ARTIGOS

Desenvolvimento e construção da imagem corporal na atualidade: um olhar cognitivo-comportamental

Development and construction of body image in contemporary: a cognitive-behavioral perspective

Aimorá L. Laus Veras [1]

1-Psicóloga CRP 12/05684 - Graduada na Universidade Federal de Santa Catarina- UFSC

Especialização em Terapia Relacional Sistêmica; Especialização em Terapia Cognitivo-Comportamental – ICTC (concluindo); Atuação clínica em atendimento individual, casal, família e grupos; Integrante do Corpo Clínico e sócia da Personale: Clínica de Saúde Integrada

Correspondência: Rua Madalena Barbi, 81 – Centro – CEP: 88015 190 - Florianópolis/Santa Catarina - aimoraveras@hotmail.com

RESUMO

Este artigo trata do desenvolvimento da imagem corporal na cultura ocidental contemporânea e em como se dá o processo terapêutico, que tem por objetivo a melhora da percepção que o indivíduo tem sobre si, sob o olhar da Teoria Cognitiva Comportamental. A partir da definição de imagem corporal e da reflexão de como as pessoas podem ser influenciadas pelo contexto atual se evidencia o processo psicoterapêutico, seu contexto e sua prática. O método utilizado foi o levantamento bibliográfico em autores de referência no assunto abordado e em sites de base de dados científicos, elucidados com exemplos de casos clínicos escolhidos pela relação com a temática em questão. Pode-se inferir que o processo psicoterapêutico nos transtornos ligados à insatisfação com peso e forma corporal representa um desafio clínico e concluir que a TCC pode contribuir no alívio de sintomas apresentados pelos pacientes que possuem distorção na percepção da imagem corporal.

DOI: 10.5935/1808-5687.20100017

Palavras-chave: imagem corporal, insatisfação corporal, processo psicoterapêutico.

ABSTRACT

This paper concerns about the development of the body image in contemporary western culture and in its treatment, which aims to improve the perception the individual has about themselves, from the perspective of Cognitive Behavior Theory. From the definition of body image and reflection of how people can be influenced by the current context is evident from the psychotherapeutic process, context and practice. The method was the bibliographic research of authors in the subject matter and on sites of scientific database, elucidated with examples of clinical cases chosen by the relation with the subject in question. It can be inferred that the psychotherapeutic process in disorders linked to dissatisfaction with weight and body shape represents a clinical challenge and concluded that CBT can help in relieving symptoms of the patients who have distorted perception of body image.

Key words: body image, body dissatisfaction, psychotherapeutic process.

INTRODUÇÃO

Na atualidade, tendo por parâmetro a sociedade ocidental, vive-se num momento histórico cultural que enfatiza a propagação de ideais de juventude e beleza aliado à obtenção de um corpo perfeito, que neste momento segue um padrão estético de extrema magreza. Esta dinâmica é corroborada pela mídia e na análise deste contexto pode-se inferir que o enfoque exagerado ao culto da forma corporal pode ser um fator agravante na forma como as pessoas se percebem, aumentando a insatisfação com seus corpos. Essa insatisfação leva a comportamentos compulsivos ou invasivos na tentativa de diminuir a ansiedade e o intenso sofrimento psíquico decorrente. Estes aparecem com maior intensidade nos transtornos alimentares, principalmente anorexia e bulimia nervosa, no transtorno dismórfico corporal e nos casos, ainda não descritos, em que, na tentativa de ter um corpo idealizado, a busca por cirurgias plásticas estéticas é uma constante.

Esta realidade impõe que se ampliem os estudos sobre *como a imagem corporal é formada e como pode ser trabalhada nos processos de terapia* com o intuito de obter

melhores resultados diante dos desafios impostos pelos pacientes que sofrem por não estarem satisfeitos com o seu corpo. Esse estudo pretende contribuir neste sentido ao pensar o processo terapêutico, seu contexto e sua prática, bem como as técnicas que podem ajudar a melhorar a percepção que o indivíduo tem sobre o seu corpo, sob o enfoque da Terapia Cognitivo Comportamental.

