dificuldade natural de tentativa de mudanças cognitivas em

pacientes com TCAP, evidências sugerem que o subgrupo de obesos com TCAP apresenta uma pior resposta aos tratamentos que objetivam emagrecimento, a um maior número de tentativas malsucedidas de adesão a dietas, a uma maior dificuldade para perder peso, uma pior manutenção do peso perdido e uma maior taxa de abandono dos tratamentos (Duchesne & Appolinário, 2007). Parece claro, portanto, que uma única abordagem terapêutica dificilmente surtirá um efeito satisfatório no que se refere à estabilidade do quadro do indivíduo com TCAP.

Os estudos sobre o tratamento farmacológico do TCAP demonstram que os inibidores seletivos de recaptura de serotonina (ISRS) são eficazes na redução da frequência dos ECA. A presença de anormalidades na neurotransmissão serotoninérgica central que ocorreriam nos episódios de transtornos alimentares, também favorecem esse ponto de vista, de que fármacos inibidores de recaptura de serotonina, podem auxiliar no tratamento dos TCAP. No entanto estudos farmacológicos mostram que outras drogas como a dexfenfluramina e a desipramina, produzem uma resposta clínica satisfatória no tratamento do TCAP. Além disso, outras substâncias têm se mostrado promissoras no tratamento do TCAP, como é o caso da sibutramina, um agente antiobesidade, inicialmente estudado como um antidepressivo (Papelbaum e Appolinário, 2001).

Os tratamentos farmacológicos para o TCAP apesar de poderem apresentar uma eficácia na redução dos episódios de ECA, nem sempre levam a redução do peso corporal. Portanto, o tratamento farmacológico TCAP deve incluir, em conjunto, o tratamento psicológico, nutricional e de atividade física nos casos de indivíduos obesos (Devlin, 1996).

Em alguns estudos, voltados especificamente para a perspectiva que os próprios pacientes têm da recuperação, fatores de ajuda extraprofissional foram considerados

iguais ou superiores em importância em relação aos tratamentos convencionais, em termos de impacto positivo na recuperação (Espíndola e Blay, 2006).

A perspectiva psicológica tem se revelado fundamental no sucesso do tratamento dos transtornos alimentares. Reconhecer a função psicológica dos sintomas alimentares, assim como acessar emoções e sentimentos atrelados a este comportamento mostra-se relevante para o sucesso do trabalho multidimensional. A dimensão psicológica visa principalmente, a propiciar um novo relacionamento com o alimento e com o corpo.

Uma abordagem que parece surtir efeito sobre os indivíduos com TCAP é a formulação psicodinâmica, que é uma narrativa que descreve a natureza e a etiologia dos problemas psíquicos do paciente: hipóteses que poderão ser confirmadas ou não, durante o tratamento psicoterápico e que orientam as intervenções dos psicoterapeutas.

Pesquisadores têm desenvolvido métodos que sistematizam os aspectos centrais da dinâmica das relações interpessoais, denominadas “medidas do padrão de relacionamento”. Padrões de relacionamento mal-adaptativos são característicos dos transtornos de personalidade, constituindo-se, assim, no principal foco da psicoterapia dinâmica, cognitiva e de família (Bottino *et al.*, 2003). A formulação psicodinâmica obtida com o método CCRT (Tema Central de Conflito nos Relacionamentos) identifica um tema central de conflito e traz uma análise descritiva do padrão de relacionamento. A interiorização de algo que valoriza, por exemplo, o padrão de beleza, ser magra, passa a ser a sua condição para ser amada e aceita pelos outros. O sintoma de compulsão alimentar, categorizado no método como Resposta do Self, estaria relacionada à necessidade de ser independente das opiniões alheias: a voz da mãe virou a voz do Self (Bottino *et al.*, 2003).

Neste contexto, a auto-aceitação e a auto-aprovação parecem ser chaves para as mudanças positivas. Parte da auto-aceitação é se libertar da necessidade de aprovação e



da opinião dos outros, aspecto tão central nessas patologias alimentares (Espíndola e Blay, 2006).

Melo (2011) afirma que quando analisamos o contexto clínico de preocupações persistentes acerca de comida e principalmente acerca do peso, associadas ao desejo de comer em excesso que ocorre de maneira incontrolável e ego-distônica em vários pacientes e os trabalhos que demonstraram associação entre insatisfação corporal e perda de controle alimentar, somos remetidos novamente ao modelo cognitivo comportamental proposto por FAIBURN et al. (1986).

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) foi considerada a forma de intervenção psicoterápica mais investigada no TCAP através de ensaios clínicos randomizados e tem sido crescentemente utilizada em diversos centros especializados no tratamento dos transtornos alimentares. Na prática clínica geral, a TCC utiliza uma ampla variedade de técnicas para abordar dificuldades interpessoais e estratégias para propiciar que o paciente possa regular afetos. (Duchesne & Appolinário, 2007).

