



Psicologia: Teoria e Prática

ISSN: 1516-3687

revistapsico@mackenzie.br

Universidade Presbiteriana Mackenzie
Brasil

Nabuco de Abreu, Cristiano; Cangelli Filho, Raphael
Anorexia nervosa e bulimia nervosa: a abordagem cognitivo-construtivista de psicoterapia
Psicologia: Teoria e Prática, vol. 7, núm. 1, 2005, pp. 153-165
Universidade Presbiteriana Mackenzie
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=193817415012>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Anorexia nervosa e bulimia nervosa: a abordagem cognitivo-construtivista de psicoterapia

Cristiano Nabuco de Abreu
Raphael Cangelli Filho

Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares (AMBULIM)
do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Resumo: Dos transtornos alimentares, a anorexia nervosa e a bulimia nervosa são os que mais têm levado pacientes adolescentes, geralmente do sexo feminino, a buscar ajuda. Tal ajuda ocorre por meio do tratamento fornecido por uma equipe multidisciplinar formada por psicólogos, psiquiatras e nutricionistas. A Psicoterapia tem se mostrado um dos componentes mais eficazes para a melhora das pacientes com bulimia nervosa e para os casos de anorexia nervosa cujos estudos ainda se fazem necessários. Assim, o objetivo do texto será discutir: (a) os preceitos envolvendo as bases teórico-práticas das abordagens cognitivo-construtivistas; (b) as características psicológicas mais comuns dos referidos pacientes; (c) os programas de atendimento (protocolos) desenvolvidos pelos autores e (d) as conclusões gerais da prática clínica envolvendo os resultados e outras considerações.

Palavras-chave: anorexia nervosa; bulimia nervosa; abordagem cognitivo-construtivista; tratamento em Psicoterapia.

ANOREXIA NERVOSA AND BULIMIA NERVOSA: COGNITIVE-CONSTRUCTIVIST APPROACH IN PSYCHOTHERAPY

Abstract: Of the Eating Disorders, Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa are the ones that most frequently have made teenage, usually female patients seek for help. This help is provided through treatment by a multidisciplinary team, which consists of psychologists, psychiatrists, and nutritionists. Psychotherapy has shown to be one of the most effective components for improvement of patients suffering from bulimia nervosa and for anorexia nervosa cases, although further studies are needed. Thus, the goal in this text is to discuss (a) the premises involving the theoretical-practical bases of the cognitive-constructivist approaches; (b) the most commonly seen psychological characteristics of these patients; (c) psychological service (protocols) programs developed by the author; and finally, (d) the general conclusions drawn through the clinical practice involving results and other considerations.

Keywords: Anorexia Nervosa; Bulimia Nervosa; Cognitive-Constructivist Approach; Treatment in Psychotherapy.

Introdução

Anorexia Nervosa

Os transtornos alimentares (Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa e suas variantes) são quadros psiquiátricos que afetam principalmente adolescentes e jovens adultos do sexo

feminino (embora recentemente seja notável a maior procura por atendimento de crianças), levando as pacientes a uma condição de grandes prejuízos biopsicossociais associados à elevada morbidade e mortalidade (DOYLE; BRYANT-WAUGH, 2000).

A anorexia nervosa é caracterizada pela perda intensa de peso às custas de dietas rígidas que são auto-impostas visando uma busca desenfreada para se atingir a condição de magreza, acompanhada por uma distorção significativa da imagem corporal e com manifestação de amenorréia. Uma das primeiras citações advém de William Gull em 1874, que apontou três pacientes com quadro anoréxico restritivo e criou o termo “apepsia histerica”. Suas observações mencionavam emagrecimento proeminente, bradicardia, baixa temperatura corporal, edema nos membros inferiores, amenorréia e obstipação (ABREU; CORDÁS, no prelo). Já o primeiro autor a mencionar a distorção da imagem corporal foi Brunch em 1962.

A partir da década de 70, as pacientes avaliadas clinicamente demonstravam um receio mais consistente de ganhar peso, sendo este o primeiro passo para incorporar o “medo mórbido de engordar” como característica psicopatológica da anorexia nervosa, juntamente com o emagrecimento, a distorção da imagem corporal e a amenorréia.

Os principais componentes apontados na literatura que reforçam a busca por um emagrecimento incessante são a baixa auto-estima e a distorção da imagem corporal, levando as pacientes a uma prática exagerada de exercícios físicos compulsivos, jejum prolongado ou mesmo o uso de laxantes e diuréticos como uma forma auxiliar para a perda do peso (BELL, 1985; GARFINKEL E GARNER, 1982; CASPER, 1983).

O diagnóstico das pacientes com anorexia nervosa pode ser dividido em dois subtipos: o restritivo (no qual a paciente restringe a alimentação) e o purgativo (no qual a paciente apresenta episódios bulímicos como prática de purgação, tais como vômitos, ingestão de diuréticos e laxantes). As pacientes incluídas no subtipo purgativo apresentam maiores traços de impulsividade e maior comorbidez psiquiátrica (GARNER e colaboradores, 1993). Em outra pesquisa, Eddy et al. (2002) evidenciaram que apenas 12% das pacientes com anorexia nervosa restritiva nunca haviam apresentado episódios bulímicos ou purgação. O seguimento de pelo menos oito anos de pacientes com anorexia nervosa restritiva mostrou que 62% passaram a ser classificados como anorexias purgativas pela mudança das características clínicas manifestadas ao longo do tempo. Van der Ham et al. (1997), após quatro anos de seguimento de um grupo de anoréxicas, não conseguiam diferenciar claramente o subgrupo que, no início do projeto, preenchia critérios para um dos dois subtipos. Desta forma, a questão que se coloca hoje é: seriam esses subtipos apenas estágios evolutivos de uma mesma doença?

