



TERAPIA COGNITIVO - COMPORTAMENTAL (TCC) PARA MÉDICOS

MÓDULO

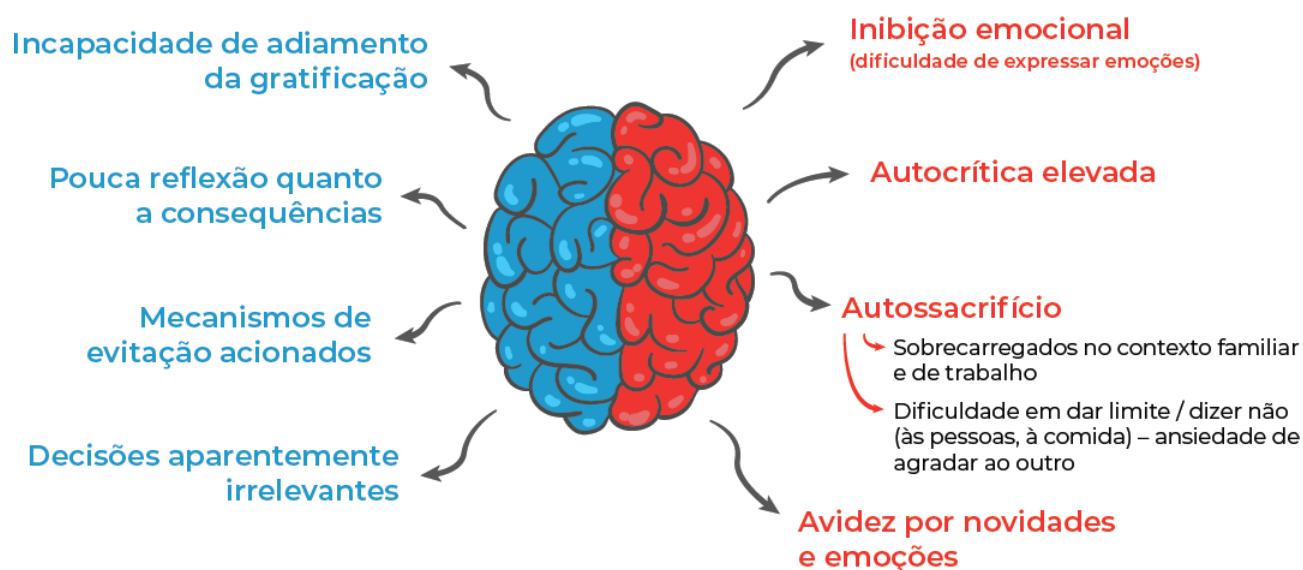
3

SUMÁRIO

MAPEANDO O CÉREBRO DO PACIENTE (EX: OBESIDADE).....	3
INTRODUÇÃO À TERAPIA COGNITIVO-COMORTAMENTAL (TCC).....	5
OS 4 PILARES DA TCC	10
OS TIPOS DE PADRÕES ALIMENTARES	21
FASE DE MANUTENÇÃO: ESTRATÉGIAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS.....	30

Mapeando o cérebro do paciente obeso

Quem são as pessoas com obesidade que você atende?

