

Samara Pereira da Silva Camargos^{1,2}
Renata Ferrarez Fernandes Lopes^{1,2}
Leonardo Gomes Bernardino²

Terapia Cognitivo-Comportamental Multicomponente para Adolescentes com Transtorno Alimentar: Um Estudo de Caso

Multicomponent Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescents With Eating Disorders: A Case Study

RESUMO

Os Transtornos Alimentares em adolescentes estão cada vez mais comuns e seus tratamentos devem ser flexíveis tendo em vista as características individuais e as condições para desenvolvimento da terapia. A Terapia Cognitivo-Comportamental Multicomponente (TCCM) é um modelo de integração de várias técnicas cognitivo-comportamentais selecionadas de acordo com as particularidades. O objetivo deste estudo é descrever o tratamento, baseado na TCCM, de uma adolescente de 13 anos diagnosticada com Anorexia Nervosa. Foram utilizadas técnicas da Terapia Cognitivo-Comportamental Clássica, Terapia Comportamental Dialética, Terapia de Reciclagem Infantil, Terapia do Esquema, entre outras. Depois de realizadas 29 sessões, a paciente apresentou melhora em comportamento alimentar, do humor e da distorção de autoimagem. Dentre as técnicas utilizadas, as técnicas vivenciais potencializaram o resultado terapêutico pois proporcionou vivenciar emocionalmente as situações-problemas. Por sua vez, as técnicas da Terapia Cognitivo-Comportamental Clássica não obtiveram sucesso satisfatório, em parte devido a seu cunho de raciocínio lógico-abstrato, que parece ter gerado desmotivação. Dessa forma, a Terapia Cognitivo-Comportamental Multicomponente se mostra um instrumento importante e adequado para o tratamento de transtorno psicológico, sobretudo o transtorno alimentar.

Palavras-chave: Terapia Cognitivo-Comportamental; Anorexia Nervosa; Adolescente.

ABSTRACT

Eating Disorders in adolescents are increasingly common and their effects must be flexible, considering the individual characteristics and the development conditions of the therapy. A Multicomponent Cognitive-Behavioral Therapy is a model of integration of several cognitive-behavioral techniques selected according to particularities. The aim of this study is to describe the treatment, based on Multicomponent Cognitive-Behavioral Therapy, of a 13-year-old teenager diagnosed with Anorexia Nervosa. Classical Cognitive Therapy, Dialectical Behavior Therapy, Child Recycling Therapy, Schema Therapy, among others, were used. After 29 sessions, the patient shows improvement in eating behavior, mood and automatic image distortion. Among the techniques used, the enhanced living techniques or the therapeutic result, as they provide emotional experiences as problem situations. In turn, as the techniques of Classical Cognitive Therapy have not achieved satisfactory success, in part due to their imprint of logical-abstract reasoning, this seems to have caused demotivation. Thus, a Multicomponent Cognitive-Behavioral Therapy shows an important and appropriate instrument for the treatment of psychological disorders, mainly the eating disorders.

Keywords: Cognitive Behavioral Therapy; Anorexia Nervosa; Adolescent.

¹ Universidade Federal de Uberlândia, Núcleo de Assistência à Transtorno Alimentar - Uberlândia - Minas Gerais - Brasil.

² Universidade Federal de Uberlândia, Instituto de Psicologia - Uberlândia - Minas Gerais - Brasil.

Correspondência:

Samara Pereira da Silva Camargos
E-mail: samarap.camargos@gmail.com

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBTC em 25 de Março de 2020. cod. 083.

Artigo aceito em 12 de Outubro de 2020.

DOI: 10.5935/1808-5687.20200017

INTRODUÇÃO

A prevalência dos Transtornos Alimentares (TAs) aumentou significativamente nas últimas duas décadas (Galmiche, Déchelotte, Lambert, & Tavalacci, 2019), o que ressalta a importância de desenvolver técnicas inovadoras e organizar protocolos de intervenção eficazes baseados em evidências para o tratamento destes (Finger & Oliveira, 2016). Neste sentido, destaca-se a necessidade de celeridade na identificação dos TAs, uma vez que a demora no início do tratamento está associada a um pior prognóstico, com o desenvolvimento de formas mais graves e crônicas (Mairs & Nicholls, 2016; Spettigue et al., 2020).

Os Transtornos Alimentares são uma categoria de transtornos mentais, referente às alterações no comportamento alimentar que levam ao consumo e/ou absorção inadequada dos alimentos, comprometendo a saúde física e psicossocial. Os TAs mais comuns são: a Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa e o Transtorno de Compulsão Alimentar (APA, 2014). As consequências dos TAs podem ser muito nocivas e até levar ao óbito. A anorexia nervosa (AN), por exemplo, possui a maior taxa de mortalidade dentre os transtornos mentais. Cerca de 5% a 20% dos pacientes com AN vão a óbito, seja por consequência de desnutrição e/ou alto índice de suicídio associado a este quadro (Weinberg, 2019).

Pessoas acometidas por TAs apresentam crenças distorcidas e disfuncionais sobre seu corpo, peso, alimentação e o valor de si próprio. Essas crenças estão associadas aos pensamentos obsessivos de controle de peso, distorções graves na autoimagem e emoções que trazem enorme sofrimento e prejuízos em atividades cotidianas do indivíduo (Souza, Silva, & Martins, 2018). É importante salientar que tais características clínicas são observadas em todos os TAs, sugerindo que há um conjunto comum de mecanismos subjacentes à sua origem e à sua manutenção, o que na literatura é conhecida como visão transdiagnóstica (Fairburn, Cooper, & Shafran, 2003).

