

As terapias cognitivo-comportamentais no tratamento da bulimia nervosa: uma revisão

The cognitive-behavior therapies in the treatment of bulimia nervosa: a review

Tatiana A. Bertulino da Silva¹, Flávia Maria de Nassar de Vasconcelos¹, Rosana Christine Cavalcanti Ximenes^{1,2}, Thiago Pacheco de Almeida Sampaio^{3,4}, Everton Botelho Sougey¹

RESUMO

Objetivo: Realizar uma revisão na literatura sobre a utilização da terapia cognitivo-comportamental (TCC) no tratamento da bulimia nervosa entre 2009 e 2013. **Métodos:** Três bases de dados eletrônicas foram pesquisadas, considerando artigos em língua inglesa, espanhola e portuguesa. **Resultados:** Após as análises e exclusão dos artigos, seguindo o método PRISMA, foram selecionados 20 artigos. Os artigos selecionados foram produzidos ou na Europa ou nos Estados Unidos, em língua inglesa. Os diagnósticos da amostra variaram de exclusivamente bulimia nervosa (60%) aos que incluíram pessoas com transtorno de compulsão alimentar (35%), além de diagnósticos mistos (5%). Os estudos foram, em sua maioria, realizados em mulheres adultas. A TCC, em sua abordagem clássica no consultório, foi utilizada em todos os artigos, ora utilizada individualmente, ora comparada com outras intervenções (internet, CD-ROM e autoajuda). Encontrou-se como resultado que a TCC diminuiu os sintomas de compulsão alimentar e de purgação, além de oferecer ganhos secundários aos participantes, como melhora de sintomas depressivos, de ansiedade e até mudanças na personalidade. As outras intervenções pesquisadas obtiveram bons resultados na modificação dos sintomas, demonstrando que há um novo caminho a ser galgado com essas novas formas de tratamento. **Conclusão:** O tratamento da bulimia nervosa possui evidências suficientes para que seja realizado com a terapia cognitivo-comportamental. Além dela, intervenções psicoterápicas inovadoras baseadas na TCC clássica apresentam bons indicativos de eficácia. Futuras pesquisas sobre essas diferentes intervenções são necessárias.

Palavras-chave

Bulimia nervosa, terapia cognitiva, terapia comportamental.

ABSTRACT

Objective: To review the literature about the use of cognitive-behavior therapy in bulimia nervosa treatment, between 2009 and 2013. **Methods:** Three electronic databases were researched, and articles in English, Portuguese and Spanish were selected. **Results:** After the analysis and exclusion of the articles, followed the PRISMA methods, were chosen 20 articles. Selected articles were produced in Europe or in United States of America, in English. The diagnosis of the sample ranged from only bulimia nervosa (60%) that included the people with binge eating disorders (35%), and mixed eating disorders diagnoses (5%). The researches were conducted mostly with women. The cognitive-behavior therapy in your classic form in

Recebido em
10/12/2014
Aprovado em
13/4/2015

1 Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento.

2 UFPE, Departamento de Enfermagem, Centro Acadêmico de Vitória.

3 Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Medicina, Programa de Ansiedade do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas.

4 Episteme Psicologia, São Paulo.

Endereço para correspondência: Tatiana A. Bertulino

Universidade Federal de Pernambuco
Rua Ildefonso Araújo do Rego, 72, Várzea
50810-210 – Recife, PE, Brasil
E-mail: tatiana_bertulino@yahoo.com.br

Keywords

Bulimia nervosa, cognitive therapy, behavioral therapy.

INTRODUÇÃO

A bulimia nervosa (BN) é o transtorno alimentar mais comum entre a população¹, estando presente de 1% a 4,2% da população. Em mulheres, a BN corresponde a 90% a 95% do total de casos, sendo o subgrupo de mulheres universitárias o mais atingido. A taxa de mortalidade nesse transtorno é de 0,3%².

Nessa psicopatologia há intensa compulsão alimentar, além de preocupação excessiva com o peso e a forma corporal (medo de engordar), levando os pacientes a utilizarem métodos compensatórios inapropriados para alcançar o corpo idealizado. Tais pacientes costumam julgar-se baseando-se quase exclusivamente em sua aparência física, com a qual se mostram sempre insatisfeitos³⁻⁵.

Para receber o diagnóstico, a pessoa deve apresentar: compulsão alimentar periódica, comportamentos compensatórios e cognições relacionadas com insatisfação com a imagem corporal. Diferentemente do ocorrido com outros transtornos, não houve muitas mudanças nos critérios diagnósticos da BN no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais V (DSM-V), em relação à versão anterior (DSM-IV). A redução das frequências da compulsão alimentar e dos comportamentos compensatórios de duas vezes por semana para uma vez por semana nos últimos três meses foi a única modificação encontrada na versão atual⁶.

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é reconhecida como uma das psicoterapias mais eficientes no tratamento dos transtornos alimentares⁷⁻⁹, sendo considerada o padrão-ouro de tratamento para a bulimia nervosa¹⁰.

A alcunha "TCC" engloba vários tipos de terapias que utilizam bases teóricas e modelos clínicos da terapia cognitiva e da terapia comportamental, com protocolos estruturados, de caráter breve e focado nos sintomas¹¹. Esses protocolos específicos para o tratamento de transtornos mentais foram criados abordando aspectos cognitivos e comportamentais que seriam os mantenedores do transtorno mental. Por mais que esses protocolos tragam diferenças nas técnicas aplicadas, todos eles mantêm as características próprias da TCC¹².

Uma tentativa de busca de artigos em português sobre o tratamento psicoterapêutico cognitivo-comportamental da BN revela a precariedade da literatura e a necessidade de produção e divulgação científica sobre esse tema. Justi-

office were used all of articles, sometimes used singly, sometimes used with other intervention (internet, CD-ROM, self-help). The cognitive behavior therapy decreases binge eating and purgation symptoms. It provides secondary benefits to participants like: decreases depressive and anxiety symptoms and change the participant's personality. The other interventions studied have been successful in modifying symptoms, demonstrating that there is a new way forward climbed with these news forms of treatment. **Conclusion:** Treatment of bulimia nervosa have enough evidences to be performed with the cognitive-behavioral therapy. Beyond, innovative psychotherapeutic interventions based on classical CBT have good indicators of effectiveness. Future research on these different interventions are needed.

fica-se, dessa forma, o objetivo do presente estudo: revisar e analisar as publicações nas línguas portuguesa, espanhola e inglesa sobre as intervenções em TCC utilizadas no tratamento da bulimia nervosa.