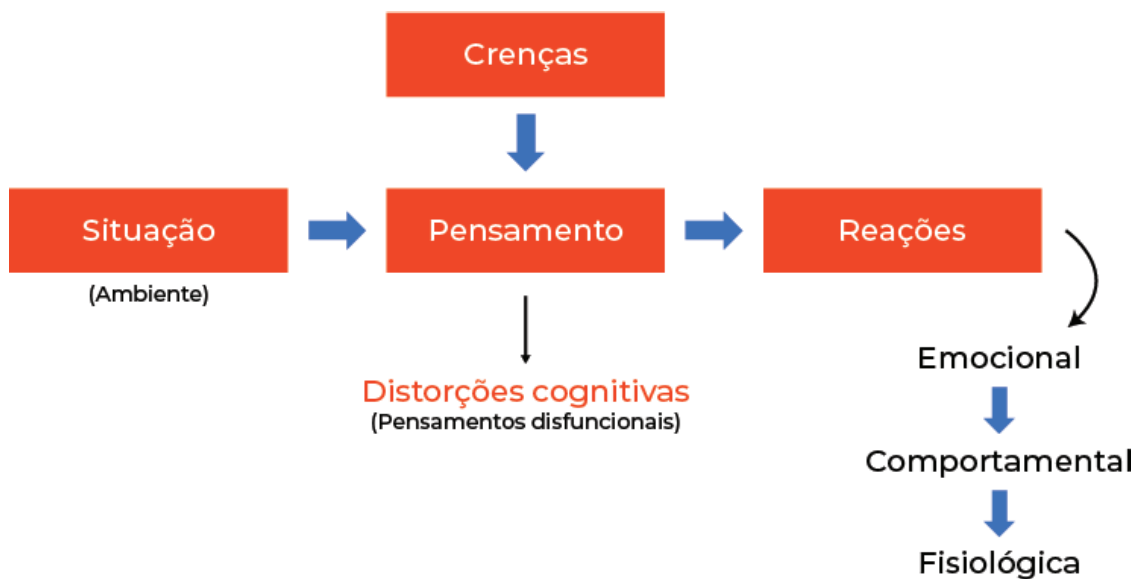


Avaliação inicial do paciente

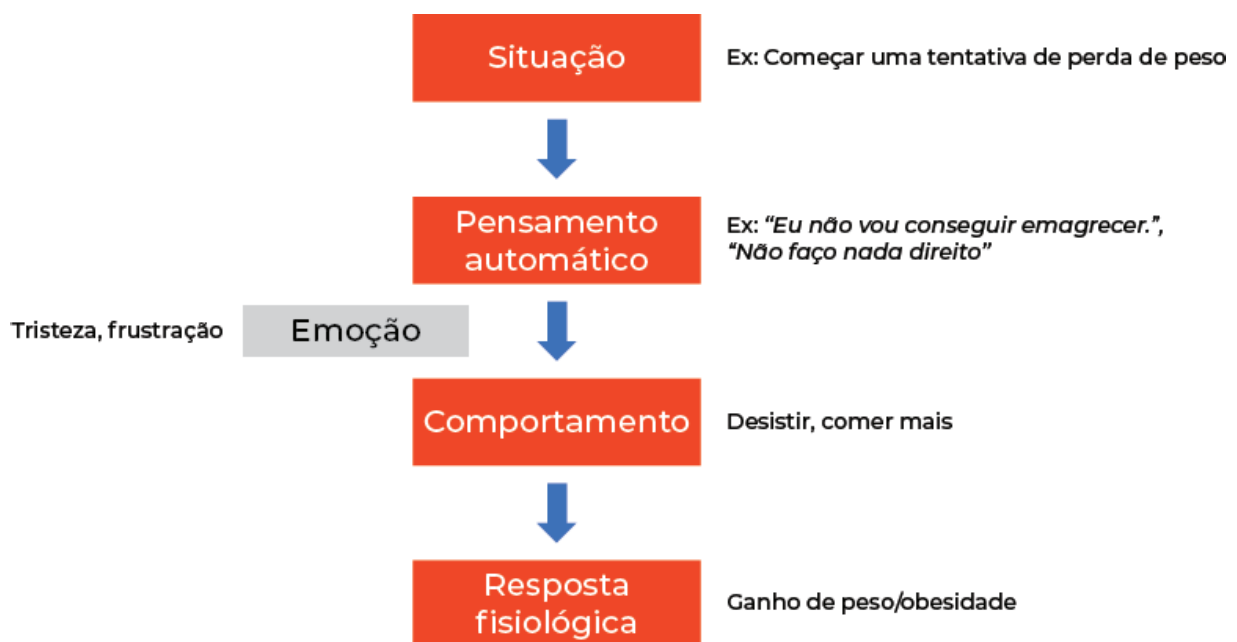
- História de ganho de peso;
- Fatores que contribuíram para a obesidade na opinião do paciente;
- Com quem mora (contexto familiar);
- Investigar rotina e ocupações (contexto profissional);
- Nível de estresse/ansiedade no dia-a-dia;
- Avaliar relacionamentos (padrões do autossacrifício);
- Tipos de lazer, como o paciente passa o tempo livre

INTRODUÇÃO À TERAPIA COGNITIVO - COMPORTAMENTAL (TCC)

Modelo Cognitivo-Comportamental de Beck



Por que estudar TCC no Programa Emagrecedores de Sucesso?



Pressuposto básico da TCC aplicada à obesidade

- Cada pessoa tem um sistema disfuncional de pensamentos e crenças que perpetua comportamentos relacionados ao ganho de peso.

Objetivo da TCC

- Desenvolver no paciente interpretações cognitivas alternativas que levem a diferentes escolhas comportamentais;
- Implementar estratégias que auxiliam no controle de peso, reforçar a motivação com relação ao tratamento e evitar a recaída e o consequente ganho de peso novamente.

As 6 distorções cognitivas mais comuns na obesidade

1. Hipergeneralização;
2. Catastrofização ou magnificação;
3. Abstração seletiva;
4. Raciocínio dicotômico (pensamento TUDO ou NADA);
5. Pensamento supersticioso/irracional;
6. Pensamentos permissivos/sabotadores.

1. Hipergeneralização

- **Ampla:** *“Eu não consigo emagrecer. Eu não consigo fazer dieta.”*
- **Específica:** *“Comer doce engorda.”*
- Consiste em inferir uma regra com base em um único fato ou em uma experiência isolada e generalizá-la a outras situações não semelhantes
- Não considera contexto, experiências diferentes.
- O pensamento pode ser “facilmente” refutado a nível racional, mas para o paciente é uma verdade absoluta.

2. Catastrofização ou magnificação

- *“Engordei 10 kgs nesse feriado. Não vou nem subir na balança.”;*
- Consiste na superestimação da importância de fatos indesejáveis;
- Pessoas com sobrepeso ou obesidade tendem a catastrofizar ou magnificar o seu peso corporal;

- Comportamento disfuncional associado: não se pesam, não se olham, evitam comprar roupas que apertam;
- Resposta fisiológica desadaptativa: perpetuação do ganho de peso.

3. Abstração seletiva

- *“Ter comido esse doce só mostra que eu não tenho controle mesmo.”;*
- O paciente tende a prestar atenção e dar mais valor às informações que confirmem suas próprias suposições;
- Exclui inconscientemente situações em que ele resistiu e conseguiu não comer doce;
- Comportamento disfuncional associado: como mais doce.