Bulimia Nervosa

A bulimia nervosa, por sua vez, caracteriza-se por grande ingestão de alimentos de maneira muito rápida e intensa associada a uma sensação de perda de controle – os chamados episódios bulímicos (FAIRBURN, 1995). Estes, quando ocorrem, são acompanhados de métodos compensatórios para que o controle de peso seja mantido, isto é, após a ingestão de grandes quantidades de alimento (ao redor de 3.000-4.000 Kcal em um único



episódio compulsivo, já tendo sido encontrados episódios com uma ingestão de até 20.000 Kcal – Mitchell e colaboradores, 1998), as pacientes se engajam em comportamentos de purgação como vômitos auto-induzidos (em mais de 90% dos casos) ou fazendo uso de grandes quantidades de medicamentos (diuréticos, laxantes, inibidores de apetite), dietas e exercícios físicos, abuso de cafeína ou mesmo uso de cocaína. Para estes comportamentos, os indicadores são assustadores: quanto ao vômito, há registros de pacientes que chegam a provocar mais de 15 vômitos por dia; aqueles que tomam laxantes chegam a fazê-lo em doses que atingem 40 vezes o recomendado em prescrição médica ou, no caso dos exercícios físicos, se engajam em práticas intensas que podem chegar a 8 horas diárias de atividades, e tudo com um único propósito: compensar a quantidade de calorias ingeridas na compulsão.

A bulimia nervosa foi descrita por Russell (1979) ao relatar sobre trinta pacientes com peso normal, mas que apresentavam um verdadeiro “pavor de engordar” e, para se protegerem disto, tinham episódios bulímicos e vômitos auto-induzidos. Como essas pacientes apresentavam quadros de anorexia nervosa em sua história pregressa, Russel considerou que a bulimia pudesse ser uma seqüela ou mesmo uma estranha variação da anorexia nervosa (Russell, 1979). Mais tarde, porém, Russel e outros autores apontaram a bulimia nervosa como um quadro distinto da anorexia nervosa, uma vez que apenas 20% a 30% das pacientes bulímicas apresentavam história pregressa de anorexia nervosa (e em geral com curta duração) (FAIRBURN, 1991).



Modelo Cognitivo-Construtivista de Psicoterapia

Assim como a revolução cognitiva na década de 60 alterou as bases das psicoterapias comportamentais, a chegada dos paradigmas construtivistas causou uma outra grande revolução na história das abordagens cognitivas clássicas (ABREU; SHINOHARA, 1998; MAHONEY, 1998).

O funcionamento cognitivo desta nova concepção difere dos modelos de Beck ao postular que os significados não são originados dos padrões lógicos do pensamento já tão elucidados através da máxima de Epicteto de que o mundo não é movido pelas coisas, mas pela visão que se tem delas.

Nos modelos tradicionais da terapia cognitiva, ao *pensamento* foi atribuído um caráter determinante e, à sua disfunção, toda uma variedade de psicopatologias. Desta forma, a *razão* e sua precisão deram-nos a chave para o comando de uma boa saúde mental, originando a máxima de que “viver bem é o resultado de um pensar bem (ou corretamente)” (MAHONEY, 1998).

Desta forma, as concepções cognitivistas desenvolveram as mais variadas propostas e criaram ferramentas de *ajuste cognitivo*, como por exemplo: os Registros de Pensamentos Disfuncionais (J. BECK, 1997), as técnicas de Reestruturação Cognitiva (BECK; FREEMAN, 1993), o processo de Identificação de Crenças Irracionais (ELLIS, 1988) e toda uma variedade de técnicas que sustentaram (e ainda sustentam) a prática da correção ou substituição dos padrões disfuncionais de pensamento por padrões mais funcionais e adaptativos. Portanto, torna-se fundamental para as referências cognitivistas tradicionais (ou objetivistas) que





Cristiano Nabuco de Abreu, Raphael Cangelli Filho

as *distorções cognitivas* do significado não se tornem desadaptativas ao gerar emoções incontroláveis e perturbadoras.

Todavia, dentro das premissas cognitivo-construtivistas, o pensamento não é determinante e objeto de intervenção clínica como descrito nos modelos anteriores, mas subordinado às *emoções*.

Desta forma, na concepção cognitivo-construtivista, há dois tipos globais e complexos de geração de significados que retratam a maneira pela qual nosso organismo se organiza em suas trocas com o mundo. A primeira modalidade é a já descrita pela terapia cognitiva tradicional, e aqui denominada de *processamento conceitual*, e a segunda modalidade de formação de significado é denominada de *processamento vivencial* (GREENBERG, RICE; ELLIOTT, 1996).