A Terapia Cognitiva utiliza o conceito da estrutura “biopsicossocial” na determinação e compreensão dos fenômenos relativos à psicologia humana, no entanto constitui-se como uma abordagem que focaliza o trabalho sobre os fatores cognitivos da psicopatologia. Vem demonstrando eficácia em pesquisas científicas rigorosas além de ser uma das primeiras a reconhecer a influência do pensamento sobre o afeto, o comportamento, a biologia e o ambiente (Bahls & Navolar, 2004).

Além de técnicas cognitivas, a TCC também emprega técnicas comportamentais para ajudar na modificação dos hábitos alimentares, tais como a automonitoração com observação e registro com consumo alimentar e em que circunstância. As técnicas para controle de estímulos associando à situações que favorecem a recorrência da compulsão e o treinamento em resolução de problemas, que ajuda o paciente a desenvolver

estratégias alternativas para enfrentar suas dificuldades sem recorrer à alimentação inadequada também são abordadas. Em geral, a TCC também focaliza estratégias para prevenção de recaídas (Duchesne & Appolinário, 2007).

De acordo com a Terapia Cognitiva os indivíduos atribuem significado a acontecimentos, pessoas, sentimentos e demais aspectos de sua vida, com base nisso comportam-se de determinada maneira e constroem diferentes hipóteses sobre o futuro e sobre sua própria identidade. As pessoas reagem de formas variadas a uma situação específica podendo chegar a conclusões também variadas. (Bahls & Navolar, 2004).

Em pacientes obesos com TCAP, Duchesne & Appolinário (2007) relatam que estudos abertos sugerem que a TCC no formato de grupo favorece uma redução da frequência da compulsão alimentar, variando entre 80 e 91%, relatando ainda que a associação de terapia interpessoal (TI) ou de terapia comportamental (TC) e fármacos, não resultaram em melhora adicional da compulsão no tratamento com TCC. No entanto o contrário parece ter efeito, o uso da TCC parece surtir efeito na diminuição dos episódios de TCAP, sendo que em um caso o uso de fármaco concomitante teve uma melhora de 55% dos casos e com o placebo uma melhora de 73%.

Duchesne & Appolinário (2007) relatam ainda em relação a TCAP que a TCC leva a melhora significativa nos níveis de depressão, diminuição da insatisfação com a imagem corporal, redução dos níveis de ansiedade, melhora nas dificuldades interpessoais, melhora na auto-estima e no funcionamento social, melhora do sentimento de bem-estar subjetivo avaliado pelo *Well Being Questionnaire*, melhora da percepção da qualidade de vida, melhora significativa na auto-eficácia, reduções significativas no peso corporal quando associado a TCC com Terapia Nutricional e atividade física. . Relata ainda que em um período curto de seis meses em média de terapia com TCC, os indivíduos melhoram da sintomatologia do TCAP, programas mais

longos, com cerca de um ano de tratamento permitiriam um aumento da ênfase dada às técnicas cognitivas que favorecem a reestruturação cognitiva, diminuindo a incidência das reincidivas.

Bernarde *et al.* (2005) sugere em seus estudos que programas de redução de peso, individuais ou em grupo, tenham abordagem interdisciplinar, de fato, e que enfatizem, junto aos pacientes, a compreensão dos mecanismos biopsicossociais aos quais estão submetidos. Para isso, a estratégia da Teoria Cognitiva Comportamental parece muito útil para bloquear o ciclo vicioso, exaustivamente discutido neste estudo, tornando-se, portanto, uma aliada no tratamento da obesidade.

Entretanto, nem todos os pacientes apresentam boa resposta à TCC, e algumas adaptações nos protocolos de tratamento podem ser realizadas com o objetivo de aumentar o número de respondedores (Duchesne & Appolinário, 2007).

### ***CONSIDERAÇÕES FINAIS***

Após as reflexões aqui descritas pode-se perceber que o mundo atual impõe padrões estéticos comportamentais que levam ao aumento da pressão sobre os indivíduos. No caso dos indivíduos obesos, esta pressão associada a possíveis fatores genéticos e fisiológicos, parece aumentar o risco de uma maior incidência de transtornos alimentares.

O transtorno de compulsão alimentar periódica apresenta uma maior incidência em obesos e está relacionado a todo um processo de auto-imagem e auto-aceitação. Neste sentido é necessário o trabalho de uma equipe multidisciplinar que possa atuar nas várias esferas de tratamento para uma maior eficácia na resposta clínica.

Dentre as possíveis terapias convencionais existentes, parece estar claro que a

Terapia Cognitivo Comportamental é o procedimento mais eficiente no tratamento dos indivíduos portadores de TCAP uma vez que neste caso o tratamento farmacológico não parece surtir um efeito relevante sem a presença da TCC.

Em um futuro próximo evidências como estas, talvez nos mostrem uma abordagem mais positiva no tratamento de indivíduos, mostrando a necessidade de cuidar o indivíduo, ao invés de medicar sua doença, e a importância de uma equipe de multiprofissionais, em um nível igualitário de condições de trabalho e da tomada de decisão sobre a melhor abordagem clínica em conjunto para um melhor prognóstico do indivíduo em tratamento.

