

INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS NO TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

PSYCHOLOGICAL INTERVENTIONS IN THE TREATMENT OF EATING DISORDERS

Resumo

Os transtornos alimentares podem ser definidos por comportamentos disfuncionais relacionados à alimentação, que prejudicam a saúde física e o funcionamento psicossocial. A anorexia nervosa se caracteriza por baixo peso corporal, restrição alimentar, medo de engordar, supervalorização do peso e/ou forma e distúrbio da imagem corporal. A bulimia nervosa se caracteriza pela presença de episódios recorrentes de compulsão alimentar, seguidos por comportamentos compensatórios inadequados para evitar ganho de peso e uma autoavaliação indevidamente influenciada pela forma do corpo ou peso. O papel da psicoterapia no tratamento dos transtornos alimentares é desenvolver técnicas para promover a adesão ao tratamento, melhorar a relação com a imagem corporal, ensinar o controle dos episódios de compulsão alimentar, aumentar a autoestima do paciente, melhorar suas relações interpessoais, ensiná-lo a lidar de modo funcional com emoções intensas e modificar o sistema de crenças associadas ao desenvolvimento e manutenção dos transtornos alimentares. No presente artigo são descritos os modelos de psicoterapia mais testados em estudos clínicos para o tratamento dos transtornos alimentares. A terapia cognitivo-comportamental é considerada o padrão-ouro para o tratamento desses quadros clínicos, em decorrência da quantidade de estudos controlados que consubstanciam as evidências dos bons resultados obtidos com esse modelo de psicoterapia. São também descritas as técnicas implementadas pela terapia interpessoal, terapia comportamental dialética e *mindful eating*.

Palavras-chave: Transtornos alimentares, psicoterapia, terapia cognitivo-comportamental.

Abstract

Eating disorders can be defined by eating-related dysfunctional behaviors that impair physical health and psychosocial functioning. Anorexia nervosa is characterized by low body weight, dietary restriction, fear of gaining weight, overvaluation of body weight and/or shape and body image disorder. Bulimia nervosa is characterized by the presence of recurrent episodes of binge eating, followed by inappropriate compensatory behaviors to prevent weight gain and a self-evaluation unduly influenced by body shape or weight. The goals of psychotherapy in the treatment of eating disorders are to develop techniques to promote treatment adherence, improve the patient's relationship with their body image, teach them how to control binge eating episodes, increase their self-esteem, improve interpersonal relationships, teach them how to functionally deal with intense emotions and modify the belief system associated with the development and maintenance of eating disorders. The present article describes the models of psychotherapy most widely tested in clinical studies for the treatment of eating disorders. Cognitive behavioral therapy is considered the gold standard for the treatment of these clinical conditions, due to the high number of controlled studies that corroborate the evidence of good results obtained with this model of psychotherapy. Techniques implemented by interpersonal therapy, dialectical behavior therapy and *mindful eating* are also described.



¹ Psicóloga coordenadora, Grupo de Obesidade e Transtornos Alimentares (GOTA), Instituto de Psiquiatria (IPUB), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ. Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione, Rio de Janeiro, RJ. Terapeuta cognitivo-comportamental certificada pela Federação Brasileira de Terapias Cognitivas. ² Psicóloga colaboradora, GOTA, IPUB, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione, Rio de Janeiro, RJ. Terapeuta cognitivo-comportamental. ³ Psicóloga colaboradora, GOTA, IPUB, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione, Rio de Janeiro, RJ. Terapia cognitivo-comportamental.

Keywords: Eating disorders, psychotherapy, cognitive behavioral therapy.

INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares (TA) são caracterizados por comportamentos disfuncionais relacionados à alimentação, que prejudicam a saúde física e o funcionamento psicossocial¹. Pacientes com anorexia nervosa (AN) podem ser descritos por baixo peso corporal, restrição alimentar, medo de engordar e supervalorização de seu peso e/ou forma e distúrbio da imagem corporal. Em pacientes com bulimia nervosa (BN), a sintomatologia central é a presença de episódios recorrentes de compulsão alimentar (ECA), seguidos por comportamentos compensatórios inadequados (vômitos autoinduzidos, jejum, etc.) para evitar ganho de peso e uma autoavaliação indevidamente influenciada pela forma do corpo ou peso¹.