Por *processamento conceitual* (ou “cabeça”) nos referimos à maneira pela qual o conhecimento proveniente dos estímulos é processado em nossa consciência ao obedecer às regras formais do raciocínio analítico. Ao nos depararmos com o mundo e criarmos conceitos, o pensamento em sua atividade busca determinar se os significados que foram por nós percebidos são classificáveis sob as categorias *verdadeira* ou *falsa* e *certa* ou *errada*. Progressivamente, à medida que se depara com novas situações, o pensamento tenta extrair as regularidades percebidas de cada acontecimento, transformando as similaridades detectadas em padrões gerais de interpretação – as tão conhecidas crenças. É desta forma que os novos conceitos vão se delineando e os antigos vão sendo atualizados (ABREU, 2001). O *processamento conceitual* proporciona, portanto, um tipo de conhecimento a respeito da natureza das situações que, via de regra, é reflexivo, abstrato e intelectual por natureza.

Já no *processamento vivencial* (ou “coração”), os significados gerados em nossa consciência advêm da atividade de simbolizar os conteúdos que estão tácitos ou corporificados – ou seja, o que “sentimos” das situações – e traduzi-los em linguagens relativas ao “conforto” ou “desconforto” e à “segurança” ou “ameaça” provenientes de um evento. As informações trazidas por tal processamento, diferentemente do processamento conceitual, resultam da maneira pela qual as coisas nos chegam, como se fossemos guiados por um barômetro emocional (corporal) que é direto e vulnerável às flutuações emocionais dos acontecimentos. Um exemplo disso é a grande maioria das queixas apresentadas pelos pacientes: “*estou me sentindo sufocado(a) com tal situação*”, “*...aquele lugar me causa um aperto no peito*”, “*sinto que estou carregando o mundo em minhas costas...*” etc. Portanto, muitas das traduções que fazemos dos eventos provêm inicialmente dos sinais corporais (também chamados de sensoriais) para que, posteriormente, possam vir a ser integrados e explicados pelo raciocínio analítico. Este nível experiencial processa informações que fogem dos princípios lógicos (e daquelas avaliações mais lentas) para encontrar formas mais adaptativas de reconhecimento visceral, fornecendo elementos para avaliações rápidas e imediatas, garantindo, assim, a nossa sobrevivência. Tendo agora em mente os dois níveis de processamento – o *vivencial* (imediato) e o *conceitual* (reflexivo) – podemos compreender que os *significados pessoais finais* que na terapia cognitiva de Beck derivavam apenas do raciocínio lógico (por esta razão se buscava controlar os pensamentos automáticos irracionais), no modelo cognitivo-construtivista surgem sempre da





soma das impressões corporais (sensoriais) associadas às opiniões desenvolvidas pelo nosso raciocínio. Assim, primeiramente *sentimos* algo para, em seguida, podermos *pensar* alguma coisa a esse respeito (GREENBERG; SAFRAN, 1987). E, desta forma, nossa consciência será sempre a arena de encontro destes dois níveis. Vale ressaltar que tais premissas colocam os níveis emocionais em grande destaque, ou seja, toda emoção passa a ser vista como basicamente adaptativa e, assim, nunca estará equivocada, devendo ser controlada ou extinta como tanto se apregoou. Equivocadas não serão as emoções, mas os pensamentos que desenvolvemos a respeito destas emoções.

Portanto, as disfunções e os distúrbios emocionais surgem quando não nos autorizamos a sentir determinadas emoções (GREENBERG; PASCUAL-LEONE, 1997). Quando a síntese dialética destas duas fontes de informações ("coração" e "cabeça") apresenta-se de forma contraditória, estará aberta a possibilidade de ficarmos desorientados, pois nossas construções de significado não contam com a experiência corporal imediata que está sendo vivida.

Em uma concepção cognitivo-construtivista, a exploração e a mudança psicológica acontecem, em primeiro lugar, por meio de um processo dialético de novas sínteses ou de exploração ativa das contradições entre o *conceito* (cabeça) e a *experiência* (coração), para que então seja construído um novo significado global. Portanto, em lugar de possuir um único conceito de si mesmo, racional, considera-se que a pessoa está implicada em representar-se (emocionalmente) de maneira *contínua*. Criamos um sentido *de nós* ao simbolizar o que descobrimos *em nós*.

O trabalho com as pacientes anoréxicas e bulímicas nesta nova concepção visa, desde o princípio, criar intervenções focadas na vida emocional e não nas crenças irracionais das pacientes, pois as técnicas se baseiam na utilização da identificação dos diferentes padrões emocionais (emoções primárias, secundárias e instrumentais) e suas correlações nas respostas adaptativas e de enfrentamento manifestadas pelas pacientes. Portanto, as emoções não serão mais vistas como racionais ou irracionais, mas sim como *adaptativas* por natureza; portanto, não precisam ser domesticadas no tratamento dos transtornos alimentares (ou qualquer outra psicopatologia). Seguindo estas mesmas premissas, não são nossos problemas afetivos que nos conturbam por sua existência, mas a dificuldade que manifestamos em compreendê-los (emocionalmente) em sua totalidade.