4. Raciocínio dicotômico (ou Pensamento TUDO ou NADA)

- *“Agora que furei a dieta, vou jacar de vez.”;*
- O paciente frequentemente se vê em 2 situações: ou *estou de dieta* (modo TUDO ou 100%) ou *não estou de dieta* (modo NADA ou 0%);
- Pensa em termos absolutistas e extremos em que um lapso automaticamente faz o paciente migrar para o pólo oposto;
- Relacionado à padrões inflexíveis de pensamento/ perfeccionismo;
- Comportamento disfuncional associado: múltiplas desistências e abandonos de tratamento;
- Estratégia cognitiva: O poder dos 70% / planejar as refeições livres.

5. Pensamento supersticioso/irracional

- *“Tudo o que eu como vai pra barriga.”;*
- Acreditar que há relação de causa e efeito entre eventos independentes, que carecem de lógica/ fundamento racional.

6. Pensamentos permissivos/sabotadores

- *“Não tem problema eu comer isso”;*
- *“Eu vou comer só um pouquinho”;*
- *“Eu me comentei tão bem o dia todo”;*
- *“Tive um dia difícil e mereço comer”;*
- Consiste na crença que justifica e autoriza um comportamento que se quer modificar;
- Estratégia cognitiva: Ter uma lista de pensamentos alternativos que refutam o pensamento sabotador

Os 4 pilares da TCC

Os 4 pilares da TCC

1. Reestruturação cognitiva;
2. Controle de estímulos;
3. Automonitoramento;
4. Resolução de problemas

1. Reestruturação cognitiva

- Consiste em identificar quais são os pensamentos distorcidos que o paciente tem e como fazer interpretações alternativas
- Paciente precisa considerar tais pensamentos como hipóteses e não como fatos
- Ajudar os pacientes a identificarem que “mundo de ideias” é esse que eles carregam
- Mudar pensamentos negativos que a pessoa tem quanto ao peso e à sua dificuldade em controlá-lo

Tabela 4 - Registro de Pensamentos Disfuncionais. Judith Beck⁵² e Beck et al.⁵

Registro de Pensamentos Disfuncionais				
<p><i>Instruções:</i> Quando você notar seu humor ficando pior, pergunte-se <i>O que está passando no meu pensamento?</i> E anote, logo que possível, o pensamento (ou imagem mental) na coluna Pensamento automático. Identifique, então, qual a emoção, sentimento ou estado de humor que você sentiu quando teve este pensamento. A seguir, verifique quão realistas ou verdadeiros são estes pensamentos, e construa uma resposta mais racional, com pensamentos alternativos mais adequados para a situação. Avalie quanto mudou seu pensamento e sua emoção original.</p>				
Situação	Pensamento automático	Emoção	Resposta adaptativa	Resultado
Especifique a situação, o que aconteceu. Onde você estava, fazendo o quê. Quem estava envolvido.	Que pensamentos e/ou imagens passaram por sua cabeça naquela situação? Sublinhe o pensamento mais importante ou aquele que mais lhe incomodou. Se possível, avalie quanto você acredita em cada um dos pensamentos (0-100%).	Que sentimentos ou emoções (tristeza, ansiedade, raiva etc.) você sentiu naquela situação. Se possível, avalie a intensidade de cada emoção (0-100%).	Use as perguntas abaixo para compor as respostas aos pensamentos automáticos. Se possível, avalie quanto você acredita em cada resposta alternativa. Quais as possíveis distorções cognitivas (veja <i>Lista de Distorções Cognitivas</i>) que você fez?	Avalie quanto você acredita agora em seus pensamentos automáticos (0-100%) e na intensidade de suas emoções (0-100%).

Para construir a resposta alternativa, faça as perguntas:

1. Quais são as **evidências** de que o pensamento automático é verdadeiro? Quais as evidências de que ele não é verdadeiro?
2. Há **explicações alternativas** para o evento, ou **formas alternativas** de enxergar a situação?
3. Quais são as implicações, no caso dos pensamentos serem verdadeiros? Qual é o pior da situação? O que é o mais realista? O que é possível fazer a respeito?

Técnica RPD (registro de pensamentos disfuncionais)

DATA/ HORA	SITUAÇÃO	PENSAMENTO AUTOMÁTICO NEGATIVO (PAN)	EMOÇÃO	COMPORTA- MENTO	PENSAMENTO ALTERNATIVO
15/08	Vi uma mulher magra no supermercado	Eu nunca vou conseguir ficar assim	Tristeza/raiva	Cheguei em casa e comi mais	"Aquele mulher já pode ter sido gorda e emagreceu" "Conheço pessoas gordas que conseguem emagrecer"
17/08	Vi pessoas fazendo exercícios na academia	Eu não consigo me fazer treinar assim	Vergonha	Desisti de ir à academia	"Posso treinar do jeito que consigo e será melhor do que não treinar"

2. Controle de estímulos

- Identificação das situações/gatilhos que favorecem a ocorrência da compulsão alimentar (ou do excesso alimentar) e o desenvolvimento de um estilo de vida que minimize o contato do paciente com essas situações ou que o faça lidar de forma diferente com elas (prevenção de recaídas do excesso alimentar).
- **Estratégias específicas:** Atuam na hora da decisão (comer ou não comer?). Buscam antecipar a possibilidade de recaída, identificar e lidar com situações de risco, prevenindo que isso aconteça.
- **Estratégias globais:** Agem no padrão do estilo de vida da pessoa, aumentando sua autoeficácia, pois não é suficiente ensinar somente a responder mecanicamente a uma situação de alto risco após a outra.