MÉTODOS

O presente estudo foi desenvolvido a partir da busca de artigos nas bases de dados eletrônicas SciELO, PubMed e PsycInfo, utilizando como palavras-chave "CBT" X "bulimia nervosa". Foram considerados os artigos publicados nos últimos cinco anos até o dia 3 de novembro de 2013, escritos em língua inglesa, espanhola ou portuguesa. No total, foram encontrados 161 artigos.

Os artigos foram selecionados utilizando uma metodologia de revisão bem estruturada, baseada nos princípios do PRISMA (*Preference Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*).

Para a análise dos artigos, foram considerados alguns critérios de inclusão e de exclusão:

- Critérios de inclusão: artigos que pesquisaram a intervenção em bulimia nervosa utilizando algum tipo de terapia cognitivo-comportamental.
- Critérios de exclusão: foram excluídos artigos em que o foco não era o tratamento da bulimia nervosa com a terapia cognitivo-comportamental, bem como artigos teóricos ou de revisão e artigos que não deixavam claro qual transtorno alimentar estava sendo tratado.

Seguindo os critérios acima, os artigos passavam pelos seguintes passos:

1. Leitura dos títulos dos artigos encontrados na busca.
2. Leitura dos resumos dos artigos selecionados pelo título, para verificar se eram relacionados ao objetivo.
3. Leitura crítica do artigo completo daqueles que preencheram todos os critérios de inclusão.
4. Busca, nas referências dos artigos selecionados, por novas bibliografias.

Após esses passos, consideraram-se 20 artigos, os quais foram selecionados como demonstrado na figura 1.

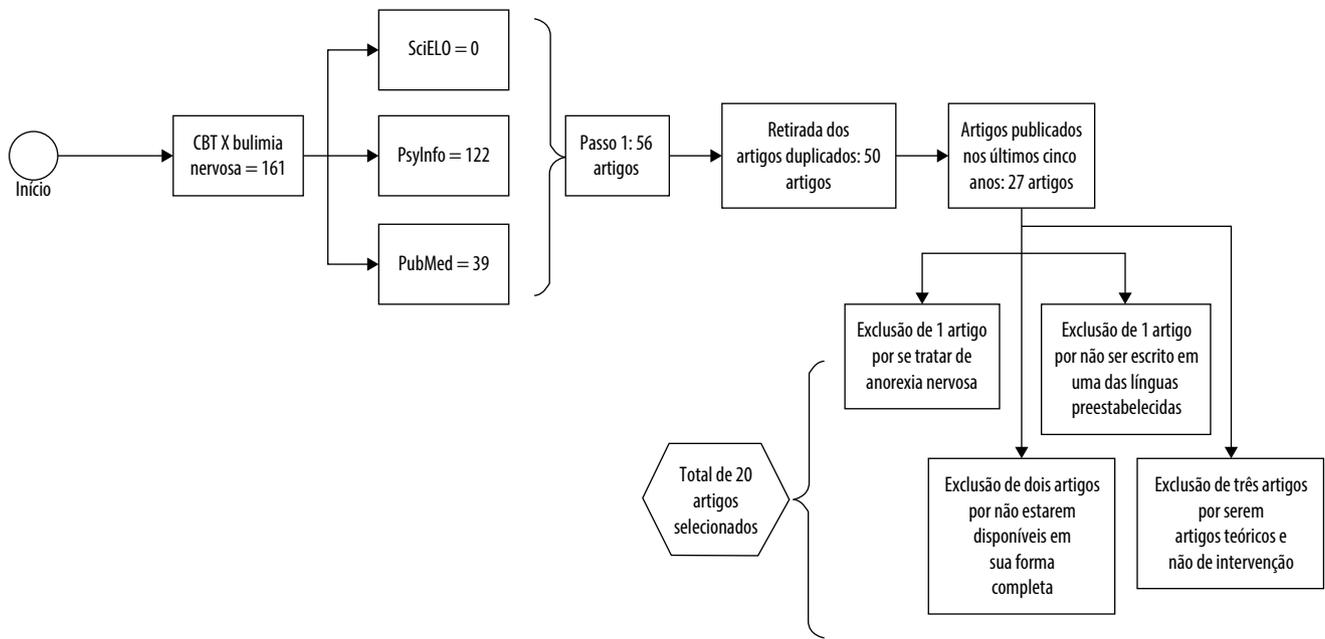


Figura 1. Seleção dos artigos.

RESULTADOS

Variáveis consideradas

Os 20 artigos selecionados (Tabela 1) foram avaliados seguindo algumas categorias de análise estabelecidas *a priori*, antes da leitura deles.

Foram consideradas 12 categorias de análise: o local onde o estudo foi realizado, o ano de publicação, o tipo de transtorno alimentar, a medida primária de eficácia, a metodologia utilizada, os instrumentos de medida utilizados, se houve seguimento da amostra e quais as comorbidades pesquisadas. Em relação à população, foram pontuados: o grupo etário participante da pesquisa e o gênero dos parti-

cipantes. Em relação às intervenções, foram levantadas informações sobre: a abordagem psicoterápica adotada e o tipo de intervenção (grupo, individual, família), além do uso ou não de medicamento psiquiátrico.

A maioria dos estudos – 70% (n = 12) – foi realizada na Europa¹³⁻²⁵, principalmente no Reino Unido, com 50% deles (n = 6). Os Estados Unidos da América (EUA) também obtiveram alta representatividade, com 35% (n = 7) dos estudos^{10,26-31}. Somente um estudo ocorreu fora do eixo Europa-Estados Unidos, tendo sido realizado na Oceania, especificamente na Nova Zelândia²⁴. No ano de 2013, observou-se o maior número de publicações (n = 7), contabilizando 35% dos artigos (Tabela 1).