Os primeiros sintomas dos TAs aparecem na infância e na adolescência. Estima-se que 80% dos TAs iniciam na adolescência, geralmente, no período de transição da infância para a vida adulta. Nessa fase inicial do TA, o indivíduo já possui prejuízos importantes na sua qualidade de vida, por exemplo, exclusão escolar, alteração da taxa de crescimento e do Índice de Massa Corporal (IMC), problemas ligados à autoestima, autoimagem e regulação emocional (Aratangy & Buonfiglio, 2017; Treasure, Smith, & Crane, 2017; Weinberg, 2019; Yilmaz, Gottfredson, Zerwas, Bulik, & Micali, 2019). Com o aumento do número de crianças e adolescentes com comportamentos alimentares atípicos, de restrição ou comer em excesso, associados à baixa autoestima e distorção da autoimagem, os terapeutas infantis têm se preocupado com a elaboração de protocolos de avaliação e intervenção adequados para esta faixa etária (Neufeld, Peron, Maltoni, & Ferreira, 2017).

A proposta psicoterápica para TAs deve incluir, principalmente, abordagens ao perfeccionismo extremo, às dificuldades em manejar emoções intensas, à baixa autoestima (principalmente em relação ao peso e à imagem corporal) e às dificuldades nos relacionamentos interpessoais (Abras, 2019), mas também deve ser flexível tendo em vista as características singulares de cada indivíduo e as condições para desenvolvimento da psicoterapia (Aratangy & Buonfiglio, 2017). É importante adaptar os tratamentos, personalizando-os e flexibilizando-os, levando em conta o contexto social e sistêmico e as diferenças no desenvolvimento físico, cognitivo e emocional da criança e adolescente (Caminha, Caminha, & Finger, 2017).

Crianças em tratamento psicoterápico apresentam mudanças positivas importantes na saúde mental. Elas desenvolvem o autoconhecimento, autodescoberta, habilidades de autoeficácia e se reestruturam cognitivamente, principalmente quando se utiliza o modelo da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) (Friedberg & McClure, 2019). Atualmente, a TCC apresenta evidências científicas significativas para a eficácia no tratamento de paciente com TA, uma vez que se associa ao tratamento multidisciplinar e aos estudos científicos (Aratangy & Buonfiglio, 2017).

O modelo de Terapia Cognitivo-Comportamental tem como premissa que as cognições disfuncionais interferem no estado de humor, sentimentos e comportamentos do indivíduo influenciando, assim, o desenvolvimento dos transtornos psicológicos (Beck & Rosa, 2013). Por sua vez, a TCC para crianças e adolescentes também tem como base o princípio de que as interpretações da criança e adolescente sobre os eventos interferem diretamente nas respostas comportamentais e emocionais. Quando essas interpretações são disfuncionais, pode se ter prejuízos nas habilidades comportamentais e sociais em geral, e consequentemente interferir na capacidade para resolver problemas (Asbahr, Labbadia, & Castro, 2017; Friedberg & McClure, 2019).

No tratamento, após a fase de avaliação, os terapeutas cognitivos procuram oferecer às crianças novas habilidades comportamentais através de intervenções que visam especialmente a mudança nos esquemas/crenças infantis. Segundo Wright, Brown, Thase e Basco (2008), esquemas são estruturas semânticas complexas que organizam as funções cognitivas. Eles se comportam como matrizes ou um conjunto de regras para o processamento da informação por meio de mecanismos como seleção, codificação e atribuição de significados das informações captadas do meio interno ou externo. Crenças, por sua vez, são unidades semânticas carregadas multissensorialmente, formadas por uma amálgama de sensações, imagens, proposições que oferecem um molde para a visão que temos de nós mesmos, do mundo e do futuro (Cartaxo, 2014). Esquemas e crenças têm início na infância e se constituem pela influência das experiências infantis, dos modelos oferecidos pelos cuidadores, pela influência educacional, pelos traumas e pelos sucessos observados ou experimentados (Wright et al., 2008).

A integração pragmática de várias técnicas cognitivo-comportamentais é denominada de Terapia Cognitivo-Comportamental Multicomponentes (TCCM) (Beck, Davis, & Freeman, 2017). A TCCM pode integrar protocolos da Terapia Cognitivo-Comportamental Clássica (Beck & Rosa, 2013); Terapia Racional Emotiva Comportamental (TREC) (Lipp, Lopes, & Spadari, 2019); Terapia Comportamental Dialética (Linehan, 2018); Terapia de Aceitação e Compromisso (Barbosa & Murta, 2015); Terapia de Reciclagem Infantil (Caminha & Caminha, 2011), entre outras. Existe ampla possibilidade de tratamentos psicológicos com a TCCM, a qual se mostrou eficaz para diferentes quadros e condições clínicas, tais como transtorno explosivo intermitente (Osma, Crespo, & Castellano, 2016), transtornos do sono (Davidson, Dickson, & Han, 2019), transtorno do estresse pós-traumático (Beidel, Frueh, Uhde, Wong, & Mentrikoski, 2011) Diante da necessidade de protocolos de tratamento com técnicas e instrumentos de intervenção precoces no tratamento de TAs e tendo em vista as bases teóricas e práticas das TCCs, o objetivo deste trabalho é descrever o tratamento, baseado na Terapia Cognitivo-Comportamental Multicomponentes de uma adolescente de 13 anos diagnosticada com Anorexia Nervosa.