Estratégias específicas

- Técnica dos 4D's



Delay

Adie o momento de comer.

Estudos mostram que se você consegue resistir por 5 a 10 minutos, o pico de vontade de comer passa e isso aumenta o sentimento de competência e autoeficácia nos pacientes.



Deep Breathing

Respire fundo.

Uma sugestão é fazer uma respiração diafragmática, inspirando pelo nariz por 3 segundos, segurar por 3 segundos e depois expirar pela boca por 6 segundos. Faça isso algumas vezes.



Drink Water

Beba água.

O centro regulador da fome e da sede está no mesmo lugar no nosso cérebro, no hipotálamo. Não é difícil que o nosso cérebro confunda sede com fome e hidratar-se nessa hora, além de adiar o impulso de comer, dá ao nosso cérebro a oportunidade de diferenciar esses dois estímulos.

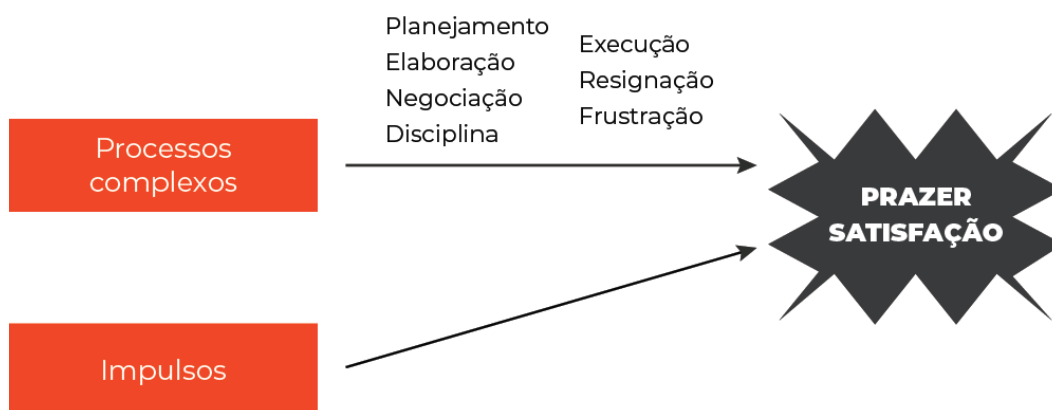


Do something

Faça alguma coisa, se distraia.

Aqui pode ser ligar para alguém, sair para dar uma volta, ouvir uma música que você gosta ou qualquer outra coisa que você costuma fazer e se sente bem.

O IMPULSO DE COMER E O SISTEMA DE RECOMPENSA CEREBRAL



- Técnica da respiração isolada

- Diafragmática;
- Inspirar pelo nariz em 3 segundos;
- Segurar por 3 segundos;
- Expirar pela boca em 6 segundos.
- Fazer 8 vezes

- **Cartões de enfrentamento**

- Estimule o seu paciente a escrever frases que o ajudem no processo e deixar em um lugar visível ou de fácil acesso:
- Frases de impacto
- Frases motivacionais
- Lista de vantagens de estar no peso
- Desvantagens e sofrimentos de se estar acima do peso

“Se fome não é o problema, comida não será a solução”

É verdade que eu não me importo nesse exato momento.

Mas se eu comer esse alimento que não planejei, daqui a pouco vou me importar muito.

Sei que vou me sentir muito mal se ceder, mas me sentirei maravilhoso se resistir.

Eu preciso ir fazer alguma outra coisa!

“Grandes mudanças começam com pequenas escolhas”

“Devo sentir as emoções e não comê-las”

Minha lista de vantagens

COMECE PENSANDO EM TODAS AS RAZÕES PELA QUAL QUER EMAGRECER.

1	6	11	16
2	7	12	17
3	8	13	18
4	9	14	19
5	10	15	20

DICA:

Depois de fazer a sua lista de vantagens, pegue cartões do tamanho de cartões de visita e escreva ou imprima uma vantagem em cada cartão. com esses cartões você pode ler diariamente (em silêncio ou em voz alta) para criar uma disposição positiva para o seu dia. Pense na importância que cada vantagem tem para você. Tenha sempre em mãos os seus cartões. Faça cópias e os deixe acessíveis. algumas pessoas acham útil colocar a lista como proteção de tela do computador ou telefone, impressa na carteira, na geladeira, ou até mesmo anotá-las na agenda ou no celular. Ler e refletir sobre cada razão parece penetrar na nossa cabeça mais profundamente.

- **Técnica de substituição por imagem mental positiva**

- Técnica de visualização oriunda da Dependência Química para lidar com estados de fissura;
- Deve ser feita uma visualização de si próprio como um vencedor que adquire benefícios;
- **Exemplo:** se imaginar entrando numa loja comum e escolhendo o que se quer vestir, subindo uma ladeira sem cansar. Se imaginar vestindo aquela roupa guardada que tanto gosta e que não cabe mais.

- **Técnica de substituição por imagem mental negativa**

- Técnica de visualização oriunda da Dependência Química para lidar com estados de fissura;
- Substituir uma imagem positiva que estaria associada ao prazer da comida por outra negativa ligada aos prejuízos.
- **Exemplo:** sensação de prostração, culpa ou vergonha após um episódio compulsivo, exames ruins, não conseguir dormir bem, não usar as roupas que gosta, etc.