Tabela 1. Estudos selecionados com suas características e achados

Autores, ano e país	Medida primária de eficácia	Intervenção			Resultados
		Abordagem/psicofármacos	Seguimento (<i>follow-up</i>)	Grupo/individual/família	
Agüera <i>et al.</i> (2012) ¹³ , Espanha	P < 0.0005 no EDI-2	22 sessões de TCC ocorridas semanalmente Sem informações sobre psicofármaco	Não houve	Grupo	Diminuição dos comportamentos de compulsão alimentar e psicopatologia de TA
Bulik <i>et al.</i> (2012) ¹⁰ , EUA	Não relatado	16 sessões de 1h30 durante 20 semanas, sendo 12 sessões semanalmente e 4 quinzenalmente. Duas formas de intervenção: 1) CBT4BN (TCC na versão internet) e 2) CBTf2F (TCC em grupo face a face para BN). Medicação: Sim, porém não foi especificado quais	Nos meses seguintes: 3, 6 e 12 após o fim do experimento	Grupo	A TCC do tipo: CBT4BN (internet) oferece aos participantes psicoterapia sem custos (tempo e financeiro) para deslocamento Porém, a pesquisa ainda estava em andamento
Crow <i>et al.</i> (2009) ²⁶ , EUA	Abstinência por um ano, acompanhado pelos resultados do EDE	20 sessões de TCC em 16 semanas, tanto face a face quanto por telemedicina	Após 1 ano	Individual	Telemedicina custa menos (\$ 7030,40) que o face a face (\$ 9324,68), com efetividade similar

continuação

Autores, ano e país	Medida primária de eficácia	Intervenção			Resultados
		Abordagem/psicofármacos	Seguimento (<i>follow-up</i>)	Grupo/individual/família	
Delinsky e Wilson (2010) ²⁷ , EUA	Resultados no EDE-Q	20 sessões de TCC e exposição ao espelho (em 4 sessões)	Não	Individual	Diminuição dos episódios de compulsão alimentar e de indução de vômito pelo EDE-Q. Sem alteração no IMC
Ertelt <i>et al.</i> (2011) ²⁸ , EUA	Não relatado	20 sessões de TCC por 16 semanas, tanto face a face como via telemedicina	Não	Individual	Os autores perceberam diferença na técnica utilizada entre telemedicina e face a face, sendo esta última com melhores avaliações dos pacientes. Os terapeutas também diferenciaram significativamente os objetivos atingidos na terapia, sendo a face a face mais positiva para este grupo. O mesmo ocorreu em relação ao vínculo. Enquanto os pacientes classificam os fatores terapêuticos como mais importantes do que os terapeutas fazem. Não perceberam diferença na utilização da técnica, nos objetivos atingidos nem no vínculo. Os pacientes aceitam melhor a terapia do tele do que os terapeutas
Graham e Walton (2011) ¹⁵ , Reino Unido	Redução de sintomas (vômitos, dieta, compulsão alimentar)	40 sessões no total da equipe multidisciplinar, sendo 8 sessões realizadas com CD-ROM utilizando a abordagem TCC, 1 sessão por semana, totalizando 8 semanas, 51% utilizavam antidepressivos	2 semanas depois e 1 ano após o término (este último com somente 12 pessoas)	Individual	Diminuição significativa de vômitos e dietas. Houve melhoras clínicas no funcionamento, bem-estar e na escala de resolução de problemas. Porém, não é tão efetivo para pacientes com sintomas graves, medidos pelo EDI-3
Hardy e Thiels (2009) ²¹ , Alemanha	Severidade e diminuição de sintomas de TA, utilizando o BITE, de depressão utilizando o BDI e aumento do autoconceito positivo no SCQ	Grupo 1; Autoguia (baseado em TCC) – 8 sessões no total, ocorrendo a cada 2 semanas (quinzenalmente) Grupo 2: TCC tradicional – 16 sessões, 1 vez por semana Nenhum paciente utilizava medicação. Uma paciente realizava psicoterapia psicodinâmica	3 e 6 meses após o término da intervenção	Individual	Os sujeitos em TCC melhoraram mais rápido que os do autoguia. Os dois grupos obtiveram melhoras dos sintomas. Os dois grupos obtiveram menores sintomas de depressão. Porém, somente no autoguia essa diferença foi significativa e continuando a diminuir os sintomas no pós-tratamento. Aparentemente, no autoguia as melhoras continuam mesmo após o tratamento
Haslam <i>et al.</i> (2011) ¹⁶ , Reino Unido	Comer compulsivo e purgação (vômito, laxantes)	TCC tradicional para bulimia nervosa	Não houve	Individual	Diminuição de compulsão alimentar e da quantidade de vômitos, significante da sessão 1 para a sessão 6. Há forte associação entre a diminuição dos escores no EDE-Q e a diminuição do comer compulsivo. Mudança precoce de comportamento alimentar na TCC é um preditor de prognóstico positivo no tratamento de BN
Jones e Clausen (2013) ²² , Dinamarca	Sintomas bulímicos (compulsão alimentar, vômitos autoinduzidos, uso de laxantes, exercícios físicos extenuantes, restrição alimentar) e angústia em relação à BN (preocupação com a forma corporal, com o peso e com a alimentação)	Oito sessões de TCC baseadas no Manual de Toronto, semanais com 1h30 de duração, além de intervenção com fisioterapeuta para consciência corporal	Não	Grupo	Em todos os sintomas escolhidos (bulímicos e de angústia) foram encontradas diferenças significativas no pré e pós-tratamento, além de aumento significativo no IMC
Katzman <i>et al.</i> (2010) ¹⁷ , Reino Unido	IMC, comer compulsivo, uso de laxantes/diuréticos e vômitos	A abordagem foi realizada de 3 formas. Grupo 1 (MET-I) recebeu 4 sessões individuais de MET (encontros motivacionais) + 8 sessões individuais de TCC. Grupo 2 (MET-G) recebeu 4 sessões individuais de MET + 8 sessões em grupo de TCC. Grupo 3 (CBT-G) recebeu 4 sessões individuais de TCC + 4 sessões em grupo de TCC. Alguns pacientes faziam uso de antidepressivo, mas esse dado não foi avaliado	Um ano e 2,5 anos após o término da intervenção	Individual e em grupo	Foi encontrado alto nível de comorbidade da BN com o uso de álcool e drogas ilícitas. Não houve diferença entre os grupos em relação ao abandono, à aderência e à manutenção do tratamento