O método utilizado foi o de levantamento bibliográfico em autores de referência no assunto abordado e em sites de base de dados científicos, elucidados com exemplos de casos clínicos escolhidos pela relação com a temática em questão. Para atingir os objetivos propostos inicia-se o trabalho com algumas definições relacionadas à construção da imagem corporal e a interface com a cultura contemporânea, que atua como fator modelador na definição da mesma. Na continuidade apresentam-se os constructos básicos da TCC e sua concepção sobre o desenvolvimento da imagem corporal, evidenciando o foco do trabalho psicoterapêutico e as intervenções que podem ser utilizadas neste processo. Ao final, faz-se um breve apanhado dos transtornos que tem como núcleo a distorção da imagem corporal.

Utiliza-se no decorrer do trabalho, alguns exemplos clínicos na tentativa de aproximar os elementos encontrados na prática clínica com os dados teóricos existentes. Acredita-se que este seja um dos grandes desafios na construção do conhecimento humano, cruzar os fatos empíricos com os dados científicos e ampliar as diretrizes do pensar e do fazer nos diferentes contextos e neste caso, agregar valor ao saber psicológico.

A imagem corporal

A imagem corporal é a representação que um indivíduo faz de seu corpo em sua mente, o modo como sente o corpo, incluindo as sensações táteis, térmicas e de dor, afirma Schilder (1999). Há sensações musculares, sensações viscerais e a percepção de uma unidade do corpo, ou seja, a percepção de um esquema do corpo, do esquema corporal ou ainda, do modelo postural do corpo. Por tratar-se de uma representação, a

imagem corporal integra os níveis físico, emocional e mental em cada ser humano, com respeito à percepção de seu corpo. Conforme o autor, a imagem corporal é percebida através dos sentidos e envolve figurações e representações mentais, mas não é apenas uma percepção ou mera representação, pois o córtex sensorial armazena impressões passadas que podem surgir como imagem, formando modelos organizados denominados esquemas. Estes esquemas já estabelecidos modificam as impressões produzidas pelos impulsos sensoriais que entram. Assim, o que temos como sendo a percepção corporal, é o resultado da relação feita entre um esquema postural e a nova informação dada pela nova postura ou movimento, onde por meio de perpétuas alterações de posição, construímos um modelo postural de nós mesmos, que se modifica constantemente, afirma Schilder (1999).

Para Bruch apud Saikali (2004), a imagem corporal inclui a consciência cognitiva do próprio corpo, da consciência das sensações corporais, do senso de controle sobre as funções corporais e razões afetivas para a realidade da configuração corporal. Já Thompson (1996), afirma que o conceito de imagem corporal envolve o campo perceptivo, que se relaciona com a percepção da própria aparência física, envolvendo uma estimativa do tamanho e peso corporal; o campo subjetivo, que envolve a satisfação com a aparência e o nível de preocupação e ansiedade a ela associada; e por último o campo comportamental, que focaliza as situações evitadas pelo indivíduo por experimentar desconforto associado à aparência corporal.

A concepção da imagem corporal se dá, então, como resultado da interação entre as pessoas, numa junção de aspectos, biológicos, emocionais, relacionais e contextuais. Ou seja, são interações permeadas por informações advindas do contexto cultural que perpassam as barreiras grupais, familiares e alcançam o espaço individual. Quando há desequilíbrio na intensidade da demanda relacionada à aparência física as pessoas são pressionadas em numerosas circunstâncias a concretizar em seu corpo o corpo ideal da cultura do meio em que estão inseridas, pontua Tavares (2003).

Cultura Ocidental Contemporânea como Fator Modelador

A ânsia por ter um corpo perfeito e a propagação de ideais de magreza ganha destaque no cotidiano atual. Ao passar em qualquer banca de revista depara-se com uma infinidade de publicações que prometem maravilhas, ou mesmo milagres instantâneos, nesse caminho da transformação corporal. Os canais de televisão e a mídia em geral também colaboram em muito com essa idéia. As pessoas parecem hipnotizadas com a possibilidade de se parecerem com modelos ou personagens do mundo artístico moderno. Possuir um corpo próximo ao modelo estético difundido parece garantia de felicidade e realização plena, cria-se uma imagem baseada na idealização.