- **Lista de distrações**

- Objetivo: Adiar a tomada de decisão – quanto maior for o espaço e tempo entre vontade e resposta, mais tempo se tem de ser racional, por isso a importância de se ocupar (técnica da distração mental).
- Distrair-se, concentrando-se em alguma atividade, é uma das estratégias mais eficazes para afastar a atenção da comida.

LISTA DE DISTRAÇÕES

CLÍNICA
Lévite

AQUI ESTÃO ALGUMAS SUGESTÕES PARA DISTRAÇÕES DIÁRIAS

Distrair-se, concentrando-se em alguma atividade, é uma das estratégias mais eficazes para conseguir afastar a sua atenção da comida. Da lista abaixo escolha as atividades que poderiam funcionar para você. Continue acrescentando novas distrações à lista no decorrer do tempo.

Ler sua lista de razões para emagrecer	Montar um quebra cabeça	Fazer as unhas
Ler livros e/ou revistas	Fazer palavras cruzadas	Dar uma caminhada
Procurar receitas	Arrumar gavetas ou armários	Dar uma volta de bicicleta
Telefonar para um amigo ou familiar	Ir à academia	Navegar na internet
Fazer respirações	Planejar uma viagem	Tomar um banho
Jogar um jogo no celular	Conversar com alguém	Fazer algum artesanato
Sair para olhar vitrines	Brincar com os filhos ou animais	Trabalhar no jardim
Ouvir áudios de relaxamento	Arrumar ou lavar o carro	Ouvir música
Praticar um instrumento musical	Escovar os dentes	Tomar água ou bebida de baixa caloria

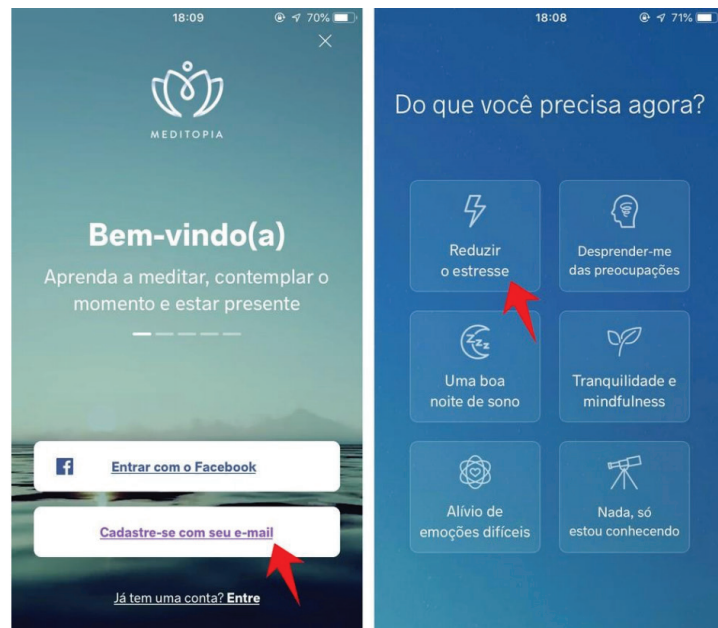
Adicione suas distrações:

--	--	--

Estratégias globais

- Substituição da comida por “adições” positivas – exercício, meditação;
- Diminuir estressores: ativar as redes sociais positivas, se permitir sentir e expressar emoções adequadamente, resgatar *hobbies* e interesses;
- Ajude o seu paciente a identificar: Que atividades/*hobbies* eu abandonei? Ou sempre quis fazer e nunca me permiti? Preencher a vida com outros prazeres;
- Identificar atividades substitutas que compensem a ausência do prazer da comida e atenuem a sensação de privação;
- Técnicas de relaxamento e exercício – muito associadas manutenção dos resultados, pois aumentam o prazer, melhoram o humor, reduzem o estresse, fator altamente associado aos lapsos e recaídas. Ambos promovem afeto positivo.
 - **Exemplo:** *Mindfulness* / meditação.

Aplicativos para meditação



3. Automonitoramento

- Observação sistemática de si mesmo no processo;
- Estratégia para enfraquecer os mecanismos evitativos;
- Conscientizar-se rapidamente de estar envolvido em uma cadeia de eventos que aumenta a probabilidade de uma recaída/reganho de peso.
- *Exemplos:*
 - a. Diário alimentar;
 - b. Diário de peso (pesar-se e anotar peso diariamente) – fase de manutenção;
 - c. Diário de atividade física.

Aplicando as técnicas do automonitoramento na prática

- Paciente JMGF, 31 anos, Peso inicial: 85,1 kgs
- Meta: Fazer 30 min de esteira.