continuação

Autores, ano e país	Medida primária de eficácia	Intervenção			Resultados
		Abordagem/psicofármacos	Seguimento (<i>follow-up</i>)	Grupo/individual/família	
Marrone <i>et al.</i> (2009) ²⁹ , EUA	Percentual de diminuição de comer compulsivo e de purgação (vômito, abuso de laxantes e abuso de diuréticos)	20 sessões individuais de TCC em 16 semanas em 2 grupos: face a face e telemedicina	3 meses e 1 ano após o tratamento	Individual	Os resultados sugerem que a diminuição do comer compulsivo, da purgação e da compulsão alimentar na semana 6 é preditor da resposta ao tratamento no <i>follow-up</i> tanto face a face como via telemedicina. No grupo de telemedicina a diminuição do comer compulsivo na semana 6 foi representativa para predizer a diminuição de sintomas no <i>follow-up</i>
McClay <i>et al.</i> (2013) ¹⁸ , Reino Unido	Pensamentos, sentimentos e comportamentos em relação à comida gravados em uma entrevista semiestruturada	Oito sessões de TCC pela internet e interativa, com o apoio de profissional não especialista em TCC e de <i>e-mails</i> semanais	Não houve	Individual	Os pacientes possuem sentimentos negativos em reação aos TA. Questões práticas (como tempo de viagem para a terapia e faltas ao trabalho) e a prontidão para a mudança foram apontadas como importantes para o tratamento <i>online</i> . Com a terapia <i>online</i> , passaram a entender melhor o TA. Sobre o método, afirmaram que a parte negativa foi o programa não ser específico para elas. O trabalho do profissional de apoio foi valorizado; ele foi responsável por aumentar a motivação, mesmo não sendo especialista em TA
McIntosh <i>et al.</i> (2011) ²⁴ , Nova Zelândia	Comer compulsivo, autoindução de vômito e purgação nas últimas 2 semanas	Oito sessões em 6 semanas de TCC individual para todos. E posteriormente divididas em 3 grupos (com 8 sessões em 6 semanas): RELAX, B-ERP (pré-compulsão) e P-ERP (pré-purgação). Com o mesmo terapeuta acompanhando todas as fases	Seis meses, 1, 2, 3, 4 e 5 anos após o término da intervenção	Individual	Os efeitos da B-ERP foram melhores que os das outras intervenções, mesmo sendo modestos. Ao fim, essas pacientes tiveram menor restrição alimentar e melhor funcionamento global, que desapareceu em 3 anos de seguimento. Após 5 anos, não houve diferença entre os três grupos de intervenção
Mitchell <i>et al.</i> (2011) ³⁰ , EUA	Frequência de compulsão alimentar e de comportamentos compensatórios (purgação) nos últimos 28 dias	Dois grupos: 1) TCC individual com 20 sessões em 18 semanas. 2) <i>Stepped Care</i> – (cuidados de autoajuda ajustados por etapas de intervenções de baixa intensidade) por 18 semanas. Nos dois tratamentos a fluoxetina foi adicionada quando após 6ª sessão não havia melhoras. Para os pacientes do grupo 2 que não alcançaram abstinência, foi adicionada a TCC posteriormente	Um ano após o término da intervenção	Individual	Não houve diferença entre os dois tratamentos em relação à indução da recuperação (compulsão e purgação nos últimos 28 dias) ou remissão. Após 1 ano de seguimento o grupo 2 (<i>Stepped Care</i>) foi superior à TCC
Peñas-Lledó <i>et al.</i> (2013) ¹⁴ , Espanha	Não relatado	Foi composta de 22 sessões em grupo (com 8 a 10 pacientes) de TCC por 1h30, durante 20 semanas. Sendo 2 vezes por semana, nas 2 primeiras semanas; as primeiras 6 sessões foram de psicoeducação e as restantes, de TCC	Não	Grupo (8 a 10 pessoas)	O abandono da terapia foi maior nos pacientes com BN do tipo depressiva do que nos pacientes de direcionamento puramente para emagrecimento
Pretorius <i>et al.</i> (2009) ¹⁹ , Reino Unido	Diminuição do comer compulsivo, dos vômitos, do uso de laxantes e no escore global no EDE e medida do IMC	Todos os participantes: advindos das clínicas ou dos grupos de apoio (<i>beat</i>) receberam o mesmo tratamento. Oito sessões de TCC por internet. Cada sessão durando em média de 30 a 40 minutos. Livro de atividades: " <i>Anxiety Control Training – ACT</i> "; mensagens eletrônicas para os participantes e seus pais, atuando como boletins e possibilidade de contato por <i>e-mail</i> com um terapeuta experiente em TA	Três meses e 6 meses após o término da intervenção por telefone.	Individual Família (opcional)	As melhoras ocorreram no comer compulsivo, nos episódios de vômito e no escore geral do EDE e esses resultados se mantiveram no <i>follow-up</i> de 3 e 6 meses. A percepção dos usuários em relação ao programa foi positiva. Não houve diferença nos resultados de tratamentos entre os adolescentes oriundos das clínicas especializadas e os pacientes oriundos dos grupos de apoio
Ruwaard <i>et al.</i> (2013) ²³ , Holanda	Diminuição no escore no EDE-Q, da frequência do comer compulsivo e da purgação	Foram 3 grupos: Grupo 1: TCC pela internet, programa de 20 semanas; Grupo 2: biblioterapia; este grupo recebeu uma cópia do livro: " <i>Overcoming Bulimia and Binge Eating</i> ", de Johan Vanderlinden, 2002, sem nenhum apoio de algum terapeuta; Grupo 3: lista de espera, por 20 semanas	1 ano após a intervenção	Individual	A diminuição dos escores no EDE e no BAT foi significativa no grupo 1, tanto no pós-tratamento quanto no <i>follow-up</i> . No grupo 2 a diminuição dos sintomas no EDE foi significativa no <i>follow-up</i> . Na fila de espera a diminuição de sintomas foi mínima tanto no EDE como no BAT. Os participantes do grupo 1 avaliaram positivamente a experiência e a indicariam a outra pessoa (94%)