Há estudos que confirmam essa influência da mídia nos processos de construção da própria imagem. Pode-se usar como exemplo o realizado nas ilhas Fiji, por Becker *et al*. (2002) que numa etapa em 1995 e noutra em 1998, avaliou o impacto da exposição das adolescentes à televisão e as mudanças de atitude e comportamentos alimentares que obtiveram. Os resultados mostraram que os indicadores de transtorno alimentar foram significantemente mais prevalentes após 1998, demonstrando também maior interesse em perda de peso, sugerindo um impacto negativo da mídia. Considerando que nos transtornos alimentares a percepção da imagem corporal está seriamente comprometida, pode-se inferir que, as mensagens transmitidas pela televisão possivelmente também impactaram na construção e desenvolvimento da mesma.

Há dois processos que estão ligados ao desenvolvimento de atitudes e comportamentos afirma Stice apud Saikali (2004), o reforço social e a modelagem. O reforço social refere-se ao processo por meio do qual, pessoas internalizam atitudes e comportam-se mediante aprovação dos outros. Deste modo, se a mídia em geral evidencia corpos magros, é bem provável que influencie as pessoas a buscarem métodos de emagrecimento para se sentirem confortáveis no grupo social ao qual pertencem. Por outro lado, de se sentirem desconfortáveis, inadequados ou mesmo excluídos se estiverem acima do peso.

A modelagem refere-se ao processo em que o individuo observa comportamentos de outros e os imita. Na Teoria Social cognitiva de Bandura (1977), os comportamentos

são aprendidos num efeito modelador, ou seja, há efeitos que inibem ou diminuem o comportamento e efeitos que desinibem ou aumentam o comportamento. Na vida cotidiana, de forma não intencional, temos condição de modelar o comportamento através do reforço ou reprovação do mesmo. No que se refere à imagem do próprio corpo, isso pode ocorrer por intermédio do que é falado ou pelo modo como o indivíduo se sente olhado pelo outro. Ou seja, na forma como chegam e na forma como são interpretadas as informações a respeito de si.

Como exemplo clínico tem-se os dados de uma entrevista realizada no pré-operatório com uma paciente que iria submeter-se a cirurgia plástica estética: Camila[i], 18 anos, procura clínica para trocar os implantes de silicone nos seios. Aos 16 anos já havia colocado implantes, mas agora aos 18 gostaria de substituir por um maior. Disse que a mãe e a irmã colocaram e que admirava as atrizes de sucesso que têm os seios grandes e por este motivo pretendia aumentar mais ainda os seus. Tinha muito medo da cirurgia em si, mas se as atrizes haviam conseguido e não haviam tido problemas mais graves ela também conseguiria. Neste caso, Camila segue o modelo familiar e o modelo das atrizes apresentado pela mídia. A modelagem ocorre pelo reforço social dado, onde o aumento do tamanho dos seios está relacionado com o sucesso pessoal. No processo comunicacional familiar e grupal desenvolvem-se crenças distorcidas acerca de aceitação ou rejeição, que fazem com que Camila necessite alterar sua forma corporal para se sentir aceita e atender as expectativas do meio ambiente em que vive.

Fica a compreensão de que o contexto cultural, com seus padrões estéticos reforçados pela mídia, serve de modelo para o modo como os indivíduos concebem seus corpos e pode gerar preocupações extremas levando ao desenvolvimento de diferentes transtornos.

A TCC como base do trabalho de desenvolvimento da imagem corporal

As psicoterapias possuem elementos em comum, pontua Frank, citado por Cordioli (2008). Entre eles, o contexto de uma relação de confiança, num contexto terapêutico

onde o paciente acredita que o terapeuta irá ajudá-lo amparado por uma racionalidade, um modelo conceitual que prevê uma explicação plausível para o desconforto e procedimentos para ajudar o paciente a resolvê-lo. Entretanto, estudos têm mostrado maior eficácia de algumas abordagens em detrimento de outras para determinados transtornos.

