

## RELATO DE CASO: CONTRIBUIÇÕES DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NA ANOREXIA NERVOSA

RAQUEL AGUIAR; CLÁUDIO DREWS.

*Faculdade Anhanguera do Rio Grande – raquel.s.aguiar@hotmail.com*

*Faculdade Anhanguera do Rio Grande – crdrews@gmail.com*

### 1. INTRODUÇÃO

Os transtornos de alimentação especificam-se por comportamentos alimentares e de controle de peso pouco saudáveis. Para BOTEGA (2012), “a anorexia nervosa é o transtorno da alimentação que com frequência está associado à necessidade de internação em um centro especializado ou hospital clínico”. A AN é um transtorno caracterizado “pela recusa do indivíduo em manter seu peso corporal em nível igual ou acima do mínimo adequado para a sua idade e sua altura, isso leva a fazer restrição alimentar voluntária e a uma busca implacável pela magreza” (DALGALARRONDO, 2008). De acordo com BOTEGA (2012), “a anorexia nervosa (AN) tem uma das maiores taxas de mortalidade de todos os transtornos psiquiátricos, devido tanto a complicações médicas como ao suicídio”. Além das peculiaridades associadas às questões médicas que podem se tornar graves, há um significativo dano à vida social e ao estado emocional do indivíduo. O DSM-Cinco estabelece 3 critérios para o diagnóstico de AN: a) restrição da ingestão calórica em relação às necessidades, levando a um peso corporal significativamente baixo no contexto de idade, gênero, trajetória do desenvolvimento e saúde física; b) medo intenso de engordar e de comportamentos que levem ao ganho de peso; c) perturbações no modo como o próprio peso ou a forma corporal são vivenciados, influência indevida do peso ou da forma corporal na autoavaliação ou ausência persistente de reconhecimento da gravidade do baixo peso corporal atual. Neste sentido, a intervenção psicológica é indispensável no manejo de fatores emocionais, tais como sintomas ansiosos e depressivos, e comportamentais que possam interferir na adesão ao tratamento. A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) fundamenta-se no monitoramento e alteração da atividade cognitiva para a promoção de bem-estar emocional e físico, além de ser breve, informativa ao paciente e familiares e estabelecer mecanismos de enfrentamento adaptativos. “A TCC tem na AN uma das indicações mais efetivas” (RANGÉ, 2011).

Assim, o programa de TCC utilizado na AN é comum aos autores (CORDIOLI, 2009; KNAPP, 2008; RANGÉ, 2011): composto por técnicas que objetivam o aumento da adesão ao tratamento, o aumento do peso, o desenvolvimento de um padrão regular e flexível de alimentação que inclua alimentos previamente evitados, a diminuição da frequência de atividade física, a diminuição do distúrbio da imagem corporal e da preocupação com peso e formato, a modificação do sistema disfuncional de crenças associadas à aparência, ao peso e à alimentação, o desenvolvimento de habilidades interpessoais, o aumento da autoestima e a prevenção de recaídas. No entanto, RANGÉ (2011) destaca que “a seleção das técnicas a serem implementadas no tratamento deve ser orientada pela conceitualização de cada paciente, em vez de ser determinada pelo diagnóstico categorial”. É comum ser necessário uma forma de tratamento mais intensiva, tendo como meta principal, durante a internação, o peso mínimo saudável para o indivíduo em questão (BOTEGA, 2012). O presente relato de caso pretende apresentar a

aplicação da TCC no manejo do sofrimento emocional e comportamento disruptivo de uma paciente com AN no Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr.

## 2. METODOLOGIA

Inicialmente foi realizada entrevista clínica para investigar a presença de um transtorno alimentar. As perguntas utilizadas foram específicas - sobre os hábitos alimentares, o uso de dietas e a imagem corporal. A avaliação (anamnese) da paciente deu-se de forma abrangente, considerando aspectos clínicos, nutricionais e cognitivos, além de uma avaliação global do funcionamento e conceitualizações cognitivas no modelo Beck para estabelecer o estado psicológico da paciente e distorções cognitivas associadas ao comportamento alimentar." - as conceitualizações tem a função de avaliar, além do estado, as relações entre cognições e comportamentos problema. Nos encontros, a estagiária psicoeducou a paciente sobre a AN e sobre o modelo cognitivo e utilizou de escuta empática. Para avaliar a distorção da imagem corporal foi utilizada a escala de figuras de *Stunkard* e a técnica do desenho da imagem corporal em papel metro, afim de avaliar como a paciente percebia o seu corpo. Foram utilizadas intervenções objetivando implantar estratégias comportamentais que oportunizassem a adesão a um parâmetro constante de alimentação e a extinção das táticas compensatórias.

## 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O acompanhamento psicológico realizado nesse caso caracterizou-se por uma abordagem breve, contemplando a dimensão temporal referente ao contexto hospitalar. Ganhos terapêuticos importantes foram viabilizados pela conceitualização cognitiva do caso que explicitou os fatores que levaram a paciente a desenvolver e a manter o quadro de AN. A paciente possuía um comportamento de examinar o seu corpo toda vez que era abordada pela equipe sobre seu quadro clínico - comportamento este que, de acordo com RANGÉ (2012), refere-se a uma verificação compulsiva do corpo que aumenta a insatisfação com o formato corporal. Neste caso a intervenção utilizada foi desencorajá-la através de exposições guiadas pelo terapeuta: com a ajuda de um espelho a paciente foi estimulada a destacar aspectos positivos da sua aparência. O objetivo alcançado com esta técnica foi aumento da autoaceitação e a extinção do comportamento de verificação. A aparência ideal dos pacientes com transtornos alimentares transparece os padrões excessivamente críticos e perfeccionistas, afetando a aparência que desejam ter. (RANGÉ, 2012). Neste sentido, foi realizado um trabalho de examinar diferentes biotipos e formatos corporais de pessoas da mídia que a paciente tinha como ídolos. O resultado alcançado foi uma atenuação da distorção da imagem corporal dela própria e dos ídolos e o foco transferido para outras qualidades pessoais que são encarregadas de encantar e produzir bom desempenho pessoal e profissional.