continuação

Autores, ano e país	Medida primária de eficácia	Intervenção			Resultados
		Abordagem/psicofármacos	Seguimento (<i>follow-up</i>)	Grupo/individual/família	
Wagner <i>et al.</i> (2013) ²⁵ , Áustria	Diminuição do comer compulsivo e métodos de compensação (vômitos, uso de laxantes, jejuns e exercícios), chegando até a abstinência no <i>follow-up</i>	Foram em 2 grupos. Grupo 1: guia de TCC pela internet, como autoajuda, com suporte de e-mail semanal durante 16 a 28 semanas; Grupo 2: biblioterapia convencional, sendo utilizado o livro "Getting Better Bit(e) by Bit(e)", que é um manual de autoajuda baseado em TCC, com 7 capítulos, com suporte por e-mail semanal, durante 28 semanas	Um ano e 6 meses (18 meses) após o término da intervenção	Individual	Nos 2 grupos houve diminuição da purgação e do comer compulsivo, durante e após o tratamento. Não houve diferença significativa entre eles
Waller <i>et al.</i> (2013) ²⁰ , Reino Unido	Não relatado	TCC durante 20 sessões de 1 hora semanal. Somente 9 pacientes estavam medicadas com antidepressivos	Três semanas após o término da intervenção	Individual	Aproximadamente, 56% dos pacientes ficaram abstinentes tanto da compulsão alimentar como da purgação ao final do tratamento. Houve melhoras significativas no humor, atitudes e comportamentos alimentares. A desistência do tratamento foi baixa (10,3%)
Wonderlich <i>et al.</i> (2013) ³¹ , EUA	Frequência de comer compulsivo e de purgação, severidade da desordem da alimentação global	Foram 2 grupos: Grupo 1: terapia integrativa cognitivo-afetiva (ICAT), que é uma terapia em 4 fases que enfatiza a promoção e a exposição ao comer adaptativo. Grupo 2: TCC para BN, também dividida em 4 estágios. Ambas em 21 sessões de 50 minutos por 19 semanas	4 meses	Individual	Os 2 tratamentos (ICAT e TCC) obtiveram significante diminuição dos sintomas de BN, na dissonância cognitiva, na regulação emocional e nos sintomas das comorbidades, não se diferenciando

Em relação aos participantes das amostras, em nove estudos (45%) houve inclusão de homens na amostra^{15,16,19,23,26,28-31}. Porém, quando incluídos, os homens chegavam a ser no máximo 10% da amostra³¹, e em alguns trabalhos não chegaram a 2% da amostra^{23,26,28}.

Os estudos foram conduzidos principalmente com adultos (14 estudos, 70%)^{10,13,14,16-18,20,21,26-31}. Os estudos conduzidos com adolescentes foram, em sua maioria, mistos, com a presença também de adultos em sua amostra^{15,19,22-25}. Somente um dos artigos declarou a sua amostra como composta exclusivamente por adolescentes, mesmo assim considerando a idade entre 10 e 24 anos¹⁹.

Todos os estudos selecionados foram realizados com pessoas diagnosticadas com bulimia nervosa. Em 40% dos casos, houve também a inclusão de pessoas com outros transtornos, como os transtornos alimentares sem outra especificação (TASOE) e o transtorno da compulsão alimentar periódica (*binge eating disorder* – BED)^{15,17-20,25,26,28}.

A TCC tradicional, baseada no Manual de Fairburn^{8,32,33} ou em adaptações dele, foi utilizada em 75% dos estudos selecionados (n = 15)^{13-17,20-22,24,26-31}. A TCC demonstrou ter bons resultados no tratamento de bulimia nervosa, havendo redução de sintomas de compulsão alimentar, dos comportamentos de purgação e da insatisfação com a imagem corporal. Porém, um ensaio clínico conduzido por Graham e Walton, realizado com equipe multidisciplinar em amostra de 66 pessoas, ressaltou que os pacientes com sintomas graves de BN não obtiveram melhoras significativas com a intervenção cognitivo-comportamental¹⁵.

Dois estudos, além de confirmarem a eficiência da TCC na BN, demonstraram que a diminuição da compulsão alimentar e da purgação agem como preditores de sucesso da terapia. Quando a intervenção é realizada pela internet, há diminuição da compulsão alimentar e da purgação até a sexta sessão e quando a intervenção é realizada face a face a diminuição desses comportamentos devem ocorrer até a oitava sessão, assim a terapia obterá sucesso^{16,29}.

Em pesquisa realizada na Inglaterra entre 1997 e 2002, Katzman *et al.* estudaram outras intervenções complementares à TCC, introduzindo um tipo de terapia motivacional (*Motivational Enhancement Therapy* – MET) na intervenção em conjunto com a TCC. Entretanto, essa mudança não resultou em diferenças significativas nos sintomas da amostra em comparação com o grupo que recebeu somente TCC¹⁷. Em pesquisa realizada na Nova Zelândia, foi introduzido o tratamento de prevenção de respostas (tanto para a purgação como para a compulsão alimentar), além da TCC individual. O grupo tratado também com tratamento de prevenção a respostas à compulsão alimentar (B-ERP) obteve resposta significativamente maior do que o tratado somente com TCC, porém essa diferença desapareceu durante o seguimento por cinco anos²⁴.

Além da psicoterapia em formato tradicional, de consultório, também foram pesquisadas as intervenções autoguiadas (internet, CD-ROM, livros, mensagens de texto pelo celular), relaxamento corporal, orientações para o autocuidado, terapia do tipo integrativa cognitivo-afetiva, terapia motivacional, sempre utilizando os princípios da TCC como base.

Em ensaio clínico randomizado, realizado em duas clínicas americanas com 80 pessoas, comparou-se um tipo de terapia integrativa (*Integrative Cognitive-Affective Therapy* – ICAT) com a TCC, e as duas terapias se mostraram igualmente efetivas³¹.

Nos Estados Unidos, Mitchell *et al.* realizaram um ensaio clínico randomizado, multicêntrico, comparando 20 sessões de TCC individual com o *Stepped Care* (Programa de Cuidados de Autoajuda). Esta última intervenção foi significativamente superior à TCC, permanecendo essa diferença no seguimento após um ano. Tal resultado levantou questões sobre a possibilidade de outros tratamentos de base cognitivo-comportamental serem tão ou mais eficazes que a TCC tradicional no tratamento da BN³⁰.