O papel da psicoterapia no tratamento dos TA é implementar técnicas que promovam adesão ao tratamento realizado pela equipe multidisciplinar, promover a melhora do distúrbio de imagem corporal, ensinar o controle dos ECA e dos métodos compensatórios². Outros objetivos importantes da psicoterapia são: aumentar a autoestima do paciente, melhorar suas relações interpessoais, ensiná-lo a lidar de modo funcional com emoções intensas e modificar o sistema de crenças associadas ao desenvolvimento e manutenção dos quadros clínicos².

Diversos modelos de psicoterapia têm sido empregados no tratamento dos TA para cumprir esses objetivos. No presente artigo vamos descrever os modelos de psicoterapia mais testados em estudos clínicos. A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é considerada o padrão-ouro para o tratamento dos TA, em decorrência da quantidade de estudos controlados que consubstanciam as evidências dos bons resultados obtidos com esse modelo de psicoterapia^{3,4}. Em função disso, ela será descrita com mais detalhes.

TRATAMENTO DA ANOREXIA NERVOSA, DA BULIMIA NERVOSA E DOS QUADROS ATÍPICOS

Terapia cognitivo-comportamental

Diversos protocolos de TCC foram desenvolvidos para abordar os diferentes perfis de pacientes com

TA. Eles variam de 16 a 40 sessões, podendo ser implementados em grupo ou individualmente⁵. A TCC parte do pressuposto de que o sistema de crenças do indivíduo norteia o desenvolvimento dos sentimentos e comportamentos disfuncionais característicos dos TA⁶. Portanto, embora conte com diversas técnicas para modificar emoções e comportamentos disfuncionais, uma meta importante do tratamento é reestruturar o sistema de funcionamento cognitivo associado ao TA⁷.

O primeiro passo no tratamento é elaborar a “conceitualização” do paciente, que consiste em uma análise dos fatores que levaram ao desenvolvimento e manutenção do TA, correlacionando os sintomas associados à alimentação com os demais problemas presentes⁵. Após o desenvolvimento da conceitualização, o tratamento é individualizado, e as técnicas descritas a seguir são selecionadas de acordo com os sintomas psicopatológicos apresentados pelo paciente, ao invés de estarem associadas a um diagnóstico específico⁵.

Estratégias para o aumento da adesão ao tratamento

As pacientes com BN, em geral, apresentam boa motivação para a psicoterapia, uma vez que desejam aprender a controlar os ECA². Entretanto, envolver pacientes com AN no tratamento pode ser um desafio, uma vez que há aspectos que elas não desejam modificar (por exemplo: baixo peso). O medo acentuado de engordar, agravado pelo distúrbio de imagem corporal, que diminui o *insight* sobre a doença, é um dos fatores que pode aumentar a resistência².

Para aumentar a adesão, um primeiro passo é ajudar a paciente a focar nas desvantagens de manter o seu padrão atual de comportamento, com ênfase na identificação de dados que indiquem a piora da sua qualidade de vida após o desenvolvimento do TA². Por exemplo, podem ser citados os níveis aumentados de tristeza, culpa e cansaço, além do grande gasto de tempo com pensamentos sobre alimentos e aparência. Além disso, devem ser demonstrados os possíveis ganhos de uma psicoterapia, tais como melhora das relações interpessoais, diminuição de atritos familiares, melhora da capacidade de regular as emoções, entre outros².

Melhora da relação com a imagem corporal

Para tratar a distorção da imagem corporal, o primeiro passo é demonstrar para a paciente que ela se percebe de forma distorcida⁸. Para esse fim, podem ser utilizados desenhos do formato corporal da paciente. Em um quadro grande fixado na parede, a paciente desenha o modo como percebe o próprio corpo, enquanto se olha em um espelho. Em seguida, no mesmo quadro, o terapeuta desenha o contorno da silhueta da paciente, para que ela possa verificar o tamanho real do seu corpo, além da discrepância entre o modo como se percebe e o tamanho efetivo⁸.