## **REFERÊNCIAS**

- APA - American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV). *American Psychiatric Publishing*, 4. ed.
- Appolinario, J.C., Coutinho, W., Pova, L.C. (1995). O Transtorno do comer compulsivo no consultório endocrinológico: comunicação preliminar. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 44 (Supl1): S46-S9.
- Azevedo, A.P., Santos, C.C., Fonseca, D.C. (2004). Transtorno da compulsão alimentar periódica. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 31 (4): 170-172
- Bahls, S-C., Navolar, A.B.B. (2004). Terapia cognitivo-comportamentais: conceitos e pressupostos teóricos. *Psico UTP – Revista Eletrônica de Psicologia*, 4 (1): 1-11. Acesso em 05 de janeiro de 2012. disponível em: [www.utp.br/psico.utp.online/site4/terapia\\_cog.pdf](http://www.utp.br/psico.utp.online/site4/terapia_cog.pdf)
- Bernardi, F., Cichelero, C., Vitolo, M.R. (2005). Comportamento de restrição alimentar e obesidade. *Revista de Nutrição*, 18 (1): 85-93
- Borges, M.B. (1998). Estudo do transtorno da compulsão alimentar periódica em população de obesos e sua associação com depressão e alexitimia. Dissertação de mestrado apresentada á Universidade Federal de São Paulo, São Paulo
- Bottino, S.M.B., Junqueira, C., Bairrão, J.F.M.H., Hanns, L.A., Rosa, M.D., Andrade, L.H.S.G. (2003). Transtornos da compulsão alimentar periódica e psicoterapia: é possível sistematizar a formulação psicodinâmica de caso? *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 25 (3):166-70
- Brandão, P.P., Garcia-Souza, E.P., Neves, F.A., Pereira, M.J.S., Sichieri, R. Moura, A.S. (2011). Appetite-related hormone levels in obese women with and without binge eating behavior. *Revista de Nutrição*, 24 (5): 667-677
- Chemin, C., Milito, F. (2007). Transtornos alimentares em adolescentes. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 1 (2): 84-88
- Conde, E.R. (2007). “Linda de morrer”: A anorexia como fenômeno sócio-cultural. Dissertação de mestrado apresentada á Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

- Coutinho, W. (1999). Estudo da compulsão alimentar periódica em pacientes que procuram tratamento médico para emagrecer. Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.
- Devlin, M.J. (1996). Assessment and treatment of binge-eating disorder. *Psychiatric Clinical North América*. 19 (4): 761-72.
- Duchesne, M., Appolinário, J.C., Rangé, B.P., Freitas, S., Papelbaum, M., Coutinho, W. (2007). Evidências sobre a terapia cognitivo-comportamental no tratamento de obesos com transtorno da compulsão alimentar periódica. *Revista de Psiquiatria*. 29 (1): 80-92
- Espíndola, C.R. & Blay, S.L. (2006). Bulimia e transtorno da compulsão alimentar periódica: revisão sistemática e metassíntese. *Revista de Psiquiatria*, 28 (3): 265-275
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010). POF 2008 2009 - Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil.
- Machado, C.E., Zilberstein, B., Ceconello, I., Monteiro, M. (2008). Compulsão alimentar antes e após a cirurgia bariátrica. *ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*. 21 (4): 185-91
- Magalhães, E.N. (2009). Transtornos alimentares: a hipótese da distorção da imagem corporal. *e-scientia*, 2 (1): 1-7
- Magalhães, E.N. (2009). Transtornos alimentares: a hipótese da distorção da imagem corporal. *e-scientia*, 2 (1): 1-7
- Melo, M.M.O. (2011). Compulsão alimentar, imagem corporal e qualidade de vida em crianças e adolescentes obesos. Dissertação de mestrado apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Papelbaum, M. e Appolinário, J.C. (2001). Transtorno da compulsão alimentar periódica e transtorno obsessivo-compulsivo: partes de um mesmo espectro? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23 (1): 38-40
- Petribu, K., Ribeiro, E.S., Oliveira, F.M.F., Braz, C.I.A., Gomes, M.L.M., Araujo, D.E., Almeida, N.C.N., Albuquerque, P.C., Ferreira, M.N.L. (2006). Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica em Uma População de Obesos Mórbidos Candidatos a Cirurgia Bariátrica do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, em Recife – PE. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, 50 (5): 901-908.

- Pinheiro, A. R. O., Freitas, S.F.T., Corso, A.C.T. (2004). Uma abordagem epidemiológica da obesidade. *Revista de Nutrição*, 17 (4): 523-533.
- Vieira, R., Teixeira, M., Leite, I., & Chagas, D. (2008). Padrão antropométrico e consumo alimentar em uma amostra de adolescentes de 15 a 19 anos. *HU Revista*, 34 (4), 249-255.
- Vitolo, M.R., Bortolini, G.A., Horta, R.L. (2006). Prevalência de compulsão alimentar entre universitárias de diferentes áreas de estudo. *Revista de Psiquiatria*, 28 (1): 20-26
- Wadden, T.A., Sarwer, D.B., Womble, L.G. et al. (2001). Psychosocial aspects of obesity and obesity surgery. *Surgical Clinics North American*, 81 (1): 1001-24.