No caso de dificuldades com a percepção da imagem corporal, a prática clínica sugere que a TCC pode ser uma opção acertada, embora ainda não se tenha muitos dados de pesquisa analisando este tema em particular. A maioria dos estudos se refere aos transtornos alimentares e não especificamente à imagem corporal. Entretanto, a relação direta entre o transtorno alimentar e a insatisfação com a imagem permite a consideração de alguns resultados. Entre eles, os evidenciados por Hay e Bacaltchuk apud Knapp e col (2004), quando analisaram 29 estudos controlados comparando TCC com listas de espera, antidepressivos e outras psicoterapias no tratamento da bulimia ou de Channon e col apud Knapp e col (2004), que compararam TCC com terapia comportamental nos casos de anorexia nervosa. Em ambos os casos houve resultado promissor ao uso da TCC.

Para validar esta escolha é preciso respeitar critérios importantes, entre eles, uma aliança terapêutica bem estabelecida. Para este intento, pode-se utilizar a orientação de Beck, J. (2007), sobre as estratégias para a construção da aliança em desafios clínicos, que devem seguir certos princípios básicos da terapia cognitiva: colaborar ativamente com o paciente; demonstrar empatia, atenção e entendimento; adaptar o estilo terapêutico ao paciente; aliviar a angústia e solicitar feedback no final das sessões. Se necessário, pode-se estabelecer uma variação nestes princípios, pois o procedimento padrão que funciona em diversos casos, pode não apresentar resultados no trabalho com pacientes difíceis, como parecem ser os implicados com distorções na percepção corporal.

A principal característica da TCC é a importância que dá aos pensamentos, que são sustentados por um sistema de crenças responsáveis por determinados sentimentos

e comportamentos do indivíduo. Nas pessoas com distorção da imagem corporal a percepção da imagem corporal é construída nas primeiras relações e vai se estruturando cotidianamente, integrando transtornos onde as crenças centrais disfuncionais e os comportamentos inadequados vão sendo solidamente instituídos. Uma das crenças distorcidas centrais é a que o valor pessoal está condicionado ao peso ou formato corporal e quando estes não estão a contento, o indivíduo acredita que nenhuma outra característica pessoal pode ser significante. Ignora ou desvaloriza as que estão fora dos parâmetros previamente estabelecidos. Para estes pacientes com distúrbios de imagem, ter o corpo idealizado seria garantia de competência, superioridade e sucesso. É preciso ensinar o paciente a identificar estes pensamentos distorcidos e torná-los mais funcionais, por meio de evidências que possam confirmar ou refutar suas crenças a respeito de si.

Na prática clínica, tratar de pacientes insatisfeitos com a percepção da forma corporal é um desafio, exige que o profissional tenha habilidade, empatia e paciência, mas também, conhecimento teórico prático suficiente para poder atuar com flexibilidade e segurança no uso de diferentes estratégias de intervenção. O método e as técnicas precisam adaptar-se ao momento em que o paciente se encontra e a intensidade de seus sintomas, o que não significa perder de vista o referencial teórico que sustenta sua prática, mas sim a necessidade de integrar os saberes para promover a melhora do paciente. Acredita-se que técnicas da Terapia Comportamental, da Terapia Cognitiva Construtivista, da Terapia do Esquema, aliadas às técnicas da TCC podem ampliar os recursos e os resultados da intervenção.

Transtornos com núcleo na distorção da imagem corporal

A preocupação com a imagem corporal e distorção na percepção da mesma pode gerar mudanças de hábitos alimentares, adesão a atividades físicas, busca por cirurgias plásticas estéticas e utilização de outros métodos mantenedores, restauradores ou mesmo transformadores da forma física. Estas atitudes, em certa medida podem ser saudáveis, aliviam desconfortos e elevam a auto estima. Entretanto, quando essa busca

por alternativas aumenta em intensidade e torna-se obsessiva ultrapassa os limites do saudável e compromete o equilíbrio cognitivo, afetivo e comportamental, desencadeando quadros psicopatológicos ou psiquiátricos, como transtorno dismórfico corporal, delírios somáticos, transexualismo, depressão, esquizofrenia e obesidade, porém é nos transtornos alimentares que adquire maior relevância.