A biblioterapia, quando comparada com a TCC, possui bons resultados nos sintomas registrados pelo EDE (*Eating Disorder Examination*), porém observou-se menor abstinência de compulsão alimentar quando comparada à TCC *online*. No seguimento de um ano, percebeu-se que a TCC manteve a diminuição da compulsão alimentar e dos sintomas de insatisfação com o corpo, enquanto a biblioterapia manteve os resultados em relação à compulsão alimentar, mas não em relação à diminuição da insatisfação com o corpo²³. Por outro lado, em estudo austríaco publicado no mesmo ano, quando comparada à TCC, os resultados da biblioterapia não se diferenciam entre os grupos, mesmo com seguimento de 18 meses²⁵.

Os estudos que utilizam a internet e a TCC chegaram a 30% (n = 6) da amostra^{10,18,19,23,25,29}, caracterizando-se como a segunda intervenção mais comum nos artigos selecionados, ficando atrás somente da TCC utilizada de forma clássica. Dados sobre o tempo de duração da terapia, seguimento, medida primária de eficácia e principais resultados estão descritos na tabela 1.

Ganhos secundários com a TCC foram constatados nos pacientes com BN em dois estudos. O ensaio clínico conduzido por Agüera *et al.* na Espanha, em 2012, chamou atenção para as mudanças de personalidade que ocorreram nos pacientes de BN tratados com a TCC. Foram percebidas mudanças nas dimensões da personalidade como: diminuição da esquivia ao dano e da autotranscendência e aumento do autodirecionamento e dependência de recompensa¹³. Em outro estudo, realizado em um ambulatório de psicologia do serviço público inglês, um ensaio clínico realizado com 78 mulheres produziu melhora de sintomas depressivos²⁰. Nos Estados Unidos, em ensaio clínico randomizado conduzido em duas clínicas, observaram-se diminuição da dissonância cognitiva e melhora na regulação emocional¹⁶.

As comorbidades foram estudadas em 40% dos estudos (n = 8)^{17,20,21,23,24,27,30,31}, sendo a depressão, pesquisada em seis artigos^{20,21,24,27,30,31}, a mais frequente. A pesquisa espanhola conduzida por Penàs-Lledó *et al.* sugere que, quando a depressão está presente na BN, a taxa de abandono do tratamento é maior, chegando a 60,5%, enquanto nos pacientes

com BN do tipo “dirigido à magreza” sem depressão essa taxa baixa para 18,5%¹⁴. Em outro estudo, conduzido na Inglaterra, pesquisou-se a comorbidade da BN com uso e abuso de álcool em mulheres, resultando em até 51,5% dos pesquisados com relação positiva entre BN e álcool; com outras drogas essa relação foi de 42,1%¹⁷. A anorexia nervosa foi estudada como comorbidade da bulimia nervosa em apenas um estudo, observando que até 27% dos participantes possuíam histórico de anorexia nervosa³⁰.

A maioria dos artigos (75%, n = 14) não abordou em sua descrição se os participantes da amostra estavam fazendo uso de psicofármacos ou não^{13,14,16,18,19,22-29,31}. Somente 25% dos estudos afirmaram que os participantes estavam em uso de medicamento psiquiátrico, principalmente antidepressivos^{15,17,20,30}.

DISCUSSÃO

O presente artigo teve como objetivo realizar uma revisão de literatura sobre o tratamento psicoterápico em bulimia nervosa na perspectiva da TCC. Na revisão, ratificou-se a TCC como o tratamento padrão-ouro para a bulimia nervosa nos vários centros de pesquisa e atendimento do mundo, chamando atenção a utilização da internet como meio de tratamento e a necessidade de mais estudos com a população masculina e com adolescentes, além da escassa produção de artigos brasileiros na área.

Nas pesquisas em que houve a tentativa da inclusão do gênero masculino, a quantidade de participantes não foi expressiva. Melin e Araújo, em 2002, afirmaram que a exclusão de homens das pesquisas é um dos fatores que possivelmente dificulta o maior entendimento do prognóstico da doença nessa população. Os homens, diferentemente do que se observa em mulheres, costumam relatar que a necessidade da perda de peso decorre de uma doença prévia ou de casos de doenças ligadas à obesidade na família³⁴. Esses sintomas acabam por confundir especialistas em transtornos alimentares, pois não enfatizam a insatisfação com a imagem corporal, principalmente o medo mórbido de engordar.

Os adolescentes foram também pouco explorados nos estudos revisados; em alguns artigos houve a junção de adolescentes com adultos na amostra. Os *guidelines* atuais para o tratamento da BN indicam a TCC como padrão-ouro no tratamento de adultos com BN, porém são necessários mais estudos para se estabelecer a TCC como o tratamento-padrão para adolescentes. Apesar disso, é recomendável que os adolescentes sejam tratados com a TCC³⁵⁻³⁷.

Em grande parte dos estudos selecionados, a TCC clássica baseada no modelo de Fairburn foi comparada a outras formas de intervenção, e essas novas intervenções eram, em sua maioria, baseadas na estrutura da TCC clássica. Possivelmente, a TCC clássica foi mantida como base de novas abordagens por sua capacidade de reduzir os sintomas de

compulsão alimentar e comportamentos purgativos, sendo avaliada com sucesso em diferentes ensaios clínicos^{32,33,38-40}.

O principal resultado propiciado pela TCC no tratamento da BN foi a diminuição dos comportamentos de compulsão alimentar e de comportamentos de purgação, que são os principais sintomas de BN. A TCC possui como característica justamente diminuir esses sintomas, além de prover mudanças na insatisfação corporal e sintomas depressivos^{9,32,37,38,41}.

Porém, os dados trouxeram à tona a utilização de outras abordagens no tratamento da BN, com resultados muito bons e alguns até superiores aos da TCC tradicional, como o método *Stepped Care* (programa em que cuidados de autoajuda são inseridos no tratamento), utilizado no trabalho conduzido em quatro centros de tratamento nos Estados Unidos. No final do processo, os pacientes tratados com o *Stepped Care* tiveram os mesmos resultados que os tratados com a TCC, porém, após um ano de seguimento, esse grupo obteve maior melhora em relação à diminuição dos episódios de compulsão alimentar e de purgação³⁰.