As pacientes com TA podem apresentar diferentes padrões de comportamento em relação à exposição de seu corpo⁵. Algumas evitam olhá-lo e outras o examinam compulsivamente. A checagem compulsiva aumenta a insatisfação com o formato corporal através da atenção seletiva para as partes do corpo insatisfatórias sob a ótica da paciente, o que reforça o pensamento de que ela é gorda e imperfeita, mantendo a insatisfação e preocupação excessiva com a aparência. Assim, a checagem compulsiva deve ser gradativamente reduzida ao longo do tratamento⁵.

Outro aspecto importante do trabalho com a imagem corporal é ensinar a paciente a lidar melhor com eventuais imperfeições, e para tal, seu ideal de imagem corporal deve ser modificado⁹. Pacientes com TA costumam ser muito críticas e perfeccionistas, e esse padrão alto de exigência se reflete na aparência que desejam ter. É importante ajudá-las a examinar aspectos positivos de sua aparência e analisar de forma crítica os ideais de corpo veiculados pelas mídias sociais⁹. As pacientes devem ser também incentivadas a pesquisar indivíduos com corpos imperfeitos considerados atraentes e bem-sucedidos, para relativizar a importância da imagem corporal perfeita⁹.

Modificação do sistema disfuncional de crenças associadas ao peso e formato corporal

As pacientes com TA compartilham uma psicopatologia central de natureza cognitiva⁵. Enquanto a maioria das pessoas se autoavalia com base no desempenho autopercebido em uma variedade de domínios da vida, indivíduos com TA se julgam excessivamente, ou mesmo exclusivamente, em termos de sua forma

corporal, sendo a magreza utilizada como indicador de sucesso, competência e valor pessoal. Os métodos compensatórios e demais comportamentos associados ao TA são secundários a essas ideias supervalorizadas⁵.

Para ajudar a paciente a modificar o seu sistema de crenças, a TCC utiliza diversas estratégias. Por exemplo, ela pode ser incentivada a criar um gráfico no “formato de pizza”, com o tamanho de cada fatia representando o grau de importância atribuído a cada aspecto da sua vida e o grau de investimento que, na prática, ela faz em cada um dos diferentes fatores identificados. Ao final da tarefa, a paciente poderá observar que aspectos associados ao peso, formato corporal e alimentação representarão as maiores fatias do seu gráfico².

Em seguida, várias linhas de análise podem ser utilizadas. Por exemplo, a paciente deve ser ajudada a analisar os efeitos de seu padrão de investimento atual na sua qualidade de vida². Na prática, quais foram os ganhos efetivamente obtidos após o desenvolvimento do TA? A paciente atingiu alguma meta de vida? Por outro lado, há desvantagens em manter a atual preocupação com a perda de peso e os padrões associados de comportamento? O modo como a paciente divide o investimento nos diferentes aspectos de vida trouxe algum tipo de consequência negativa? Além de avaliar os resultados obtidos até o momento, a paciente deve avaliar quais seriam as consequências no longo prazo de manter os atuais padrões de comportamento. Por exemplo, dentro de 10 anos, como será o seu padrão de vida se ela persistir com os hábitos atuais²?

Essas linhas de análise objetivam identificar as principais consequências adversas da supervalorização do peso⁵. Uma avaliação aprofundada conduz a paciente a concluir que, com exceção de uma sensação de vitória por ter obtido perda de peso (no caso das pacientes com AN), os demais aspectos da sua vida estão bastante comprometidos: isolamento social, sofrimento associado à utilização dos métodos compensatórios, pensamentos obsessivos sobre alimentação e continuar insatisfeita com a imagem corporal (apesar da redução do peso), etc.⁵.