Esta é razão pela qual muitos pacientes com diagnóstico de transtorno alimentar se engajam continuamente em comportamentos de purgação (vômitos ou laxantes) ou mesmo em quadros de comer compulsivo. Como somos aquilo que *sentimos* que somos, muitos destes episódios agudos envolvem situações nas quais emoções desconfortáveis (e não ruins) aparecem de uma maneira tão intensa que uma forma de se distanciar disso e evitar o mal-estar provocado por seu aparecimento é engajar-se em condutas de purgação ou restrição alimentar que afastam as pacientes daquilo que estão sentindo nas experiências em curso.

Desta maneira, podemos compreender que os transtornos alimentares não são o epicentro de uma desorganização de crenças, mas reflexos de sistemas emocionais desordenados nos quais os pacientes se tornam cativos e sem ferramentas de mudança. Embora estejam reféns destes comportamentos, estes oferecem alguma forma de manejo, diferentemente





Cristiano Nabuco de Abreu, Raphael Cangelli Filho

do que ocorre no trato de suas emoções pessoais. É por esta razão que o protocolo ao qual as pacientes anoréxicas e bulímicas são submetidas caminha na direção de facilitar a aprendizagem de um processo de diferenciação das emoções e das alternativas oferecidas por cada uma delas. Esta modalidade de intervenção faz com que as pacientes progressivamente evitem se esquivar daquilo que sentem e comecem a criar respostas mais adaptativas frente àquilo que estão sentindo conforme as várias técnicas sugeridas pelo modelo teórico construtivista.

Bulimia Nervosa – Aspectos Psicológicos e Tratamento em Psicoterapia

Pacientes com bulimia nervosa apresentam uma série de pensamentos e emoções desadaptativos a respeito de seus hábitos alimentares e seu peso corporal. Apresentam uma auto-estima inconstante, o que as faz pensar que uma das maneiras mais adequadas de resolver seus problemas é obter um corpo bem delineado e, para alcançar este objetivo, acabam por desenvolver dietas impossíveis de serem seguidas. Em outras palavras, procuram “compensar” um problema subjetivo através da adoção de estratégias imperativas de emagrecimento, resultando em um estado contínuo que chamamos de “montanha russa emocional” (ABREU, 2002) e suas tentativas de retomar o controle desta flutuação. Como isto, embora seja muito intenso, não é algo claro, tais pacientes agarram-se à idéia de que estar magra é um dos caminhos mais curtos para obter alguma forma de estabilidade. Crêem, assim, que ter o controle de suas medidas lhes proporcionará alguma forma de controle e quietude ao acreditar que “ser magra é o caminho para ser feliz”. No entanto, isso não se torna exequível.

Vamos compreender a lógica deste comportamento: Manter-se privado de alimentos calóricos por muito tempo não é uma tarefa das mais fáceis para ninguém, portanto, imagine o leitor cada vez que uma paciente bulímica inicia um período de restrição, uma verdadeira batalha pessoal toma lugar. Como seria possível manter-se sob uma dieta drástica de regime por um longo período (tornando a redução calórica um processo ainda mais severo)? Desta forma, as descompensações alimentares são inevitáveis e acontecem após os longos períodos de jejum, colocando a perder tudo aquilo que foi obtido (perda de peso). E a paciente, frente à fome intensa, literalmente “perde o controle” (*sic*) e passa a comer compulsivamente, e somente as purgações (vômitos, laxantes, etc) podem “lavar” (ou compensar) aquilo que foi ganho. Como essas pacientes tem um baixo grau de manejo emocional, não percebem quando estão saciadas e comem sem limites. Desta forma, compensam purgando (e assim “sentindo-se melhor”) até reincidir em dieta severa e, em algum momento mais adiante, acabar se descontrolando e reentrando no ciclo restringir-comer-purgar.

Não precisamos desenvolver um raciocínio muito estruturado para perceber que é evidente que esta busca não se dá apenas pela causa corporal. É muito comum encontrar pacientes exibindo atitudes caóticas, não somente em relação a seus hábitos alimentares, mas também quanto ao estilo de vida como no trabalho, nas relações afetivas, pessoais, etc. Também é muito comum encontrarmos pessoas que se privam dos relacionamentos amorosos por longos períodos (em função de não saberem como se posicionar frente ao





outro ou mesmo por não se sentirem suficientemente atraentes, isto é, sentirem-se “gordas”), intercalando com outros períodos em que as condutas afetivas são extremamente intensas e a falta de parâmetros ou bom senso torna-se uma das marcas registradas (montanha russa emocional).

As relações familiares também não ficam atrás ao exibir as mesmas premissas de relação. As trocas parentais são, na maioria das vezes, marcadas por baixos níveis de cumplicidade e respeito interpessoal entre os membros. As famílias das pacientes com BN são descritas nas pesquisas como perturbadas, mal organizadas e com dificuldade de expressão de afeto e cuidado (LASK, 2000).

No trabalho, as mesmas queixas não poderiam deixar de aparecer. Muitas pacientes não sentem ter encontrado ainda “a atividade de suas vidas”, o que contribui para rotinas que muitas vezes as afastam do interesse, prazer e da realização pessoal.