A intervenção psicoterápica realizada pela internet, encontrada em aproximadamente um terço dos estudos selecionados, demonstra a necessidade dos terapeutas em se aproximarem das possibilidades ofertadas pela tecnologia. A telemedicina possuiu resultados positivos quanto à efetividade no tratamento da BN, além de pontos positivos intrínsecos à modalidade, como: diminuição do deslocamento (ganho econômico e de tempo), diminuição das filas de espera e menor exposição do indivíduo por não necessitar frequentar um centro de saúde mental^{18,19}.

Os resultados encontrados nesta revisão corroboram os estudos anteriores realizados na área de TCC e bulimia nervosa. Como a utilização da TCC é recomendada pelos guias internacionais, como o *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) e a *American Psychiatric Association* (APA), para o tratamento da BN, há uma efervescência de artigos científicos nessa área^{35,36}.

O estudo realizado possui alguns pontos a serem melhorados. A revisão da literatura foi realizada somente com estudos dos últimos cinco anos. Uma revisão que abarcasse um período de tempo maior poderia ter incluído estudos mais antigos com dados importantes. Para minimizar esse efeito, os estudos clássicos foram alocados na introdução e na discussão, quando possível. Uma das palavras utilizadas para a busca por artigos foi a sigla de *cognitive behavioral therapy* (CBT). Essa estratégia tinha como objetivo buscar artigos que considerassem a TCC como um meio de intervenção, porém, em decorrência disso, há a probabilidade de exclusão de artigos com intervenção estritamente comportamentais ou cognitivas. Outro ponto a ser considerado foi a inclusão de ensaios clínicos não randomizados e a não realização de revisão sistemática sobre o tema. Essa escolha deveu-se à necessidade observada na literatura de um artigo que trouxesse também estudos inovadores ainda não realizados de forma randomizada.

Com base nos resultados encontrados, percebe-se que a TCC é eficaz para os principais sintomas de bulimia nervosa (compulsão alimentar e purgação), além de auxiliar na diminuição de insatisfação corporal e de sintomas depressivos. Outro ponto a ser considerado foi o número de estudos em que a intervenção psicoterápica foi realizada fora do consultório, valendo-se da internet, de CD-ROM e de livros, com resultados positivos na diminuição dos sintomas de BN. Esse achado demonstra a necessidade de maior oferta de tratamentos alternativos à TCC tradicional, pois isso reduziria custos da intervenção, podendo aumentar o seu alcance. Outra necessidade observada foi a da realização de mais estudos com os públicos adolescente e masculino.

CONCLUSÕES

As evidências da utilização da TCC em adolescentes com bulimia nervosa ainda soam incipientes, sendo necessários novos estudos. Aparentemente, os adolescentes também se beneficiam do tratamento realizado com a TCC, sendo assim, pode-se sugerir que sejam tratados como os adultos.

Os homens com transtornos alimentares são tratados com os mesmos instrumentos e com as mesmas práticas psicoterápicas que as mulheres. Provavelmente, dessa forma, há homens que não são acompanhados por profissionais e continuam a sofrer silenciosamente com o transtorno. Novas formas de identificação e tratamento de pacientes masculinos com transtornos alimentares precisam ser pesquisadas.

O tratamento da bulimia nervosa possui evidências suficientes para que seja realizado com a terapia cognitivo-comportamental. Além dela, intervenções psicoterápicas inovadoras baseadas na TCC clássica apresentam bons indicativos de eficácia. Futuras pesquisas sobre essas diferentes intervenções são necessárias.

CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS

Tatiana A. Bertulino da Silva – Contribuiu na concepção do estudo, coleta dos dados, confecção do manuscrito, analisando e interpretando os dados, além de revisar e aprovar a versão final do manuscrito.

Thiago Pacheco de Almeida Sampaio – Contribuiu na concepção do estudo e confecção do manuscrito, analisando e interpretando os dados, revisando criticamente e aprovando a versão final do manuscrito.