Estratégias para regular estados de humor

Os ECA e/ou os métodos compensatórios podem se tornar estratégias generalizadas de redução de humor negativo⁷. Nesse caso, duas linhas complementares de



¹ Psicóloga coordenadora, Grupo de Obesidade e Transtornos Alimentares (GOTA), Instituto de Psiquiatria (IPUB), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ. Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione, Rio de Janeiro, RJ. Terapeuta cognitivo-comportamental certificada pela Federação Brasileira de Terapias Cognitivas. ² Psicóloga colaboradora, GOTA, IPUB, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione, Rio de Janeiro, RJ. Terapeuta cognitivo-comportamental. ³ Psicóloga colaboradora, GOTA, IPUB, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione, Rio de Janeiro, RJ. Terapia cognitivo-comportamental.

intervenções podem ser utilizadas: o treinamento em resolução de problemas (TRP) e o desenvolvimento de estratégias para regulação do humor⁷. O objetivo do TRP é desenvolver a capacidade da paciente para lidar com problemas de modo geral, diminuindo as fontes de estresse que atuam como gatilho para a ocorrência do ECA⁷. A paciente deve aprender a identificar os problemas assim que eles surgem e ser treinada para considerar diversas possíveis soluções, avaliar a melhor solução, desenvolver as habilidades necessárias para implementar a solução escolhida e avaliar os resultados obtidos com o processo⁷.

Algumas pacientes com TA são extremamente sensíveis a estados de humor negativos e/ou têm dificuldade para modular estados de humor intensos⁵. Nesses casos, uma estratégia útil para aumentar o autocontrole é ensinar a paciente a desacelerar, observar e analisar a sequência de eventos associados ao ECA. Ela deve ser incentivada a analisar em tempo real: (1) o evento que desencadeou o ECA; (2) seus pensamentos, crenças, sentimentos e comportamentos na situação; e (3) sua avaliação sobre sua própria capacidade para tolerar o que está sentindo (por exemplo: "Não sou capaz de tolerar esse desconforto")⁵. Um dos objetivos dessa estratégia é levar a paciente a entender que o ECA envolve uma sequência de passos que se desenrolam rapidamente, mas que pode ser controlada se ela aprender a atuar nos vários pontos do processo, utilizando formas adaptadas de regulação do humor, sem recorrer à alimentação inadequada e aos métodos compensatórios⁵.

Também é importante treinar a paciente para tolerar estados de humor desagradáveis, ao invés de obter alívio inadequado por meio do uso dos métodos compensatórios⁵. Para esse fim, é importante explicar que os estados de humor fazem parte da experiência humana normal e que, se a paciente aprender a tolerá-los, os humores negativos raramente persistem por longo tempo⁵.

Aumento da autoestima e redução do perfeccionismo

Pacientes com TA apresentam alto nível de exigência, somado à tendência a desqualificar os seus sucessos, o que fortalece a insatisfação com o desempenho pessoal em quase todas as áreas da vida². Esses fatores contribuem para o agravamento do TA, uma vez que

reforçam a necessidade de empenhar-se mais arduamente para atingir sucesso de modo geral, sendo enfatizado, em particular, o aspecto considerado mais relevante: o controle da alimentação e da aparência². Por meio desses fatores, o emagrecimento se torna um objetivo primário de vida. Para haver melhora da autoestima, a paciente deve ser ajudada a desenvolver expectativas realistas de desempenho e focalizar sua atenção nos seus sucessos e qualidades².

Desenvolvimento de habilidades interpessoais

Os TA podem estar associados a diversos déficits interpessoais. São comuns déficits de assertividade, conflitos nas relações interpessoais, entre outros¹⁰. A TCC realiza um treinamento de habilidades interpessoais na sessão, e a paciente pratica as habilidades aprendidas em diversos contextos entre as sessões. A diminuição dos déficits interpessoais favorece a modificação da qualidade das relações interpessoais e o aumento da autoestima¹⁰.

Estratégias para a prevenção de recaídas

Ao final do tratamento, as pacientes são orientadas a identificar as situações de alto risco que poderiam dificultar o controle da alimentação no futuro, e com o auxílio do terapeuta, são elaboradas estratégias para lidar com essas situações⁷. Deve ser organizado um plano de manutenção por escrito, contendo a lista das estratégias que foram úteis ao longo do tratamento, das situações que oferecem maior risco para recaídas e as possíveis soluções para lidar com elas⁷.