Com tudo o que foi descrito até o momento, não é de espantar que tais pacientes busquem algo que nem elas próprias saberiam especificar. A busca pela perfeição (auto-exigência, autocontrole) torna-se uma das principais características dessas pacientes, pois à medida que a instabilidade ambiental torna-se uma companheira perene, a falta de um parâmetro fixo (ou de uma auto-imagem mais estruturada) torna essa identidade uma estrutura itinerante e incompleta, gerando altos níveis de angústia. Alguns aspectos psicológicos são dignos de nota: (a) baixa auto-estima, (b) evitação e baixo manejo emocional, (c) pensamento do tipo “tudo ou nada” (ou seja, funciona através de valores opostos), (d) altos níveis de ansiedade, (e) perfeccionismo, (f) incapacidade de encontrar formas de prazer e satisfação e (g) incapacidade de ser feliz ou mesmo sentir-se bem.

O tratamento desenvolvido por Abreu (2002) (um dos autores desse texto) compõe-se atualmente de 18 semanas e baseia-se no modelo cognitivo-construtivista de psicoterapia, tendo como um dos focos principais a alteração dos padrões emocionais. Em cada encontro, um eixo temático é abordado, fazendo com que as pacientes consigam progressivamente se re-apropriar do controle e do manejo de sua vida emocional e, conseqüentemente, re-organizar seus hábitos alimentares. Desse modo, um plano de trabalho é estabelecido e as pacientes, convidadas a participar, são avaliadas semanalmente por uma equipe multidisciplinar. A seqüência dos eixos temáticos do programa de Psicoterapia é abaixo descrita:

Semana 1	Apresentando o Programa com a Aplicação de Inventários
Semana 2	Compreendendo a Fome (Física, Emocional ou Social)
Semana 3 e 4	Minha Fome e suas Conseqüências: As Crenças Envolvidas
Semana 5 e 6	A Desordem Alimentar e(m) Minha Vida
Semana 7	A Imagem Corporal Idealizada
Semana 8 e 9	A Percepção Subjetiva da Imagem Corporal
Semana 10	O Processo de Mudança: Quem e Como Quero Ser?
Semana 11	Entendendo as Emoções “Ruins”
Semana 12 e 13	Transformando as Emoções “Ruins”
Semana 14 e 15	Reconstruindo o Paradigma Pessoal
Semana 16 e 17	Desenvolvimento da Auto-Avaliação e Aplicação de Inventários
Semana 18	Finalização do Processo: Devolutivas

Ao final do programa é realizada uma avaliação multidisciplinar seguindo os critérios estabelecidos pelo AMBULIM e envolvendo nutricionistas, psiquiatras e os psicólogos. A partir da avaliação em conjunto, as pacientes podem: (a) receber alta, (b) seguir para um programa de manutenção de outras 18 semanas com outros temas ou, finalmente, (c) no caso de um baixo nível de aderência, reiniciar o programa.

Anorexia Nervosa: Aspectos Psicológicos e Tratamento em Psicoterapia

A Anorexia Nervosa (AN) é um outro tipo de transtorno alimentar que, se comparado à bulimia nervosa, apresenta dimensões que requerem uma maior seriedade no tratamento em virtude do alto índice de gravidade. Com uma prevalência de 0,5 a 1% na população adolescente e juvenil, as publicações científicas mais antigas em revistas especializadas, chegando até aquelas encontradas nos dias de hoje (que, por sinal, são bem poucas), o prognóstico de melhora e os índices de recuperação apresentam, na grande maioria, resultados desalentadores e contraditórios. Enquanto na maioria dos transtornos psiquiátricos o início precoce é indicativo de prognóstico ruim, na anorexia nervosa quanto mais cedo a doença se manifestar, maiores serão as chances de sucesso terapêutico. Por outro lado, quanto mais tarde ocorrer o aparecimento, menores serão as chances de recuperação. Embora seja uma doença que apresente um dos maiores índices de mortalidade (maior, inclusive, que a depressão), a escassez de pesquisas é preocupante. Tal fato se dá em função de: (a) baixa incidência do transtorno se comparado a outros transtornos psiquiátricos, (b) dificuldade de recrutar pacientes que admitam ter um problema significativo, (c) severidade do transtorno e (d) alto índice de desistência da terapia ambulatorial.

Em um olhar mais amplo a mais de cem estudos, somente cerca de 50% das pacientes se “recuperam totalmente” (e isto quer dizer o restabelecimento do peso, a normalização dos comportamentos alimentares e o retorno da menstruação regular). Outros 30% mostram uma recuperação parcial caracterizada por algum tipo de resíduo ou distúrbio no comportamento alimentar e pela falta de habilidade para manter o peso normal. E finalmente, nos 20% restantes, a doença assume uma forma crônica, não apresentando qualquer sinal de remissão.

Em um outro estudo mais recente com cento e noventa e três pacientes anoréxicas em um tratamento de curto prazo, a maioria recobrou o peso alvo com um único propósito: deixar a internação. Portanto, pode-se facilmente perceber que estamos diante de uma das populações mais refratárias a qualquer forma de ajuda clínica. Nesse sentido, o que se procura alcançar com as pacientes com anorexia nervosa é o (a) restabelecimento dos padrões normais de alimentação (pois 50% das anoréxicas apresentam compulsão alimentar, portanto esta é uma das principais metas de intervenção do tratamento), (b) promover uma auto-regulação do peso corporal, (c) reduzir (eliminando) atitudes purgativas ou mesmos restritivas para, finalmente, (d) criar a motivação para a mudança (BELL, 1983).