Nos transtornos alimentares são comuns as distorções cognitivas relacionadas à avaliação do corpo. O pensamento pode ser dicotômico, o indivíduo pensa em extremos com relação à sua aparência ou é muito crítico em relação a ela, tendo como parâmetros comparativos padrões extremos; a atenção é seletiva, focaliza um aspecto da aparência, confirmando suas crenças, e ignora os outros; e erro cognitivo, o indivíduo acredita que os outros pensam como ele em relação à sua aparência.

Nos pacientes com transtorno dismórfico corporal o trabalho psicoterapêutico é bem importante, visto que se submetem repetidamente a procedimentos invasivos e nunca ficam satisfeitos. Estes vão desde cirurgias plásticas estéticas até outros métodos com maior risco à integridade física, na tentativa de diminuir os sintomas relacionados à insatisfação crônica com determinadas partes do seu corpo.

Para ilustrar os mecanismos utilizados na dismorfia apresenta-se o caso de Ana, 32 anos, alta, corpo de medidas proporcionais aos padrões estéticos atuais. O tratamento desde a adolescência inclui internações e tentativas de suicídio. O comportamento na primeira sessão era infantilizado, não dirigia o olhar, e a mãe falava por ela. Usava lente de contato azul, maquiagem forte e ficava olhando para um espelho de aproximadamente 30 x 40 centímetros durante toda a sessão. Arrumava os cabelos e retocava a maquiagem compulsivamente. Não trabalhava, não estudava, vivia para fazer tratamentos dermatológicos e capilares, aplicação de cremes, massagens e cirurgias plásticas estéticas. Já havia feito lipoaspiração, implante de silicone nos seios, diminuiu a mandíbula, fez aplicação para aumentar as "bochechas", entre outras. Nos atendimentos subseqüentes dizia: "quero morrer, eu não gosto dessa vida", "eu estou muito cansada, ninguém entende, pensam que é mentira, mas dói muito, cansa muito...olhar no espelho

cansa, sabe?", "eu não gosto de psicólogo, só gosto de cirurgião plástico", "minha cabeça é pequena, preciso aumentar minha cabeça, já fui ao médico, mas ele não quer aumentar... eu preciso ter uma cabeça grande.." (raspava parte dos cabelos na parte superior da testa para obter efeito de cabeça maior. A investigação sobre como e quando começaram os problemas com sua imagem corporal levou à época da adolescência. Ana referia que por ser a mais alta do grupo passou a ser chamada de girafa, até que certo dia disse que não iria mais ao colégio permanecendo em casa durante 3 anos, sem aparecer para ninguém, se chegasse alguma visita se escondia num guarda roupa. Na tentativa de ampliar o processo terapêutico foi estimulada a trazer fotos à sessão e trouxe fotos de várias etapas de sua vida, em diferentes contextos e situações, mostrando todas sem restrições. Impressionou o fato de algumas fotos terem sido recortadas. Quando questionada, respondeu que antes de sair de casa mostrou as fotos que traria à terapia e que a mãe, preocupada, pegou uma tesoura cortando as partes de todas as fotos em que aparecia. Indagada sobre o comportamento da mãe, disse que ela sempre foi muito vaidosa, que não aparece sem se arrumar para ninguém, que gostava de cremes, cuidava da alimentação, mas não fez cirurgia plástica. Entretanto, a partir das fotos, técnica que colabora na reconstituição da história pessoal e familiar, apareceu claramente o que vinha sendo aprendido pela filha de maneira subliminar. A preocupação compulsiva da mãe com sua própria imagem pessoal não era expressa verbalmente, mas evidenciou-se durante o processo psicoterapêutico ao recortar as fotos em que aparecia, desvendando um código familiar. Um código que mostra a relação consigo mesma e ajuda a pensar na construção da sua imagem corporal baseada em crenças e erros cognitivos nos quais o medo de não ser aceita pelo outro faz com que sinta extrema necessidade de alterar sua imagem. Ana captou a mensagem da mãe que subliminarmente dizia: "você não existe se não tiver um corpo magro e uma aparência "perfeita"em condições de ser vista e apreciada". A mãe corta a fotografia para não ser vista como acredita que não deve, já a filha vai além, corta o próprio corpo, utiliza-se de procedimentos cirúrgicos ou recursos estéticos, na tentativa de mostrar sua imagem como supõe que o outro gostaria de ver e como então poderia passar a ser amada.