MÉTODO

PARTICIPANTE

Participante do sexo feminino, 13 anos, cursa o ensino fundamental II, reside em uma cidade de pequeno porte. Inicialmente, a paciente foi internada em hospital de sua cidade devido à suspeita de tuberculose. Depois foi encaminhada para o Hospital de Clínicas Universitário (HCU) mais próximo, devido à gravidade da saúde física. No HCU, ela recebeu diagnóstico de Pneumonia Atípica e Anorexia Nervosa e foi internada em enfermaria da pediatria, onde recebeu tratamento hospitalar com equipe multidisciplinar, composta por profissionais da Pediatria, Psiquiatria, Psicologia e Nutrição.

HISTÓRIA CLÍNICA E PSICOLÓGICA

Anterior à internação em sua cidade de origem, paciente estava há três dias apresentando recusa alimentar completa e voluntária, distorção de autoimagem, medo excessivo de aumento de peso e IMC igual à 15,5. Esses fatores embasaram o diagnóstico de AN realizado pela psiquiatra membro da equipe multidisciplinar. Além disso, ela apresentava anedonia em atividades cotidianas, isolamento social e ansiedade em situações escolares.

Academicamente, teve sempre bom desempenho e habilidade em atividades manuais. Cabe destacar que a paciente pertence à uma família que possui histórico de depressão e de ansiedade, que valoriza a imagem e o alto desempenho, e possui um padrão de comportamento rígido, demonstrado por uma rotina diária inflexível quanto aos horários de múltiplas atividades

e por seguir estritamente ordens e regras institucionais.

Os pais relataram que com sete anos de idade, a paciente apresentava comportamento de medição da circunferência de braço e pernas. Por meio de entrevistas e observações clínicas, notou-se que a paciente possuía relação de emaranhamento familiar, especialmente com a figura materna. Tal relação pode ser ilustrada com os seguintes exemplos: em sala de espera, a paciente ficava sempre sentada ao lado de mãe, com a cabeça deitada no colo dela; sempre realizavam atividades juntas em casa, como cozinhar e assistir televisão; e, em momento de internação, preferia sempre a presença da mãe como acompanhante. Estes comportamentos pareciam estar associados a um comprometimento do desenvolvimento socioemocional da paciente, bem como às dificuldades no processo de individualização.

Após evento estressor para a paciente, em que mãe iniciou um novo trabalho fora de seu domicílio e disponibilizou mais tempo para essa atividade, ela ficou mais sozinha em casa. A partir de então, intensificou as restrições alimentares voluntárias, passou a usar sempre as mesmas roupas, dançava músicas e praticava exercícios físicos de modo excessivo a fim de perder peso e iniciou a prática de comportamentos auto lesivos. Esse conjunto de eventos levou a internação da adolescente para o tratamento da AN e comorbidade clínica decorrente, a pneumonia atípica. A internação durou 10 dias.

PROCEDIMENTO

O trabalho psicoterápico foi realizado em 29 sessões com a paciente por uma psicóloga residente sob supervisão de professora universitária especialista em TCC. As duas primeiras sessões foram breves e realizadas no leito de enfermaria; e as demais sessões ocorreram após alta hospitalar, em acompanhamento conjunto da equipe multidisciplinar especializada em TA (Psicologia, Psiquiatria e Nutrição) em nível ambulatorial. O foco inicial do tratamento multidisciplinar era a renutrição e o controle de risco de autoextermínio. As consultas com a equipe da Psiquiatria aconteciam a cada 15 dias, e com a equipe da Nutrição e da Psicologia aconteciam uma vez por semana. No tratamento psicológico, a psicoterapia foi continuada com a paciente e com a família, uma vez por semana após internação hospitalar. Foram realizadas discussões semanais sobre o caso com a equipe multidisciplinar.

O tratamento psicoterápico foi baseado nas premissas da TCCM, que diz respeito a incorporação de técnicas de diversos modelos da TCC, tendo em vista as singularidades da paciente observadas na conceituação cognitiva de caso (Beck et al., 2017). As ferramentas utilizadas durante as sessões são apresentadas na Tabela 1, baseadas nos protocolos de intervenções da Terapia Comportamental Dialética (TCD) (Linehan, 2018), Terapia Cognitivo-Comportamental baseada em *Mindfulness* (Friary, 2018), Terapia Cognitivo-Comportamental Clássica (Beck & Rosa, 2013), Terapia de Reciclagem Infantil (TRI) (2011) e Terapia do Esquema

(Young, Klosko, & Weishaar, 2008).

Primeiramente, o objetivo da psicoterapia foi a conceitualização cognitiva, levantamento da problemática e avaliação dos estilos parentais, para que fosse possível sistematizar o processo terapêutico. A conceitualização cognitiva do caso foi elaborada com base na metodologia pressuposta pela Terapia de Reciclagem Infantil (TRI) (Caminha & Caminha, 2011). As sessões T (trabalhe suas emoções) permitiram a elaboração de diferentes diagramas do modelo cognitivo associando situações, pensamentos e comportamentos, a partir da análise das +emoções primárias e secundárias experimentadas pela paciente; e as sessões R (recicle seu pensamento) permitiram o uso de conectores linguísticos - porém; portanto; logo posso aceitar - para avaliar e intervir sobre a natureza dos pensamentos expressos pela paciente, com o auxílio das cartas do baralho, conforme apresentado nas sessões de um a seis (Tabela 1).