CLÍNICA *Lévite*

Julho

SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SAB	DOM
29 X	30 ✓	1 ✓	2 ✓	3 ✓	4 ✓	5 ✓
6 ✓	7 X	8 ✓	9 X	10 ✓	11 ✓	12 X
13 X	14 ✓	15 ✓	16 X	17 ✓	18 ✓	19 ✓
20 X	21 ✓	22 ✓	23 ✓	24 ✓	25 X	26 ✓
27 X	28 ✓	29 ✓	30 X	31 ✓	1 X	2 ✓

AGO 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

CLÍNICA *Lévite*

Julho

SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SAB	DOM
29 T 244 CAL C 054 CAL X	30 RES 165 CAL T 278 CAL 951 CAL X	1 T + 315 CAL 988 CAL X	2 T 217 CAL 822 CAL X	3 X 974 CAL X	4 T 377 CAL 941 CAL X	5 C 198 CAL 924 CAL X
6 X	7 X	8 X	9 X	10 X	11 X	12 X
13 X	14 X	15 X	16 X	17 X	18 X	19 X
20 ✓	21 ✓	22 ✓	23 ✓	24 ✓	25 ✓	26 ✓
27 ✓	28 ✓	29 ✓	30 ✓	31 ✓	1 X	2 X

AGO 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

DIÁRIO ALIMENTAR

CLÍNICA
Lévite

Você sabia?

O diário alimentar ajuda o nosso cérebro a reconhecer alimentos que consumimos no automático, sem perceber e sem estar com fome de verdade. Use essa página como modelo para fazer o seu registro diário.

CAFÉ DA MANHÃ

LANCHE

ALMOÇO

LANCHE

JANTAR

CEIA

Minha frase de inspiração do dia: _____

DIÁRIO DE PESO

CLÍNICA
Lévite

Você sabia?

Pessoas que tem o hábito de se pesar tem duas vezes mais chances de perder e manter o peso perdido do que pessoas que não se pesam.

Então se liga aí nas instruções:

1. Escolha um dia da semana para se pesar
2. Escolha um horário (DICA: Em jejum, depois de urinar e sem roupas)
3. Escolha uma balança (Se pese de preferência na mesma)
4. Se pese sempre no mesmo dia e horário e anote o peso abaixo

PS: O mais importante aqui não é ver o quão rápido você perde peso, cada pessoa tem um ritmo, mas criar o hábito de automonitorização!

Data

Peso

• •	_____
• •	_____
• •	_____
• •	_____
• •	_____
• •	_____
• •	_____

Data

Peso

• •	_____
• •	_____
• •	_____
• •	_____
• •	_____
• •	_____
• •	_____

4. Resolução de problemas

- Habilidades de enfrentamento: Quanto mais o paciente conseguir prever os desafios de colocar o seu plano de ação e estratégias para lidar, maior será a sua percepção de autoeficácia;
- O paciente se prepara para perder e manter o peso no mundo real

Profissional: *“Qual o maior desafio que você enxerga para colocar em prática o seu plano nos próximos dias?”*

Paciente: *“Manter a atividade física regular.”*

- Identifique o problema com o seu paciente e evoque soluções alternativas – *“Assim que eu chegar em casa, trocar de roupa e descer pra caminhar”*
- Aplique a escala de decisão (0 a 10)
- Checar resultados (monitorar)

Tipos de padrões alimentares

Tipos de padrões alimentares

- Existem 4 tipos de padrões alimentares associados ao sobrepeso/obesidade:
 1. Hiperfágico prandial
 2. Beliscador
 3. Comedor noturno
 4. Compulsivo

1. Hiperfágico prandial

- Paciente não costuma comer fora das refeições principais;
- Na hora da refeição consome uma quantidade calórica abundante;
- Pratos grandes, grande volume de comida de uma só vez;
- Dificuldade de perceber a saciedade;
- Não se incomoda com a quantidade ingerida;
- Acredita que a sensação de “estufamento” corresponde, legitimamente, à saciedade (menos que isso ele ficaria com fome);
- Se programa para as refeições “abundantes/exageradas”;
- Frequentemente toma digestivo e valida a refeição na quantidade aumentada;
- Pensamento dominante: *“Se eu comer menos será insuficiente e ficarei com fome.”*;
- História de vida pode conter situações de escassez e/ou privação alimentar;
- Medo de experimentar quantidades menores por uma memória negativa de determinados limites;
- Crenças familiares de mesa farta/abundante como sinal de afeto e união;
- Comer demais já agradou a alguém (Mãe/Avó – *“Coma tudo pra ficar fortinho”* / *“Deixar comida no prato ou estruir é feio”*).

Estratégias comportamentais:

- Trocar pratos grandes por pratos menores;
- *Mindfuleating* – Comer sem distrações (celular, TV) / Perceber o sabor, cheiro e textura dos alimentos ;
- Treinar fazer a refeição em não menos que 15-20 min (mastigar devagar);
- Evitar colocar as panelas na mesa ;
- Aumentar ingestão de alimentos que provoquem *per si* mais saciedade (proteína e fibra);
- Em casos indicados: medicamentos que melhorem a percepção da saciedade (sibutramina, liraglutida)

2. Beliscador

- Paciente consome pequenas porções várias vezes ao longo do dia;
- O tamanho das refeições não é tão grande;
- Passam o dia mastigando alguma coisa;
- Canal representacional auditivo (gostam do *croc croc* da comida) e visual (gatilho para beliscar);
- Pensamento dominante: *“Não como tanto e nem sinto muita fome. Não entendo por que eu engordo.”*;
- Alimentos prontos, que dispensam preparo, disponíveis em pequenas porções, consumidos à temperatura ambiente (castanhas, biscoitos, salgadinhos, chocolate, balas, doces, queijos, frutas, pães);
- Percepção distorcida da ingestão calórica: O paciente frequentemente não tem consciência do total de calorias ingeridas ao longo do dia. Subestima ou elimina inconscientemente os episódios de beliscar.
- Gatilhos:
 - a. **Externos:** Ambiente, acesso fácil aos alimentos;
 - b. **Internos ou emocionais:** Tédio, ócio, ansiedade, tristeza, medo.