Flávia Maria de Nassar de Vasconcelos, Rosana Christine Cavalcanti Ximenes e Everton Botelho Sougey – Contribuíram na concepção do estudo, interpretação dos dados, revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final do manuscrito.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores Everton Botelho Sougey, Flávia Maria Nassar de Vasconcelos, Rosana Christine Cavalcanti Ximenes, Tatiana Araújo Bertulino da Silva e Thiago Pacheco de Almeida Sam-
paio declaram não possuir conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Preti A, Girolamo Gd, Vilagut G, Alonso J, Graaf Rd, Bruffaerts R, et al. The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project. *J Psychiatr Res.* 2009;43(14):1125-32.
2. Yager J, Powers PS. Manual clínico de transtornos alimentares. Porto Alegre: Artmed; 2010. 496p.
3. Saúde Omd. CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças com disquete, vol. 1. São Paulo: Edusp; 1994.
4. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4ª ed. Texto revisado. Porto Alegre: Artmed; 2002.
5. Claudino AM, Borges MBF. Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002;24(Supl 3):7-12.
6. Hiller A. Eating Disorders Fact Sheet.pdf: American Psychiatric Association; 2014 [updated 5/15/2013; cited 2014 03/08]. Available in: <http://www.dsm5.org/Documents/Eating%20Disorders%20Fact%20Sheet.pdf>.
7. Bacaltchuk J, Hay P. Treatment of bulimia nervosa: a synthesis of evidence. *Rev Bras Psiquiatr.* 1999;21(3):184-7.
8. Fairburn CG, Brownell KD, eds. Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook. New York: Guilford Press; 2002.
9. Oliveira LL, Deiro CP. Terapia cognitivo-comportamental para transtornos alimentares: a visão de psicoterapeutas sobre o tratamento. *Rev Bras Ter Comport Cogn.* 2013;15(1):36-49.
10. Bulik CM, Marcus MD, Zerwas S, Levine MD, Hofmeier S, Trace SE, et al. CBT4BN versus CBT2F: comparison of online versus face-to-face treatment for bulimia nervosa. *Contemp Clin Trials.* 2012;33(5):1056-64.
11. Knapp P. Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica. Porto Alegre: Artmed; 2004.
12. Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJ, Sawyer AT, Fang A. The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Cognit Ther Res.* 2012;36(5):427-40.
13. Agüera Z, Krug I, Sánchez I, Granero R, Penelo E, Peñas-Lledó E, et al. Personality changes in bulimia nervosa after a cognitive behaviour therapy. *Eur Eat Disord Rev.* 2012;20(5):379-85.
14. Peñas-Lledó E, Agüera Z, Sánchez I, Gunnard K, Jiménez-Murcia S, Fernández-Aranda F. Differences in cognitive behavioral therapy dropout rates between bulimia nervosa subtypes based on drive for thinness and depression. *Psychother Psychosom.* 2013;82(2):125-6.
15. Graham L, Walton M. Investigating the use of CD-ROM CBT for bulimia nervosa and binge eating disorder in an NHS adult outpatient eating disorders service. United Kingdom: Cambridge University Press; 2011. p. 443-56.
16. Haslam M, Meyer C, Waller G. Do eating attitudes predict early change in eating behaviors among women with bulimic disorders who are treated with cognitive behavioral therapy? *Int J Eat Disord.* 2011;44(8):741-4.
17. Katzman MA, Bara-Carril N, Rabe-Hesketh S, Schmidt U, Troop N, Treasure J. A randomized controlled two-stage trial in the treatment of bulimia nervosa, comparing CBT versus motivational enhancement in Phase 1 followed by group versus individual CBT in Phase 2. *Psychosom Med.* 2010;72(7):656-63.
18. McClay C-A, Waters L, McHale C, Schmidt U, Williams C. Online cognitive behavioral therapy for bulimic type disorders, delivered in the community by a nonclinician: qualitative study. *J Med Internet Res.* 2013;15(3):e46.
19. Pretorius N, Arcelus J, Beecham J, Dawson H, Doherty F, Eisler I, et al. Cognitive-behavioural therapy for adolescents with bulimic symptomatology: the acceptability and effectiveness of internet-based delivery. *Behav Res Ther.* 2009;47(9):729-36.
20. Waller G, Gray E, Hinrichsen H, Mountford V, Lawson R, Patient E. Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa and atypical bulimic nervosa: effectiveness in clinical settings. *Int J Eat Disord.* 2014;47(1):13-7.
21. Hardy SA, Thiels C. Using latent growth curve modeling in clinical treatment research: an example comparing guided self-change and cognitive behavioral therapy treatments for bulimia nervosa. *Int J Clin Health Psychol.* 2009;9(1):51-71.
22. Jones A, Clausen L. The efficacy of a brief group CBT program in treating patients diagnosed with bulimia nervosa: a brief report. *Int J Eat Disord.* 2013;46(6):560-2.
23. Ruwaard J, Lange A, Broeksteeg J, Renteria-Agirre A, Schrieken B, Dolan CV, et al. Online cognitive-behavioural treatment of bulimic symptoms: a randomized controlled trial. *Clin Psychol Psychother.* 2013;20(4):308-18.
24. McIntosh VVW, Carter FA, Bulik CM, Frampton CMA, Joyce PR. Five-year outcome of cognitive behavioral therapy and exposure with response prevention for bulimia nervosa. *Psychol Med.* 2011;41(5):1061-71.
25. Wagner G, Penelo E, Wanner C, Gwinner P, Trofaiher ML, Imgart H, et al. Internet-delivered cognitive-behavioural therapy v. conventional guided self-help for bulimia nervosa: long-term evaluation of a randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2013;202:135-41.
26. Crow SJ, Mitchell JE, Crosby RD, Swanson SA, Wonderlich S, Lancaster K. The cost effectiveness of cognitive behavioral therapy for bulimia nervosa delivered via telemedicine versus face-to-face. *Behav Res Ther.* 2009;47(6):451-3.
27. Delinsky SS, Wilson GT. Cognitive behavior therapy with body image exposure for bulimia nervosa: a case example. *Cogn Behav Pract.* 2010;17(3):270-7.
28. Ertelt TW, Crosby RD, Marino JM, Mitchell JE, Lancaster K, Crow SJ. Therapeutic factors affecting the cognitive behavioral treatment of bulimia nervosa via telemedicine versus face-to-face delivery. *Int J Eat Disord.* 2011;44(8):687-91.
29. Marrone S, Mitchell JE, Crosby R, Wonderlich S, Jollie-Trottier T. Predictors of response to cognitive behavioral treatment for bulimia nervosa delivered via telemedicine versus face-to-face. *Int J Eat Disord.* 2009;42(3):222-7.
30. Mitchell JE, Atras S, Crow S, Halmi K, Fairburn CG, Bryson S, et al. Stepped care and cognitive-behavioural therapy for bulimia nervosa: randomised trial. *Br J Psychiatry.* 2011;198(5):391-7.
31. Wonderlich SA, Peterson CB, Crosby RD, Smith TL, Klein MH, Mitchell JE, et al. A randomized controlled comparison of integrative cognitive-affective therapy (ICAT) and enhanced cognitive-behavioral therapy (CBT-E) for bulimia nervosa. *Psychol Med.* 2014;44(3):543-53.
32. Fairburn CG. Cognitive behavior therapy and eating disorders. New York: Guilford Press; 2008.
33. Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behav Res Ther.* 2003;41(5):509-28.
34. Melin P, Araújo AM. Transtornos alimentares em homens: um desafio diagnóstico. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002;24(Supl 3):73-6.
35. NICE Clinical Guidelines; National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Eating Disorders: Core Interventions in the Treatment and Management of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Related Eating Disorders. Leicester, UK: British Psychological Society (UK); 2004. p. 261.
36. American Psychiatric Association (APA). Treatments of patients with eating disorders. 3rd ed. Psychiatry Online; 2010.
37. Schmidt U. Cognitive behavioral approaches in adolescent anorexia and bulimia nervosa. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2009;18(1):147-58.
38. Duchesne M, Almeida PEM. Cognitive-behavioural therapy of eating disorders. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002;24:49-53.
39. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, O'Connor ME, Palmer RL, Grave RD. Enhanced cognitive behaviour therapy for adults with anorexia nervosa: a UK-Italy study. *Behav Res Ther.* 2013;51(1):R2-8.
40. Anderson DA, Maloney KC. The efficacy of cognitive-behavioral therapy on the core symptoms of bulimia nervosa. *Clin Psychol Rev.* 2001;21(7):971-88.
41. Almeida PEM, Guedes ML, Rossi AC, Tolosa B, Rodrigues B, Tchalekian B, et al. Comportamento alimentar e transtorno alimentar: uma discussão de variáveis determinantes da anorexia e da bulimia *Rev Bras Ter Comp Cogn.* 2014;XVI(1):21-9.