O foco do processo psicoterapêutico

O foco principal do trabalho psicoterapêutico no início do tratamento, nos diferentes transtornos, consiste em diminuir os sintomas relacionados ao sofrimento pela percepção que o indivíduo tem de si. Os comportamentos compulsivos ou de risco, precisam ser identificados para que se possa orientar quanto aos métodos de controle de impulso.

Nos casos de transtornos alimentares, a prioridade está em restaurar o padrão alimentar, diminuindo os riscos metabólicos, cardiovasculares e nutricionais causados pelas medidas purgativas ou restritivas. Os comportamentos compulsivos, as dietas rígidas e a realização de atividade física exagerada nos casos de anorexia; indução de vômitos, utilização de laxantes, mais freqüente na bulimia nervosa; e a busca por cirurgias plásticas nos quadros de dismorfia; representam uma tentativa de alívio ao sofrimento, uma maneira de lidar com a emoção causada pela forma corporal percebida, que não coincide com a forma corporal idealizada. Estes comportamentos inadequados são resultado das crenças disfuncionais que relacionam a forma e o peso corporal à intensidade do afeto, deste modo, também representam uma tentativa de obter aceitação do outro. É necessário diminuir a ansiedade gerada por estes sentimentos, e o foco do trabalho, então, está na identificação das crenças nucleares que sustentam essa dinâmica, criando alternativas ao indivíduo para a concepção de sua existência.

As crenças e pensamentos disfuncionais precisam ficar caracterizados para que o código perceptivo, subjetivo e comportamental seja decifrado, ou seja, que fique claro como pensa, sente e age no que se refere às questões corporais. É preciso assinalar como o indivíduo se percebe, trabalhar suas expectativas e buscar dados reais que questionem essa percepção, aproximando o corpo idealizado, ao peso, medidas e características do corpo real.

A característica comum destes pacientes está na insatisfação permanente, independente do resultado alcançado com os procedimentos tomados. O corpo pode mudar, mas a percepção de si, as relações afetivas e o modo como imaginam que são vistos pelo outro não. Há um erro cognitivo que distorce a forma corporal e a relaciona a amplitude do afeto que recebem das pessoas que lhes são importantes, mantendo uma dinâmica comportamental inadequada. Focalizar a percepção que tem das relações e tecer considerações sobre as outras possibilidades de entendimento que podem estar sendo ignoradas ou não percebidas, assim como questionar o que realmente é feito ou dito pelos seus e a forma que entende disso, pode ajudar a dar novo significado ao seu auto-conceito e diminuir a ansiedade na interação com os outros.

As famílias destes pacientes possuem algumas particularidades. A abordagem sistêmica pode contribuir neste sentido. Palazzolli (1982) afirma que no tratamento com famílias de pacientes anoréxicos, que sofrem de distorções na imagem corporal, a característica que se evidencia é a presença de comportamentos redundantes regidos por regras particularmente rígidas e repetitivas. Neste sentido, os sintomas são parte das relações peculiares desse sistema, e para alterar esses sintomas seria necessário antes alterar as regras, evitando que a família repita compulsivamente as soluções memorizadas a serviço da manutenção do equilíbrio disfuncional estabelecido.

Alguns aspectos da estruturação motivacional básica dos sistemas familiares podem manifestar-se através de certas pautas de organização ou ritos de ações, diz Boszormenyi-Nagy (2003). Os ritos se ajustam a formas inconscientemente estruturadas de relações que afetam todos os membros do sistema, que ficam submetidos a um código familiar não escrito. Este código determina a escala de equivalência de méritos, vantagens, obrigações e responsabilidades entre os integrantes do sistema. Os ritos são pautas de reações aprendidas, enquanto que o código do sistema se apóia em uma vinculação genética e histórica. O autor acrescenta que o terapeuta precisa estar atento a este código familiar subjacente para entender a lógica circulante e obter sentidos a serem utilizados nas distintas etapas do tratamento.