Nessa etapa, o tratamento se baseou em intervenções voltadas para a regulação emocional, com a utilização de técnicas da TCD, e.g. o treino para a prática de *mindfulness*

(Linehan, 2018); e da Terapia Cognitivo-Comportamental baseada em *Mindfulness* (Friary, 2018), e.g. a técnica de respiração em três etapas. Em seguida, as intervenções foram direcionadas à reestruturação cognitiva por meio da mudança de pensamento, com a utilização das ferramentas da TCC Clássica (Beck & Rosa, 2013), e.g. técnica de registro de pensamento-ação (ver a partir da sessão sete na Tabela 1).

Posteriormente, mediante avaliação das intervenções e dos sintomas da paciente, verificou-se que o vínculo com a psicóloga estava bem estabelecido e melhora na regulação emocional. Assim, foi possível acrescentar intervenções destinadas aos sintomas característicos do Transtorno Alimentar, como a alteração da autoimagem e de distorções corporais. Para esse momento, foram utilizadas técnicas baseadas nas premissas da Terapia do Esquema (Young et al., 2008), e.g. vivências emocionais de imagens mentais, dramatização e reparentalização com a terapeuta (ver a partir da sessão 16 na Tabela 1).

Nas últimas sessões do tratamento, foi realizada uma revisão das habilidades e das ferramentas aprendidas durante o

Tabela 1. Descrição das técnicas utilizadas nas sessões durante o tratamento.

Sessões	Técnicas
1 e 2	Entrevista inicial; anamnese semiestruturada para investigar o desenvolvimento do comportamento alimentar; Terapia de Reciclagem Infantil - o Baralho das Emoções, instrumento facilitador de acesso às emoções das crianças (Caminha & Caminha, 2010); "Meditação das Bolhinhas dos Pensamentos" da Terapia Cognitivo Comportamental Baseada em <i>Mindfulness</i> (Friary, 2018) para identificar e distanciar de pensamentos negativos;
3 a 6	Avaliação e conceitualização cognitiva - o Baralhos dos Problemas, para identificar principais distúrbios psicológicos (Lopes & Lopes, 2013); Inventário de Estilos Parentais, para avaliar as relações entre pais e filhos (Gomide, 2006); registro de pensamento-ação (Beck & Rosa, 2013); Baralho das Histórias (Rodrigues & Neufeld, 2016); psicoeducação: Emocionário (Caminha & Caminha, 2018); Baralho das Emoções (Caminha & Caminha, 2010). Psicoeducação com pais envolvendo educação parental indutiva e dedutiva.
7 a 11	Confecção de cartão de enfrentamento (Beck, 1997); psicoeducação das emoções: Emocionário (Caminha & Caminha, 2018); Terapia Cognitivo Comportamental Baseada em <i>Mindfulness</i> por meio das atividades: "Meditação do Raminho de lavanda"; " <i>Mindfulness</i> das Batidas do coração"; "Meditação do Bichinho de Pelúcia"; "Experimento da Mente no Jarro (Potinho)" " <i>Mindfulness</i> da Descoberta da Experiência" (Friary, 2018); atividade caça ao tesouro; confecção de cartas com autodeclaração positiva (Beck, 1997); técnica de solução de problemas: listagem de vantagens e desvantagens de ela ser mesmo e de comer; checklist de sentimentos; escrever sobre sentimentos; atividade de "tirar o chapéu", técnica da respiração e "coaching telefônico"(disponibilidade de contato via telefone em caso de crise) baseado na TCD (Linehan, 2018).
12 a 15	Role-playing com bexigas para questionamento da distorção cognitiva (e se); criação de caixa de papel dobrável "quem sou eu" com colagem das tarefas disponíveis em Virgolin, Fleith e Neves-Pereira (2009): "meu nome"; "história do meu nome"; "carteira de identidade"; "eu sou assim"; "biografia dos meus cabelos" e "autoinventário"; atividade de valorização do sorriso. Atividades para desenvolvimento da criatividade e do autoconceito.
16 a 19	Frases de incentivo de autoestima com música "Just right" - favorita de paciente; comparação da percepção do corpo e o contorno real de seu corpo em papel pardo no chão associado à valorização de partes do corpo (baseadas na técnicas de vivências emocionais da Terapia dos Esquemas de Young et al., 2008); continuação da caixa de "quem sou eu" - atividade sobre experiências boas no passado com fotos (Virgolin et al., 2009) e colagem de frases de autoestima; confecção do "Mural das Coisas Boas"; atividade "seu corpo é um presente!"; com sorteio de perguntas que levavam a paciente a refletir sobre possibilidades que o corpo possui; questionamento socrático.
20 a 24	Comparação percepção e contorno real do corpo; confecção de cartas para seu corpo (Marrez, 2015); confecção de garrafas contendo cartas para o corpo; atividade de completar frases para trabalhar novamente a distorção cognitiva (e se); confecção de e-mail para o corpo; discussão sobre as transformações que ocorreram durante tratamento; "Relaxamento simples" (Virgolin et al., 2009); atividade com maquiagem para aumento de autoestima.
25 a 26	Cinematerapia utilizando filme do Harry Potter a pedido de paciente, utilizando cenas do filme para relacionar com vida de paciente de forma que fosse possível discutir possibilidades de desenvolvimento pessoal; "Relaxamento com Música" para identificação das emoções através de música (Virgolin et al., 2009).
27 a 29	Comparação desenho atualizado do como ela é, com o que ela gostaria de ser; contorno do corpo real; técnica de <i>Mindfulness</i> com posições de relaxamento infantis; discussão sobre transformações e aprendizados com a terapia, visão sobre futuro e possíveis obstáculos.