Terapia interpessoal

A terapia interpessoal (TI) parte do pressuposto de que os problemas interpessoais podem agir como desencadeadores ou mantenedores dos sintomas associados aos TA¹¹. Quatro áreas são consideradas foco do trabalho: luto complicado, disputas interpessoais, transição de papéis e sensibilidade interpessoal¹¹.

a) O luto é compreendido como a perda real de uma pessoa querida. Nos lutos prolongados, geralmente encontramos uma negação da perda ou sentimentos de revolta com a pessoa falecida. Isso levaria a uma estagnação na vida emocional e funcional da paciente.

- b) As disputas de papéis interpessoais são caracterizadas por conflitos em uma relação significativa (por exemplo: conflitos conjugais). As metas de tratamento incluem: ajudar o paciente a entender a natureza da disputa, reconhecer os seus sentimentos conflitantes e encontrar estratégias para manejá-los.
- c) As dificuldades para a transição de papéis interpessoais podem ser diagnosticadas quando a pessoa apresenta dificuldades em lidar com mudanças na vida.
- d) Sensibilidade interpessoal: caracteriza-se pela dificuldade da paciente em estabelecer uma relação íntima e duradoura; ou ter sentimentos persistentes de solidão e isolamento social, não especificamente relacionados a transições recentes ou disputas interpessoais.

A TI ajuda a paciente a detectar os problemas anteriormente descritos e relacioná-los ao TA¹². São então escolhidas as duas principais áreas a serem tratadas. Essa limitação é necessária, pois tentar abarcar muitas questões interpessoais em um tempo curto de tratamento poderá gerar sensação de falha ao término da terapia¹².

Terapia comportamental dialética

A terapia comportamental dialética (TCD) realça o papel das dificuldades para regular emoções no desenvolvimento e manutenção dos TA¹³. Em geral, os programas de TCD duram 12 meses, que podem ser estendidos para melhorar os resultados obtidos. Além da terapia individual, outro elemento do tratamento é o treinamento de habilidades em grupo¹³. A meta geral desse treinamento é ajudar os indivíduos a modificar padrões comportamentais, emocionais, interpessoais e de pensamento que favorecem a ocorrência dos TA¹³.

As sessões de treinamento de habilidades ocorrem no formato de aulas semanais, durante as quais os terapeutas ajudam os pacientes a desenvolverem quatro categorias de habilidades¹⁴:

- a) *Mindfulness*: processo intencional de observar, descrever e participar de uma única atividade no momento presente e sem julgamento. É um modo de prestar atenção e tomar consciência, que nos faz focar de forma não crítica em diversos

aspectos, tais como situações, pensamentos, emoções e sensações físicas.

- b) Efetividade interpessoal: melhorar a qualidade dos relacionamentos e aumentar a assertividade, entre outras habilidades.
- c) Regulação emocional: foca em estratégias direcionadas à diminuição da frequência de emoções disfuncionais.
- d) Tolerância a mal-estar: objetiva aumentar a capacidade de tolerar emoções intensas, utilizando técnicas emergenciais de sobrevivência a crises e aceitação da realidade.

De modo geral, na TCD, o terapeuta, por um lado, valida as emoções do paciente e, por outro, encoraja-o a aceitar desconforto psíquico, evitando o uso de comportamentos impulsivos que favorecem ECA e outros comportamentos associados aos TA¹⁴. A TCD inclui também consultoria por telefone para fornecer suporte ao paciente entre as sessões. O objetivo é treiná-lo a usar as suas habilidades de TCD para lidar efetivamente com as situações difíceis que surgem no seu dia a dia¹⁴.