A seqüência dos eixos temáticos do programa de psicoterapia (segundo o modelo cognitivo-construtivista) e desenvolvido por Abreu (2002) baseia-se nos seguintes eixos temáticos:



Semana 0	Conhecendo o Paciente
Semana 1	Apresentando o Programa e procedendo a Aplicação de Inventários
Semana 2	Informando a respeito da doença
Semana 3	Convivendo com a Anorexia Nervosa
Semana 4	Estar anoréxica (o) e suas conseqüências: Benefícios e Custos Envolvidos
Semana 5, 6 e 7	Entendendo o "Pensamento"
Semana 8 e 9	Estar Anoréxica (o) e suas Conseqüências (Crenças)
Semana 10, 11 e 12	A Desordem Alimentar e(m) Minha Vida
Semana 13, 14 e 15	As Relações Familiares Antes e Depois da NA
Semana 16, 17, 18, 19, 20, 21 e 22	Treino em Habilidades Sociais
Semana 23 e 24	Reavaliando a AN
Semana 25, 26 e 27	Trabalhando a Imagem Corporal
Semana 28, 29, 30, 31 e 32	Trabalhando com as Emoções
Semana 33 e 34	Reavaliando a Dinâmica Familiar
Semana 35 e 36	O Processo de Mudança: Quem e Como Quero Ser?
Semana 37 e 38	Reconstruindo o Paradigma Pessoal
Semana 39	Aplicação de Inventários e Fechamento do Trabalho
Semana 40	Devolutivas Finais

Uma das perguntas mais comumente abordadas na literatura em relação às pacientes anoréxicas é porque se torna tão difícil mobilizá-las para a mudança pessoal. Se nos casos de bulimia nervosa inicia-se o tratamento com um desejo claro e anuência em obter a mudança, nos casos de anorexia nervosa esta cooperação não pode ser esperada pelo profissional. Enquanto no tratamento da bulimia nervosa podemos assegurar ao paciente que a melhora de seu quadro praticamente não tem maiores efeitos sobre o peso corporal, nos quadros de anorexia nervosa não é possível oferecer tal garantia, pois é exatamente isso que está para acontecer, ou seja, este é um dos objetivos do tratamento (colocando-as face àquilo que mais temem – o ganho de peso) – esta é a razão pela qual devemos esperar os maiores níveis de abandono. Assim, não é de se estranhar que as pacientes comecem o tratamento com pouca ou quase nenhuma intenção de “progredir” e cooperar. Portanto, os profissionais devem ficar surpresos se não houver alguma forma de esquiva ou sabotagem aos protocolos aos quais as pacientes são submetidas.

Por mais polêmico que possa parecer, duas razões fundamentais são apontadas para justificar tais ocorrências: (a) as pacientes “sabem” (racionalmente) de sua necessidade de ajuda, mas têm medo do que a mudança corporal possa trazer a elas e suas vidas. É este aspecto que na realidade cria uma barreira, pois mudar a rotina alimentar implica não somente retomar as refeições adequadamente, mas fazer contato com uma série de emoções que estão ligadas ao processo de evitação emocional à qual elas se impõem. Sempre que estamos diante de sensações desagradáveis, é comum se criar uma atitude de evitação ou de esquiva e, quando isso acontece, tais pacientes sentem-se ainda piores. Isto ocorre por que seus sistemas fisiológicos (seus corpos) mandam uma informação, seus pensamentos mandam outros conteúdos e suas emoções outros sinais ainda mais distintos, ou seja, uma verdadeira confusão toma lugar na consciência. Para obterem alívio



Cristiano Nabuco de Abreu, Raphael Cangelli Filho

desta complexidade de informações é que elas se engajam em comportamentos de total abstinência; é como se tentassem fazer “parar a banda” de suas reações. Por isso, tais pacientes apresentam uma verdadeira fixação à imagem corporal e magreza como uma forma de colocar “ordem” em suas vidas. Enquanto na anorexia purgativa sua estrutura e funcionamento emocional se aproximam um pouco das bulímicas ao exibir modalidades pendulares de reações (sentimentos do tipo tudo ou nada; controle ou descontrole), nas anoréxicas restritivas a emocionalidade quase nunca aparece, gerando dificuldades de reconhecimento e de identidade. (b) As restrições alimentares criam, com o passar do tempo, quadros de subnutrição que começam progressivamente a gerar inevitáveis déficits cognitivos, privando-as de uma capacidade normal de entendimento e de alteração do curso de resolução de seus problemas. Assim, estamos envolvidos no tratamento de uma doença que gera limitações físicas, emocionais e sociais (ABREU, 2002).

Como descrição das características psicológicas mais freqüentes, citaríamos: (a) baixa auto-estima, (b) sentimento pronunciado de desesperança, (c) desenvolvimento insatisfatório da identidade, (d) tendência a buscar aprovação externa, (e) extrema sensibilidade a críticas, (f) falta de assertividade e (g) falta de autonomia e independência.