processo psicoterápico e a identificação de possíveis obstáculos que poderiam ser encontrados após o final da terapia, com o objetivo de prevenção de recaída (ver sessões 26 a 29 na Tabela 1). As técnicas basearam-se na TCC clássica (Beck & Rosa, 2013) e na TRI (Caminha & Caminha, 2011).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O objetivo deste estudo consistiu em descrever um tratamento psicoterápico baseado na Terapia Cognitivo-Comportamental Multicomponentes de uma adolescente diagnosticada com Anorexia Nervosa. Esse tipo de intervenção, que envolve a integralização de diversos modelos em TCC, tem se tornado uma tendência atual (Petersen & Wainer, 2011). O conjunto de técnicas utilizado no tratamento aqui descrito, bem como a sua sequência, não obedeceu a nenhum protocolo pré-existente. O protocolo desta intervenção foi elaborado com o objetivo de integrar técnicas reconhecidamente eficazes com crianças e adolescentes, como é o caso da TRI, da TCD, da TCC baseada em *Mindfulness* e da Terapia do Esquema para crianças.

Na conceitualização cognitiva de caso, observou-se que a paciente apresentava crenças centrais de desamor, de desamparo e de desvalor, que foram expressas em pensamentos automáticos escritos, como por exemplo, “eu me sinto inútil e desprezível”, “deixo as pessoas nervosas”, “estou gorda” e “sou culpada por ter a doença.” No que se refere às crenças secundárias de compensação, elas podem ser identificadas em afirmações da paciente como “gostaria de ser muito magra para ser muito feliz”. Os pensamentos automáticos eliciavam principalmente as emoções de tristeza, de medo e de raiva, estando associados a comportamentos desadaptativos. A tristeza, por exemplo, pode ser observada quando paciente disse: “estou cansada e triste por ter que tomar suplementos e comer.” Por sua vez, o medo estava relacionado as situações sociais, por exemplo, ela tinha medo de ir à escola após a internação e as pessoas perguntarem o que lhe havia acontecido. Como resultado, a paciente utilizava a estratégia comportamental de evitação, faltando às aulas. A raiva era voltada para si própria, o que pode ser exemplificado em frases escritas pela paciente (e.g. “eu me odeio”), e estava associada aos comportamentos de autoagressão (e.g. arranhar-se e bater-se).

Em termos de Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs) na perspectiva da Terapia do Esquema (Young et al., 2008), a paciente apresentava o EID de inibição emocional, uma vez que tinha dificuldades importantes em expressar sentimentos. Por exemplo, na tarefa em que deveria avaliar verbalmente a intensidade das emoções por meio do Baralho das Emoções (Caminha & Caminha, 2010), ela apenas apontou para as cartas das emoções e do termômetro e não disse nada; e em uma técnica inicial de *mindfulness* em que se buscava identificar e isolar problemas queixa, ela não conseguiu verbalizar seus problemas para “colocar dentro da bolhinha de sabão.” Essa dificuldade em descrever seus estados emocionais é comum em pacientes com AN (Gilboa-Schechtman, Avnon, Zubery, & Jeczmiern, 2006).

Ademais, verificou-se a presença do EID de emaranhamento/*self* subdesenvolvido, principalmente em sua relação com mãe, podendo ser exemplificado por situações em que a paciente comia bolo ou chocolate e depois perguntava à sua mãe se estava gorda. Pode se dizer ainda, que os sintomas da AN se intensificaram na vigência, sobretudo, do EID de privação emocional. Nesse EID, pertencente ao domínio de Desconexão e Rejeição, as expectativas altas de apoio emocional não foram satisfeitas adequadamente pelos membros da família. No mesmo domínio, observou-se também a presença do EID de defectividade/vergonha, no qual a paciente percebia sua aparência como inadequada e indesejável, sentindo-se acima do peso e realizando comparações com suas colegas.

A conceitualização cognitiva do caso mostrou a premência do desenvolvimento das habilidades de regulação emocional da paciente, pois a ausência destas é considerada um elemento chave na origem e na manutenção da AN, visto que a restrição alimentar pode ser uma estratégia para regular as emoções (Haynos & Fruzzetti, 2011). Dessa maneira, foram utilizadas técnicas da TRI, da TCD e da TCC baseada em *Mindfulness* para melhorar as habilidades de regulação emocional da paciente. Posteriormente, para a modificação das crenças e dos EIDs, foram utilizadas técnicas vivenciais, cognitivas, narrativas e comportamentais, escolhidas a partir da conceitualização cognitiva, de testes de hipóteses e de avaliações constantes no percurso do tratamento.

Após as intervenções, a paciente apresentou melhora em seu comportamento alimentar, diminuição do medo de ingerir alimentos e aumento de peso com novo índice de massa corporal. É importante salientar que no início do tratamento, ela necessitava de suplemento alimentar, o qual foi retirado ao longo das sessões. Ao final do processo terapêutico, ela afirmou que seu maior aprendizado na psicoterapia foi o de não poder ficar sem comer e “não se importar com o que as pessoas pensam”. A paciente também relatou maior prazer e interesse na realização de diversas atividades, o que pode ser observado ao iniciar aulas de caratê e de violão; melhora no desempenho escolar e no convívio social com seus pares e familiares; diminuição do humor negativo e das oscilações emocionais; e uma percepção menos distorcida de sua autoimagem. Esse último ponto merece destaque e maior detalhamento.