TRATAMENTO DE OBESOS COM COMPULSÃO ALIMENTAR

Terapia cognitivo-comportamental

As técnicas de TCC anteriormente descritas também são utilizadas no tratamento de obesos com ECA, com o objetivo de desenvolver habilidades interpessoais, aumentar a autoestima, aprender a regular estados de humor e modificar pensamentos e crenças centrais para o desenvolvimento e manutenção do TA⁷. Por exemplo, para diminuir a frequência de ECA, um dos pensamentos a serem reestruturados é o pensamento dicotômico de tudo ou nada (“Já que saí da dieta, vou comer tudo o que eu puder porque amanhã começarei um regime rígido”). Em função desse padrão de raciocínio, quando ocorre um pequeno lapso na dieta, há o abandono total da tentativa de manter o controle sobre a alimentação⁷.

Ao contrário das pacientes com AN e BN, os obesos com compulsão tendem a exercitar-se pouco, e o aumento da atividade física é uma importante meta do tratamento⁷. Para aumentar a adesão ao exercício, algumas estratégias podem ser utilizadas: estabelecer modalidades de exercício que a paciente considere agradáveis; examinar as circunstâncias que poderiam dificultar a execução do



¹ Psicóloga coordenadora, Grupo de Obesidade e Transtornos Alimentares (GOTA), Instituto de Psiquiatria (IPUB), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ. Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione, Rio de Janeiro, RJ. Terapeuta cognitivo-comportamental certificada pela Federação Brasileira de Terapias Cognitivas. ² Psicóloga colaboradora, GOTA, IPUB, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione, Rio de Janeiro, RJ. Terapeuta cognitivo-comportamental. ³ Psicóloga colaboradora, GOTA, IPUB, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ. Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione, Rio de Janeiro, RJ. Terapia cognitivo-comportamental.

exercício e planejar antecipadamente possíveis soluções; e elaborar um plano de exercício que seja flexível, podendo incluir uma combinação de exercícios diferentes⁷.

Atenção plena alimentar

Mindful eating, ou atenção plena alimentar (APA), consiste na aplicação dos princípios de *mindfulness* ao comportamento alimentar¹⁵. Os programas da APA incorporam técnicas para desenvolver *mindfulness* em diversas situações do dia a dia, desenvolver a alimentação consciente, gerenciar de modo personalizado o uso de orientações sobre nutrição e atividade física e desenvolver a autoaceitação e o não julgamento¹⁵.

Ao longo do tratamento, são propostos diferentes exercícios para o aumento da conscientização dos gatilhos internos e externos envolvidos na alimentação e o aumento da tolerância ao impulso para comer de modo inadequado¹⁶. Uma das técnicas utilizadas é a meditação aplicada ao consumo de alimentos, avaliando-os com os cinco sentidos. Um exercício consiste em comer de forma consciente alguns pedaços de chocolate. A meta é focar em saborear cada porção tão plenamente quanto possível: sentir seu cheiro, sua textura e amplificar cada sensação. Além de focar no sabor do alimento, o paciente é incentivado a atentar também para a sensação de plenitude gástrica e a diferença entre a fome e a vontade de comer por razões emocionais¹⁶.

Para aumentar a consciência sobre as escolhas alimentares, pode ser realizada uma refeição acompanhada pelo terapeuta. O paciente deve trazer dois pratos: um da comida favorita menos saudável (mas que ele quer continuar comendo com moderação) e outro que reflita a alimentação saudável. Essa refeição segue um conjunto de diretrizes: escolher comidas por qualidade em vez de quantidade, deixar no prato o alimento que não deseja mais comer, etc.¹⁵.

A APA incentiva a escolha de alimentos considerando tanto a satisfação pessoal como a saúde¹⁵. É enfatizada a necessidade de autorregulação, conciliando os desejos pessoais com as diretrizes baseadas em nutrição. O paciente obeso é incentivado a diminuir a quantidade de energia consumida de forma flexível e sustentada¹⁵. A meta é que ele aprenda a equilibrar as suas escolhas com as suas necessidades clínicas, sem perder a sintonia com a satisfação pessoal¹⁵.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O National Institute for Clinical Excellence³ conduziu uma análise dos modelos utilizados no tratamento dos TA e concluiu que a TCC deve ser a primeira escolha de tratamento dos TA, em decorrência da quantidade de estudos controlados que evidenciam os bons resultados obtidos com esse modelo de terapia. Adicionalmente, uma metanálise sobre a eficácia do tratamento psicológico dos TA também concluiu que a TCC deve ser recomendada como tratamento de primeira linha para a melhora dos sintomas clínicos⁴. Os estudos com os outros modelos de psicoterapia anteriormente descritos também indicam que eles podem ser eficazes na melhora dos quadros clínicos⁴.