Considerando tudo isso, pode-se claramente perceber que a anorexia nervosa é uma doença complexa que impõe grandes desafios a cada estágio do tratamento e que, na melhor das hipóteses, os indivíduos com anorexia nervosa são continuamente ambivalentes na busca de tratamento. Permanecem resistentes a qualquer tipo de intervenção externa, o que contribui para um dos mais altos índices de recusa e desistência prematura do tratamento. Aquelas que permanecem em tratamento freqüentemente não aderem às orientações e, quando aderem às primeiras intervenções, correm grande risco de recaída (CORDÁS, GUIMARÃES E ABREU, 2003).

Os resultados indicaram que 70% dos pacientes tratados com terapia cognitiva não mais satisfaziam os critérios de diagnóstico para anorexia nervosa no 6º mês, embora tenham mantido, em média, um peso significativamente baixo (FAIRBURN, MARCUS, WILSON, 1993). Entretanto, em uma comparação entre a terapia familiar e a psicoterapia individual de apoio de 57 pacientes (que haviam recebido terapia em sistema de internação de um ano), a terapia familiar foi significativamente mais eficaz do que a psicoterapia individual para aqueles com uma idade de início precoce (com menos de 18 anos) associada à curta duração do transtorno (menos de três anos), o mesmo ocorrendo no pós-tratamento (acompanhamento de cinco anos). Já para os pacientes com idade de início mais tardia ou duração mais prolongada, ambos os tratamentos foram comparáveis (WILSON, 1993).

Conclusões

A exploração e a mudança psicológica não acontecem apenas pela substituição de esquemas disfuncionais de pensamento por esquemas mais funcionais, mas acontecem, em primeiro lugar, por meio da exploração do processo dialético das prováveis contradições existentes entre a experiência (emoção) e o conceito (desenvolvido pelo indivíduo após ter vivido a ‘experiência’). Ao se integrar estas duas instâncias, se favorece a (re)construção de um significado global. Primeiro, sempre vivenciamos algo para que posteriormente





possamos falar algo a este respeito. Por isso é que dificilmente um argumento lógico se demonstra eficaz no processo de mudança nos transtornos alimentares. Portanto, se desejamos produzir qualquer tipo de alteração mais efetiva, devemos partir sempre dos níveis emocionais (e vivenciais) das situações e das experiências (ABREU E ROSO, 2003).

A concepção cognitivo-construtivista entende que não são os pensamentos e nem mesmo as emoções disfuncionais *per se* que devem ser eliminadas ou corrigidas, mas o pensamento que desenvolvemos a respeito destas nossas emoções é que deve ser expandido, ampliado e mais refinado. Portanto, quando os pacientes com anorexia nervosa ou bulimia nervosa apresentam medos ou angústias, uma postura interessante é permitir que a expressão emocional exista, sem desqualificá-la ou alterá-la, utilizando premissas de irracionalidade ou disfuncionalidade por parte do terapeuta. “Não sofremos pelas nossas emoções, sofremos pelo não entendimento destas emoções” (GUIDANO, 1994, p. 34).

No construtivismo, a “aceitação” do outro com todas as suas particularidades e idiosincrasias é o coração de todo o processo de mudança (SAFRAN; MURAN, 2000). O procedimento da psicoterapia de base construtivista, segundo Mahoney (no prelo), realiza o trabalho dos três “Ps”, isto é, nos momentos iniciais de ambos os protocolos (BN e AN) do processo clínico de mudança, objetiva-se focar o problema com todas as suas peculiaridades e variações. Em um segundo momento, dá-se o aprofundamento da análise dos padrões gerais de expressão da experiência – aqueles que mantêm o aparecimento dos problemas e são compostos pelas repetições das dificuldades em questão. Finalmente, desenvolve-se uma análise mais aprofundada dos processos pelos quais tais padrões e problemas foram sendo construídos e se manifestam ao longo da vida do indivíduo. Portanto, neste último nível do trabalho, busca-se compreender as ‘marés de ordem’, alternadas com as ‘marés de desordem’ que constituem a história de flutuações emocionais na vida daqueles que buscam ajuda (MAHONEY, 1998).

A idéia de existência de fases de “ordem” e “desordem” permeando o desenvolvimento do homem e, portanto, suas possibilidades de mudança, está na base do procedimento psicoterápico construtivista. A psicoterapia cognitivo-construtivista parte do pressuposto de que “a experiência humana não é uma busca pela verdade, mas, ao invés disto, uma infinita construção de significados” (GONÇALVES 1994, p. 108). Como as reações emocionais são as companheiras mais antigas presentes na vida humana (afetando a memória, o humor e a habilidade para resolver tarefas), sua compreensão e regulação torna-se um dos objetivos mais desejados nesta forma de psicoterapia (ABREU E ROSO, 2003).

Referências

- ABREU, C. N.; SHINOHARA, H. **Cognitivismo e construtivismo: uma fértil interface**. Porto Alegre: ArtMed, 1998.
- ABREU, C. N. **Psicoterapia Construtivista: o novo paradigma dos modelos cognitivistas**. In: RANGÊ, B. (Org.), **Atualizações em Terapia Cognitivo-Comportamental**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.
- ABREU, C. N. **Aspectos psicoterápicos da anorexia e bulimia nervosa**. Conferência apresentada no VII Congresso Brasileiro de Psiquiatria Clínica, I Congresso Sul-Sudeste

de Psiquiatria Clínica e II Congresso Paulista de Psiquiatria Clínica, organizado pela Sociedade Brasileira de Psiquiatria Clínica. Campinas: junho de 2002.