Somente após quinze sessões e com a aliança terapêutica já consolidada é que foi possível realizar intervenções abordando diretamente a distorção da autoimagem. Neste sentido, uma técnica que se mostrou eficaz foi a de contornar o corpo em um papel no chão. Na primeira vez em que a técnica foi realizada, a paciente olhou seu contorno e disse: “mas essa não sou eu!”. Após a técnica ser realizada mais vezes, ela começou a olhar seu contorno sem surpresa, demonstrando aceitação de seu corpo, e relatou que “tentava mais não pensar em corpo”, “que gostava um pouco dele” e que “ele proporciona a fazer coisas com ele”, como fazer caratê e dançar. A diminuição da distorção corporal pode ser verificada

nos desenhos de percepção da autoimagem, atual e ideal, produzidos pela adolescente no início (Figura 1) e no final (Figura 2) do tratamento.

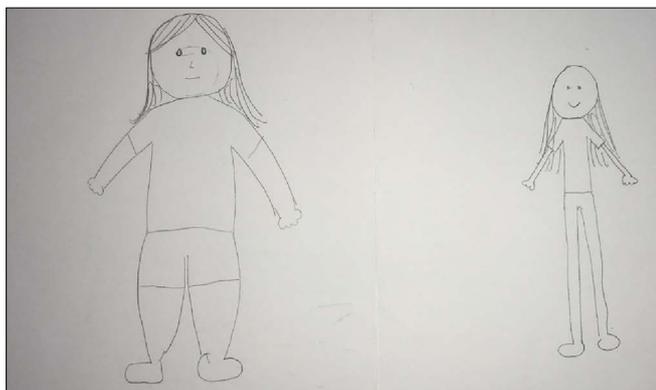


Figura 1. Desenhos da percepção da autoimagem, atual (esquerdo) e ideal (direito), produzidos pela adolescente no início do tratamento.

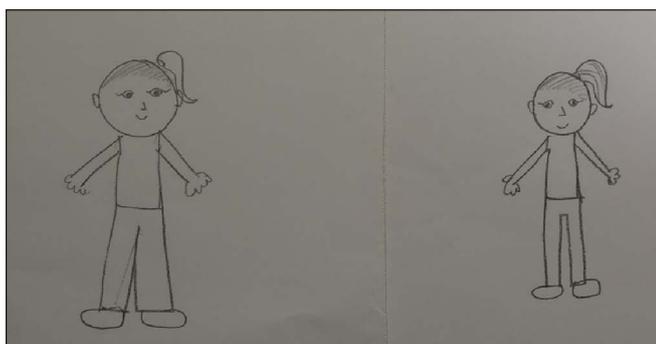


Figura 2. Desenhos da percepção da autoimagem, atual (esquerdo) e ideal (direito), produzidos pela adolescente no final do tratamento.

Algumas técnicas da TCC Clássica (Beck & Rosa, 2013), como a psicoeducação a partir de registro de pensamento-ação e a confecção de cartão de enfrentamento (Beck, 1997), não se mostraram eficazes. Por outro lado, técnicas como o *role-playing*, por exemplo, mostraram-se mais adequadas para o alcance dos objetivos psicoterápicos, desde que utilizadas com recursos lúdicos (e.g. bexiga, barbante, objetos espalhados pela sala), tornando as sessões mais dinâmicas. De maneira semelhante, na utilização do protocolo da Terapia de Reciclagem Infantil (Caminha & Caminha, 2011), observou-se que as intervenções no nível dos pensamentos (reciclagem dos pensamentos) tiveram baixo engajamento por parte da paciente e não foram tão efetivas como as intervenções no nível emocional.

Uma hipótese explicativa é a de que técnicas que envolvem raciocínio lógico-abstrato são menos eficazes com crianças e adolescentes, porque a sua capacidade metacognitiva não está completamente desenvolvida e ainda se encontra prejudicada em pacientes com AN, devido à ingestão deficitária de nutrientes e suas consequências sobre o sistema nervoso central. Em consonância com esta hipótese, Dalle

Grave, El Ghoch, Sartirana e Calugi (2016) apontam que é muito difícil modificar o pensamento de pacientes com AN por meio de reestruturação cognitiva direta. Além disso, a dificuldade para realizar estas técnicas puramente cognitivas pode resultar em desmotivação e em não adesão ao tratamento. Esse é um ponto especialmente relevante, pois os pacientes com AN são ambivalentes em suas motivações para a mudança, o que explica a dificuldade de cooperar com o tratamento e o alto índice de abandono deste (Hillen, Dempfe, Seitz, Herpertz-Dahlmann, Bühren, 2015; Puls, Schmidt, & Hilbert, 2018).

Dessa maneira, o tratamento da paciente manteve-se focado na regulação das emoções com a utilização de técnicas de *mindfulness* e de técnicas vivenciais. Essas envolveram a utilização de imagens mentais, dramatização e experiências, nas quais a paciente pode vivenciar emocionalmente as situações-problemas, favorecendo a identificação, a contestação e a ressignificação dos esquemas no nível emocional (Young et al., 2008). A decisão de privilegiar o desenvolvimento das habilidades de regulação emocional, além de envolver técnicas que ajudaram no vínculo paciente-terapeuta, também esteve amparada nos resultados de estudos anteriores que mostraram, por exemplo, que as emoções negativas afetam a expressão dos sintomas da AN (Wildes, Marcus, Bright, Dapelo, & Psychol, 2012) e que um menor nível de desregulação emocional foi preditor do aumento de peso em pacientes com AN (Nyman-Carlsson, Birgegård, Engström, Gustafsson, & Nevenon, 2019).