Estratégias comportamentais

- Combinar horários fixos para comer entre as refeições (horário do lanche)
- Aplicativos para contagem de calorias – aumenta a consciência da ingestão
- Controle de estímulos externos: Evitar comprar ou ter em casa alimentos que “chamam” para o ato de beliscar. Não deixá-los visíveis.
- Técnicas de automonitoramento: diário alimentar
- Controle de estímulos internos:
 - a. Técnica da distração mental: afasta a atenção da comida
 - b. Cartões de enfrentamento para o perfil beliscador

Aplicativo para contagem de calorias



Sódio	Gord	Carb	Prot	Cal
3266	59,24	317,15	112,19	2363
+ Café da Manhã				593
1092	17,02	85,67	23,21	^
Café com Açúcar				29
1 xícara de café (180 ml)				
4	0,01	7,12	0,19	
Ovo Frito				178
2 grandes				
477	13,51	0,86	12,48	
Pão Francês				274
2 unidades				
609	3,00	51,90	8,80	
Suco de Laranja				112
1 xícara				
2	0,50	25,79	1,74	

3. Comedor noturno

- Há consciência e recordação da ingestão;
- A ingestão noturna não é explicada por influências externas (plantonistas, trabalhadores noturnos);
- Quando há sofrimento significativo ou prejuízo funcional caracteriza-se a Síndrome do Comedor Noturno, reconhecida com transtorno alimentar pelo DSM-V.

A compulsão alimentar

Padrão Compulsivo

- Apresenta episódios isolados ou frequentes de compulsão alimentar;
- Compulsão alimentar: Ingestão de uma grande quantidade de calorias, em um curto espaço de tempo, não precedida de raciocínio lógico e como estratégia de alívio imediato, porém momentâneo, de algum desconforto emocional, seguido de prejuízo posterior.



O que não é compulsão alimentar?

- Popularização do termo nos últimos anos;
- As pessoas se referem à compulsão como qualquer descontrole;
- Não há relato declarado na maioria das vezes – acontece escondido;
- Pode acontecer com alimentos não palatáveis.
- A compulsão não inclui:
 - a. Situações atípicas (refeição comemorativa, festas de fim de ano);
 - b. Fissura por um alimento específico

Características do episódio de compulsão

- Ingestão de uma grande quantidade de alimento (500 a 10.000 kcal/ episódio);
- Em um intervalo curto de tempo (<2 hs);

- Sensação de falta de controle durante o episódio;
- Angústia acentuada após o episódio;
- Alimentos incomuns / mistura incomuns dos alimentos.
- Geralmente associado a 3 ou mais dos seguintes aspectos:
 1. Comem rapidamente;
 2. Comem até se sentir desconfortavelmente cheio;
 3. Comem grandes quantidades mesmo sem fome;
 4. Comem sozinhos ou escondido por vergonha;
 5. Sentem-se desgostosos, deprimidos ou muito culpados após.

4. Compulsivo

- Pensamento dominante: *“Tenho muita vergonha de mim mesma. Sinto que a comida controla a minha vida.”*;
- Crenças: Incompetência, fracasso, autoconfiança muito reduzida;
- Paciente com dificuldade de lidar com as próprias emoções – a comida entra como compensação/ regulador emocional;
- Gatilhos:
 - a. *Emoções indesejáveis*: Estresse, tristeza, frustração, solidão, sensação de abandono;
 - b. *Outros gatilhos*: estressores interpessoais, sentimentos negativos relacionados ao peso corporal, forma do corpo e ao alimento

**A compulsão pouco tem a ver com fome extrema, mas sim com
EMOÇÕES EXTREMAS**

Quem é o paciente compulsivo no consultório?

- Associação direta com traços de personalidade ansiosa e impulsiva;
- Várias tentativas de emagrecimento fracassadas;
- Relata o efeito sanfona com reganho rápido (reganho rápido geralmente está associado ao comportamento compulsivo);
- Está sempre planejando ou começando uma nova dieta;
- Preocupação excessiva com a aparência;
- Oscilações de humor frequentes;
- Impulsividade no comer e em outras áreas (compras, bebidas);
- Maior vulnerabilidade à depressão.

“A compulsão alimentar minimiza e alivia fatores que precipitaram o episódio a curto prazo, mas resulta em autoavaliação negativa e disforia como consequências tardias.”

O impulso de comer

- Tem um tempo de duração e desaparece sozinho, apesar de não parecer para quem é compulsivo;
- Se a pessoa ceder, o padrão de resposta se reforçará e a comida se tornará cada vez mais uma bengala no enfrentamento de situações de risco;
- Se a pessoa conseguir resistir e aprender novos modos de lidar com tais situações e oportunizar a vivência dessa nova forma de enfrentamento, esse mesmo padrão entrará em extinção e a autoeficácia se reforçará, diminuindo a probabilidade de recaída e o desejo pela substância e aumentando a percepção de controle.