ABREU, C. N.; ROSO, M. Cognitivismo e Construtivismo. In: ABREU, C. N.; ROSO, M. (Orgs.). **Psicoterapias Cognitiva e Construtivista: novas fronteiras da prática clínica** (p. 35-50). Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.

ABREU, C. N.; CORDÁS, T. A. Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa: Do Diagnóstico Médico ao Tratamento em Psicoterapia. In: CURRY, S. **Psicoterapia Hospitalar**. São Paulo: Casa do Psicólogo (no prelo).

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)**, 4 ed. Washington, D.C., 1994.

BECK, J. **Terapia cognitiva: teoria e prática**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BECK, A.; FREEMAN, A. **Terapia cognitiva dos transtornos de personalidade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

BELL, R.M. **Holy Anorexia**. Chicago: University of Chicago Press, 1985.

CASPER, R.C. On the emergence of bulimia nervosa as a syndrome: a historical review. **International Journal of Eating Disorders**. v. 2, p. 3-16, 1983.

CORDÁS, T. A.; GUIMARÃES, D. B.; ABREU, C. N. Great expectations, yet anorexic results. In: Maj, M.; Halmi, K.; J.J. López-Ibor; N. Sartorius (Eds.). **Eating disorders: evidence and experience In psychiatry**. Nova York: Wiley. VI, p. 372-377: 2003.

DOYLE, J.; BRYANT-WAUGH, R. Epidemiology. In: LASK, B.; BRYANT-WAUGH, R. (Eds.). **Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence**. 2nd ed. East Sussex, UK, Psychology Press, 2000; p. 41-61

EDDY, K.T.; KEEL, P.K.; DORER, D.J.; DELINSKY, S.S.; HERZOG, D.B. Longitudinal Comparison of Anorexia Nervosa Subtypes. **Int. Journal of Eating Disorders**. 31(2): p. 191-201, 2002.

ELLIS, A. Desarrollando los ABC de la Terapia Racional Emotiva. In MAHONEY, M.; FREEMAN, A. (Orgs.), **Cognición y Psicoterapia**. Barcelona: Paidós, 1988.

FAIRBURN, C.G. The heterogeneity of bulimia nervosa and its implications for treatment. **Journal Psychosomatic Research** 35: (suppl.1): p. 3-9, 1991.

FAIRBURN, C.G., MARCUS, M. D.; WILSON, G. T. Cognitive Behavior Therapy for binge eating and bulimia: A comprehensive treatment manual. In: FAIRBURN, C.G.; WILSON, G. T. (Eds.), **Binge eating: nature, assessment, and treatment**. Nova York: Guilford Press, 1993, p. 361-404.

FAIRBURN, C.G. Psychological and social problems associated with binge eating. In: FAIRBURN, C.G. **Overcoming binge eating**. The Guilford Press. Nova York, 1995, p. 42-66.

GARFINKEL, P.E.; GARNER, D.M. **Anorexia nervosa: a multidimensional perspective**. Nova York: Brunner-Mazel, 1982.

GARNER, D.M.; GARNER, M.V.; ROSEN, L.W. Anorexia nervosa "restrictors" who purge: implications for subtyping anorexia nervosa. **International Journal of Eating Disorders** 13, p. 171-185, 1993.

GREENBERG, L. S., RICE, L. N.; ELLIOTT, R. **Facilitando el cambio emocional**. Barcelona: Paidós, 1996.

GREENBERG, L. S.; SAFRAN, J. S. **Emotion in psychotherapy**. Nova York: Guilford Press, 1987.



GREENBERG, L.; PASCUAL-LEONE, J. Uma abordagem construtivista dialética à mudança experiencial. In: NEIMEYER, R. A; MAHONEY, M. J. **Construtivismo em Psicoterapia**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

LASK, B. Aetiology. In: LASK B, BRYANT-WAUGH R, editors. **Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence**. East Sussex: Psychology Press; 2000. p. 63-79.

MITCHELL, J.E.; CROW, S.; PETERSON, C.B.; WONDERLICH, S.; CROSBY, R.D. Feeding, laboratory studies in patients with eating disorders: a review. **International Journal of Eating Disorders** 24: p. 115-124, 1998.

MAHONEY, J. M. **Processos humanos de mudança: as bases científicas da Psicoterapia**. Porto Alegre: ArtMed, 1998.

VAN DER HAM, T.; MEULMANN, J.J.; VAN STRIEN, D.C.; VAN ENGELAND, H. **Empirically based subgrouping of eating disorders in adolescence: a longitudinal study**. Br J Psychiatry 170: 363-8, 1997.

Contato:

Cristiano Nabuco de Abreu
Rua Pará, 50 – Higienópolis – salas 81/82
São Paulo - SP
CEP 01243-020
E-mail: nabuco@netpoint.com.br

Tramitação:

Recebido em 20/02/2005
Aceito em 20/03/2005