Uma questão a ser estudada é a definição da duração do tratamento, de forma a viabilizar o menor custo-benefício para o paciente. A estratégia de inicialmente ofertar terapias mais breves e adicionar módulos extras de psicoterapia apenas para pacientes com dificuldades específicas pode reduzir o custo de tratamento. Pesquisas que identifiquem os preditores de boa resposta a diferentes modelos de psicoterapia são importantes, para que possamos adaptar as intervenções terapêuticas às necessidades de subgrupos de pacientes.

Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

Correspondência: Monica Duchesne, Rua Marquês de São Vicente, 124, sala 239, Gávea Trade Center, CEP 22451-040, Gávea, Rio de Janeiro, RJ. E-mail: monica@duchesne.com.br

Referências

1. Associação Americana de Psiquiatria. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-5). Porto Alegre: Artmed; 2014.
2. Duchesne M, Costa S. Terapia cognitivo-comportamental dos transtornos alimentares. In: Abreu N, Vasques MFG, Callegaro MM, coordenadores. Curso digital terapias cognitivas: módulo terapias cognitivas e outros transtornos psiquiátricos (parte 1). Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2018.

3. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Eating disorders: core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. London: NICE; 2004.
4. Linardon J, Fairburn CG, Fitzsimmons-Craft EE, Wilfley DE, Brennan L. The empirical status of the third-wave behavior therapies for the treatment of eating disorders: a systematic review. *Clin Psychol Rev*. 2017;58:125-40.
5. Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R, Bohn K, Hawker DM, Murphy R, et al. Enhanced cognitive behavior therapy: the core protocol. In: Fairburn CG. *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York: Guilford Press; 2008. p. 47-183.
6. Beck AT. The current state of cognitive therapy: a 40-year retrospective. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:954-9.
7. Duchesne M. *Terapia cognitivo-comportamental em grupo para pacientes obesos com transtorno da compulsão alimentar periódica [thesis]*. Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental do IPUB, UFRJ; 2006.
8. Cash TF, Smolak L. *Body image: a handbook of science, practice, and prevention*. New York: Guilford Press; 2011.
9. Smolak L, Thompson JK. *Body image, eating disorders and obesity in youth: assessment, prevention, and treatment*. 2nd ed. Washington: American Psychological Association; 2009.
10. Duchesne M, de Oliveira Falcone EM, de Freitas SR, D'Augustin JF, Marinho V, Appolinario JC. Assessment of interpersonal skills in obese women with binge eating disorder. *J Health Psychol*. 2012;17:1065-75.
11. Karam AM, Fitzsimmons-Craft EE, Tanofsky-Kraff M, Wilfley DE. Interpersonal psychotherapy and the treatment of eating disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 2019;42:205-18.
12. Miniati M, Callari A, Maglio A, Calugi S. Interpersonal psychotherapy for eating disorders: current perspectives. *Psychol Res Behav Manag*. 2018;11:353-69.
13. Linehan MM. *Treinamento de habilidades em DBT: manual de terapia comportamental dialética para o terapeuta*. Porto Alegre: Artmed; 2018.
14. Safer DL, Telch CF, Chen EY. *Dialectical behavior therapy for binge eating and bulimia*. New York: The Guilford Press; 2017.
15. Duchesne M, Veiga D, Nazar PB. Mindfulness aplicada ao tratamento de obesos com transtorno da compulsão alimentar. In: Neufeld CB, Falcone EMO, Rangè B. *Programa de atualização em terapia cognitivo-comportamental: Ciclo 5. Vol. 2. Sistema de educação continuada a distância*. Porto Alegre: Procognitiva. 2018. p. 91-132.
16. Kristeller J, Bowman A. *The joy of half a cookie: using mindfulness to lose weight and end the struggle with food*. São Paulo: Orion; 2015.