Dentre as possibilidades de intervenções possíveis no ambiente hospitalar, o treino de habilidades pessoais tornou-se essencial haja vista a grande dificuldade apresentada pela paciente em lidar com as exigências impostas por sua progenitora. De acordo com CORDIOLI (2009), "na AN são comuns as dificuldades para expressar opiniões, iniciar conversas, fazer ou responder críticas, defender direitos, etc". Para auxiliar a paciente no desenvolvimento das habilidades interpessoais, foi utilizada a técnica de *role play* que, segundo KNAPP (2008) consiste em o paciente representar a parte "racional" da sua mente, enquanto o terapeuta dramatiza a parte

“emocional”. Esta técnica é usada sobretudo em pacientes que, embora entendam racionalmente a inverdade ou a futilidade das crenças, ainda se sentem emocionalmente ligados a elas. A intervenção com a paciente consistiu em teatralizar diálogos que evidenciassem como se dava a interação dela com a sua mãe. Os resultados alcançados favoreceram o aumento da autoestima e a modificação da qualidade da relação com sua progenitora.

Ao correlacionar os sintomas associados à alimentação com as demais dificuldades presentes foi possível realizar uma intervenção diretiva com a paciente e com sua mãe (cuidadora) o que impactou positivamente na melhora da autoestima da paciente e na redução do perfeccionismo que a cuidadora impunha a ela. Na tabela abaixo, é possível verificar como se deu o processo de remissão de sintomas desadaptativos, que corroboravam para manutenção do quadro clínico da paciente.

Figura 1 Registro de pensamentos disfuncionais. (Adaptada de Beck et al.,1979).

Registro de Pensamentos Disfuncionais				
Situação 1 (antes da intervenção).	Pensamento Automático	Emoção	Resposta Desadaptativa	Resultado
Vejo uma pessoa obesa na rua.	Pessoas obesas parecem sozinhas e infelizes.	Sinto medo de me tornar obesa e choro.	Fico triste e não consigo comer nada naquele dia.	Não durmo direito a noite e no outro dia estou cansada para ir para escola.
Situação 1 (depois da intervenção)	Pensamento Automático	Emoção	Resposta Adaptativa	Resultado
Vejo uma pessoa obesa no hospital.	Pessoas obesas trabalham, sorriem e se divertem.	Alegria por perceber que cada pessoa é feliz do seu jeito.	Me sinto aliviada por pensar diferente e não tenho problemas para me alimentar naquele dia.	Durmo bem e noite e acordo disposta no dia seguinte.
Situação 2 (antes da intervenção)	Pensamento Automático	Emoção	Resposta Desadaptativa	Resultado
Minha mãe entra no quarto do hospital e começa a reclamar que estou comendo pouco em determinado momento ou que estou comendo muito.	Se como pouco ela reclama, se como muito, ela também reclama. Nada está bom para ela.	Raiva por tanta cobrança. Minhas mãos tremem.	Detesto ser tratada como um bebê que não pode fazer nada sozinha.	Me sinto sozinha sem coragem de dizer o que penso.
Situação 2 (depois da intervenção)	Pensamento Automático	Emoção	Resposta Adaptativa	Resultado
Minha mãe começa a reclamar por eu não querer jantar as 18:00h devido a um lanche que fiz no meio da tarde.	Posso jantar mais tarde que não haverá problema.	Bem estar por saber que jantar mais tarde não me trará prejuízos.	Ignorar as cobranças e continuar me alimentando de acordo com a prescrição médica afim de me recuperar o mais rápido possível.	Me senti mais confiante por não ter permitido que as cobranças dela interferissem na minha alimentação. Minhas mãos tremeram menos e fiquei menos nervosa quando ela tocou no assunto.

#### 4. CONCLUSÕES

Considerando como exequível o trabalho de intervenção psicológica ao paciente hospitalizado com AN, a construção de uma boa aliança terapêutica foi determinante para a adesão ao tratamento. O acompanhamento resultou no aumento do peso corporal, na melhora da autoestima, na redução do perfeccionismo e no desenvolvimento de habilidades interpessoais e na correção de vários tipos de pensamentos disfuncionais que dificultavam a adesão as orientações nutricionais. O tratamento realizado em equipe multidisciplinar neste caso, visou a adequada conceitualização do quadro, evidenciando o grau ideal de envolvimento da família no tratamento, considerando que mudanças no conjunto familiar podem gerar uma estrutura de comprometimento e colaboração, facilitando que a paciente estivesse em melhores condições psicológicas no momento da alta.

#### 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BOTEGA, Neury. **Prática Psiquiátrica no Hospital Geral**, 3. Ed – Porto Alegre: Artmed, 2009.
- CAMPANA, Angela Nogueira Neves Betanho; CAMPANA, Mateus Betanho; TAVARES, Maria da Consolação G. Cunha Fernandes. Scales for body image evaluation in eating disorders in Brazil. **Aval. psicol.**, Porto Alegre , v. 8, n. 3, p. 437-446, dez. 2009 .
- CORDIOLI, Aristides. **Psicoterapias Abordagens Atuais**, 3. Ed – Porto Alegre, 2008.
- DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**, 2. Ed – Porto Alegre: Artmed, 2008.
- DSM-V. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**, 5. Ed. Porto Alegre : Artmed, 2014.
- RANGÉ, Bernard. **Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais**, 2. Ed – Porto Alegre: Artmed, 2011.