Estratégias comportamentais:

- Psicoeducação;
 - a. Comer não é um ato involuntário
 - b. Envolve estímulo, pensamento e tomada de decisão
- **ADIAR O IMPULSO;**
 - a. técnica dos 4 D's
 - b. cartões de enfrentamento emocional
 - c. técnica da distração mental
- Comer alimentos duros e que requerem tempo para mastigar (ex: cenoura crua).

Lista de distrações

- Desenvolver estratégias diferentes ao lidar com emoções negativas assim como tolerar suas existências – fortalecimento da tolerância à frustração;
- Aprender a lidar com as emoções de uma maneira que não envolva a comida ou aprender a tolerar sentimentos negativos, se torna um ponto central de atenção para a boa efetividade do tratamento;
- Por ser um comportamento aprendido, é passível de modificação.
- Exemplos:
 - Ligar para alguém, desabafar, chorar, tomar um bom banho – fazer alguma coisa, alguma atividade.

Transtornos alimentares associados à compulsão

Transtorno de Compulsão Alimentar (TCA)

- Episódios de compulsão alimentar com frequência ao menos 1x semana durante os últimos 3 meses;
- Ausência de comportamentos compensatórios (Para diferenciar de Bulimia Nervosa).

TCA x Obesidade

- 30% dos obesos que procuram tratamento para emagrecer no consultório tem TCA
- Obesos com TCA
 1. Maiores níveis de perfeccionismo, impulsividade, ansiedade e isolamento social
 2. Maior tendência à depressão
 3. Extrema preocupação e insatisfação com a forma corporal
 4. Pior resposta ao tratamento de perda de peso
 - a. Mais tentativas malsucedidas de adesão à dieta;
 - b. Mais dificuldade de perder e manter o peso;
 - c. Maior taxa de abandono do tratamento.

Bulimia Nervosa (BN)

- Episódios recorrentes de Compulsão Alimentar;
- Comportamentos compensatórios inapropriados para impedir o ganho de peso:
 1. Vômitos induzidos;
 2. Uso indevido de laxantes, diuréticos, hormônio tireoidiano, omissão de doses de insulina em diabéticos;
 3. Jejum;
 4. Exercício em excesso.
- Frequência de, no mínimo, 1 x semana nos últimos 3 meses;
- Autoavaliação muito influenciada pela forma e peso corporais.

**“FASE DE MANUTENÇÃO:
ESTRATÉGIAS COGNITIVO
-COMPORTAMENTAIS”**

Manutenção de peso

- O sucesso em longo prazo depende de constante vigilância na adequação do nível de atividade física e de ingestão de alimento, além de outros fatores, como apoio social, familiar e automonitoramento do peso

10 estratégias para a manutenção do peso perdido

1. Estabeleça quais as razões pelas quais você não quer recuperar o seu peso
2. Identifique quais situações serão desafiadoras e tenha estratégias para enfrentá-las
3. Tenha uma rede familiar e social de apoio: com quem posso contar?
4. Mantenha o seu acompanhamento profissional
5. Coloque em prática o conceito de uma alimentação consciente (diário alimentar)
6. Mantenha uma rotina regular de atividade física
7. Tenha estratégias para lidar com estresse e emoções (lista de distrações)
8. Vigie-se: se pese, se olhe, mantenha-se atenta ao seu corpo (pesagem diária)
9. Ocupe-se
10. Confie em você: reforce sua autoeficácia

Ajustando as expectativas do paciente

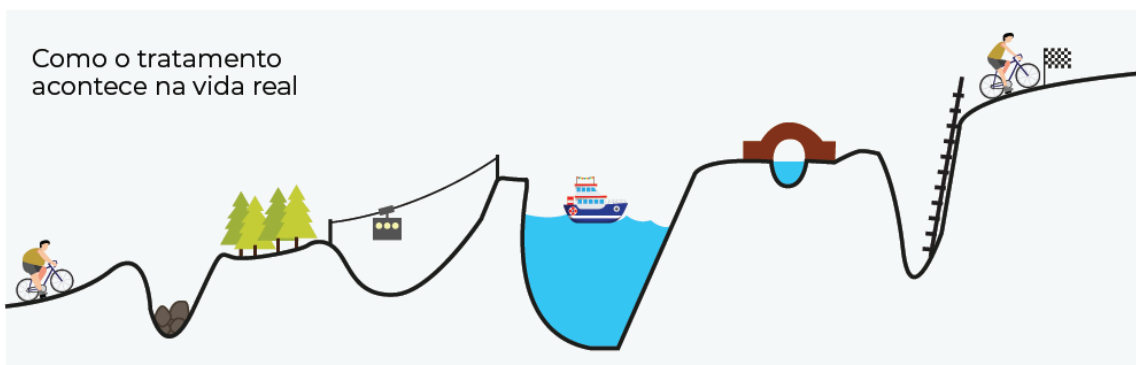
- **Avaliar expectativas:**

1. Peso desejado
2. Velocidade de emagrecimento (ritmo)
3. O pós-emagrecimento
 - a. Você pode ficar magro (a) mas outros problemas continuarão;
 - b. O emagrecimento não resolve todos os problemas.

Como o seu paciente vê
o tratamento da obesidade



Como o tratamento
acontece na vida real



“No tratamento da obesidade não existe fracassos. Apenas
feedbacks e retomadas.”

“Direção é mais importante do que velocidade. Apenas
continue caminhando.”