A intervenção aqui descrita pode ser considerada como bem-sucedida, na medida em que resultou na normalização dos hábitos alimentares (com ganho de peso e aumento do IMC) e diminuição da preocupação com o peso e o corpo, áreas-chave apontadas na literatura para se avaliar a eficácia do tratamento da AN (Linardon, Wade, de la Piedad Garcia, & Brennan, 2017). É fundamental ressaltar que esse resultado foi possível também por ser um tratamento multidisciplinar, com diversos profissionais além da psicóloga, o que é indispensável no tratamento dos TAs. Dessa forma, a Terapia Cognitiva-Comportamental Multicomponentes, aliando técnicas cognitivas clássicas com as principais técnicas das terapias de terceira onda em terapia cognitiva (*mindfulness*, modificação de imagens e reparentalização), se mostrou uma abordagem adequada para o tratamento da Anorexia Nervosa. Em transtornos complexos como os TAs, o uso de múltiplas técnicas que explorem registros imagísticos, regras proposicionais, e as percepções olfativas, cinestésicas, visuais, táteis, auditivas e gustativas, parece permitir um trabalho mais integral, holístico e promissor na flexibilização das crenças e dos esquemas, uma vez que as relacionadas ao comportamento alimentar têm elementos multisensoriais e cognitivos em sua fundamentação. Torna-se evidente que o tratamento dos TAs impõe muitos desafios e é imprescindível a continuidade dos estudos de outras técnicas de abordagens de terceira onda que possam auxiliar os profissionais em suas práticas clínicas.

REFERÊNCIAS

- Agras, W. S. (2019). Cognitive Behavior Therapy for the Eating Disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 42(2), 169-179. doi:10.1016/j.psc.2019.01.001.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* (5. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Aratangy, E. W. & Buonfiglio, H. B. (2017). *Como lidar com transtornos alimentares: Guia prático para familiares e pacientes*. São Paulo: Hogrefe.
- Asbahr, F. R., Labbadia, E. M., & Castro, L. L. (2017). *Ansiedade na infância e adolescência: SPADA: Programa de intervenção cognitivo-comportamental*. Barueri: Manole.
- Barbosa, L. & Murta, S. (2015). Terapia de aceitação e compromisso: História, fundamentos, modelo e evidências. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 16(3), 34-49. https://doi.org/10.31505/rbtcc.v16i3.711.
- Beck, J. S. (1997). *Terapia Cognitiva: Teoria e prática*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Beck, A. T., Davis, D. D., & Freeman, A. (2017). *Terapia cognitiva dos transtornos da personalidade*. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, J. S. & Rosa, S. M. M. (2013). *Terapia Cognitivo-Comportamental: Teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Beidel, D. C., Frueh, B. C., Uhde, T. W., Wong, N., & Mentrikoski, J. M. (2011). Multicomponent behavioral treatment for chronic combat-related posttraumatic stress disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(2), 224-231. doi: 10.1016/j.janxdis.2010.09.006.
- Caminha, M. G. & Caminha, R. M. (2010). *O baralho das emoções* (4. ed.). Porto Alegre: Sinopsys.
- Caminha, M. G. & Caminha, R. M. (2011). *Intervenções e treinamento de pais na clínica infantil*. Porto Alegre: Sinopsys.
- Caminha, R. M. & Caminha, M. G. (2018). *Emocionário: Dicionário das emoções*. Porto Alegre: Sinopsys.
- Caminha, R. M., Caminha, M. G., & Finger, I. R. (2017). A Terapia da Reciclagem Infantil (TRI) no tratamento de sintomas ansiosos e depressivos. Em R. M. Caminha, M. G. Caminha, & C. A. Dutra. *A Prática Cognitiva na Infância e na Adolescência*. (pp.399- 413). Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Cartaxo, V. A. B. (2014). *Baralho das distorções: enfrentando as armadilhas dos pensamentos*. Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Davidson, J. R., Dickson, C., & Han, H. (2019). Cognitive behavioural treatment for insomnia in primary care: a systematic review of sleep outcomes. *British Journal of General Practice*, 69(686), e657-e664. doi:10.3399/bjgp19x705065.
- Dalle Grave, R., El Ghoch, M., Sartirana, M., & Calugi, S. (2016). Cognitive Behavioral Therapy for Anorexia Nervosa: An Update. *Current Psychiatry Reports*, 18(1), 2. doi:10.1007/s11920-015-0643-4.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509-528. doi: 10.1016/s0005-7967(02)00088-8.
- Finger, I. R. & Oliveira, M. S. (2016). *A prática da terapia cognitivo-comportamental nos transtornos alimentares e obesidade*. Nova Hamburgo: Sinopsys.
- Friary, V. (2018). *Mindfulness para crianças: Estratégias da terapia cognitiva baseada em mindfulness*. Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Friedberg, R. D. & McClure, J. M. (2019). *A prática clínica da terapia cognitiva com crianças e adolescentes* (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tavolacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 109(5), 1402-1413. https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342.
- Gilboa-Schechtman, E., Avnon, L., Zubery, E., & Jeczmiem, P. (2006). Emotional processing in eating disorders: Specific impairment or general distress related deficiency? *Depression and Anxiety*, 23(6), 331-339. https://doi.org/10.1002/da.20163.
- Gomide, P. I. C. (2006). *Inventário de Estilos Parentais. Modelo teórico: Manual de aplicação, apuração e interpretação*. Petrópolis: Vozes.
- Haynos, A. F., & Fruzzetti, A. E. (2011). Anorexia nervosa as a disorder of emotion dysregulation: Evidence and treatment implications. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18(3), 183-202. doi: 10.1111/j.1468-2850.2011.01250.
- Hillen, S., Dempfe, A., Seitz, J., Herpertz-Dahlmann, B., & Bühren, K. (2015). Motivation to change and perceptions of the admission process with respect to outcome in adolescent anorexia nervosa. *BMC Psychiatry*, 15(140). doi:10.1186/s12888-015-0516-8.
- Linardon, J., Wade, T. D., de la Piedad Garcia, X., & Brennan, L. (2017). The efficacy of cognitive-behavioral therapy for eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(11), 1080-1094. doi: 10.1037/ccp0000245.
- Linehan, M. M. (2018). *Treinamento de habilidades em DBT: Manual de terapia comportamental dialética para o paciente*. (Bueno, D. Trad.) (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Lipp, M. E. N., Lopes, T. M., & Spadari, G. F. (Eds.) (2019). *Terapia Racional-Emotiva Comportamental na teoria e na prática clínica*. Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Lopes, R. F. F. & Lopes, E. (2013). *Baralho dos problemas: Lidando com transtornos da infância em busca do bem estar*. Porto Alegre: Sinopsys.
- Mairs, R. & Nicholls, D. (2016). Assessment and treatment of eating disorders in children and adolescents. *Archives of Disease in Childhood*, 101(12), 1168-1175. doi: 10.1136/archdischild-2015-309481.
- Marrez, J. (2015). *Caderno de exercícios para aceitar seu próprio corpo*. Petrópolis: Vozes.
- Neufeld, C. B., Peron, S., Maltoni, J., & Ferreira, I. M. F. (2017). Intervenções em grupos com crianças e adolescentes. Em R. M. Caminha & M. G. Caminha & C. A. Dutra. *A prática cognitiva na infância e na adolescência*. (pp.735-750) Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Nyman-Carlsson, E., Birgegård, A., Engström, I., Gustafsson, S. A., & Nevenon, L. (2019). Predictors of outcome among young adult patients with anorexia nervosa in a randomised controlled trial. *European Eating Disorders Review*, 27(1), 76-85. doi:10.1002/erv.2630.
- Osma, J., Crespo, E., & Castellano, C. (2016). Multicomponent cognitive-behavioral therapy for intermittent explosive disorder by videoconferencing: a case study. *Anales De Psicología / Annals of Psychology*, 32(2), 424-432. doi: 10.6018/analesps.32.2.211351.
- Petersen, C. S. & Wainer, R. (2011). *Terapias cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes: Ciência e arte*. Porto Alegre: Artmed.

- Puls, H.-C., Schmidt, R., & Hilbert, A. (2018). Therapist adherence and therapeutic alliance in individual cognitive-behavioural therapy for adolescent binge-eating disorder. *European Eating Disorders Review*, 27, 182-194. doi:10.1002/erv.2650.
- Rodrigues, M. & Neufeld, C. B. (2016). *Baralho de Histórias: Instrumentos para conceitualização e intervenção cognitiva*. Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Spettigue, W., Aldaqqaq, Z., Isserlin, L., Bishop, B., Norris, M. L., Valois, D., & Obeid, N. (2020). A Brief Modified Family-Based Treatment Intervention for Youth With Mild Eating Disorders: A Case Series. *Frontiers in Psychiatry*. 5(11), 105. doi: 10.3389/fpsyt.2020.00105.
- Souza, G. S. F., Silva, E. C. A., & Martins, A. C. S. (2018). Avaliação de Pacientes com Transtornos Alimentares. *International Journal of Nutrology*, 11(1), 324-327. doi: 10.1055/s-0038-1674458.
- Treasure, J., Smith, G., & Crane, A. (2017). *Caring for a Loved One with an Eating Disorder: The New Maudsley Skills-Based Training Manual*. New York. Routledge.
- Virgolin, A. M. R., Fleith, D. S., & Neves-Pereira, M. S. (2009). *Toc, toc... plim, plim! Lidando com as emoções, brincando com o pensamento através de criatividade* (9ª ed.). Campinas: Papirus Editora.
- Weinberg, C. (Org.) (2019). *Transtornos alimentares na infância e adolescência: Uma visão multidisciplinar*. São Paulo: Sá Editora.
- Wildes, J. E., Marcus, M. D., Bright, A. C., Dapelo, M. M., & Psychol, M. C. (2012). Emotion and eating disorder symptoms in patients with anorexia nervosa: an experimental study. *The International journal of eating disorders*, 45(7), 876–882. <https://doi.org/10.1002/eat.22020>.
- Wright, J. H., Brown, G. K., Thase, M. E., & Basco, M. R. (2008). *Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado*. Porto Alegre: Artmed. Yilmaz, Z., Gottfredson, N. C., Zerwas, S. C., Bulik, C. M., & Micali, M. (2019). Developmental Premorbid Body Mass Index Trajectories of Adolescents With Eating Disorders in a Longitudinal Population Cohort. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 58 (2), 191-199. doi: 10.1016/j.jaac.2018.11.008.
- Young, J. E., Klosko, J., & Weishaar, M. (2008). *Terapia do esquema: Guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras*. Porto Alegre: Artmed.