Nos atendimentos clínicos, os pacientes que demonstraram maior insatisfação e distorção corporal não foram os de peso e medidas distantes do padrão estético atual. Mas sim, os que tinham por característica, relações familiares permeadas pela falta de confirmação, ambivalência, agressividade não expressa, pouca demonstração de afeto ou que eram submetidos a um alto nível de expectativa. Estas peculiaridades demonstram a necessidade de atendimento familiar além do individual, contudo na prática, trazer a família e ainda obter sua colaboração resulta em mais um desafio que se impõe ao terapeuta. É difícil aos familiares perceberem sua co-participação nos transtornos, a forma ambivalente e paradoxal da comunicação utilizada e os modelos que representam para a constituição do indivíduo.

O fato de não conseguir trazer a família não significa deixar de trabalhar nesse contexto, pois é preciso restaurar o significado construído nas relações. As dificuldades com a imagem corporal se manifestam mais no sexo feminino, até pela exigência imposta pela nossa cultura, como já foi dito. Assim, outra intervenção importante inclui pensar a relação mãe-filha, onde tem se evidenciado o conflito principal nos casos atendidos de transtornos com a imagem corporal. Técnicas vivenciais podem ajudar a "trazer a família" ao consultório para vislumbrar a formação das crenças nucleares e exercitar a reestruturação dos pensamentos disfuncionais.

Neste processo de reestruturação cognitiva, quando a necessidade de dar novo significado ao que foi construído se impõe, é possível aliar as técnicas da TCC às técnicas propostas pela Terapia Cognitiva Construtivista, que evidencia a emoção no trabalho psicoterapêutico. Ao final, em decorrência do trabalho de investimento na relação entre mãe e filha aparecem resultados significativos na maneira como a paciente se percebe e na maneira que passa a se relacionar, tanto com a figura mais próxima quanto com as outras pessoas do seu círculo social. Abre-se uma porta para o treino das habilidades sociais.

No seguinte caso clínico pode-se ter uma ilustração de como funciona o contexto familiar dos indivíduos que tem dificuldades com sua imagem corporal. Bia, 21 anos,

solicitou atendimento com queixas de ansiedade generalizada, insônia, medo de dormir, de ficar sozinha, com comportamento compulsivo manifestado em atividades de limpeza, de estudo, entre outras. Aos 14 anos foi internada para tratamento de anorexia nervosa.

Atualmente restringe alimentação, não utiliza métodos purgativos, mas há períodos em que recorre à atividade física como método compensatório. É bonita, magra, ótima aluna, mas a preocupação com a imagem corporal sempre interferiu no desenvolvimento de suas atividades e nos seus relacionamentos. Evita comer em público, sofre com o medo de que a achem gorda. Afirma que se surpreende o tempo todo com sentimentos desagradáveis por não sentir-se capaz de atender as expectativas e o padrão estético idealizado. Descreve sua mãe como autoritária, dominadora, exigente e agressiva, sempre com rotinas de dietas e atividades físicas. O pai como um homem mais calmo, porém submisso. Em casa não se reuniam nas refeições e o tema da alimentação sempre foi uma constante. Escutava repetidamente: "vai comer isso?...cuidado vai ficar uma gorda, uma porca, desse jeito nós não gostamos de ti". Essas falas eram ouvidas na família nuclear e nos encontros com a família extensa. Ser gorda, ou melhor, não ser absolutamente magra, passou a ter o significado de ser relaxada, descuidada e de deixar de ser amada. Quando chega à fase adulta, sofre pelo medo de engordar e trava uma luta inglória com a comida. Sua crença central está relacionada com o que aprendeu, ou seja, que ganhar peso significa não atender as expectativas e poder deixar de ser amada.

A teoria focada nos esquemas de Jeffrey Young também foi recurso no entendimento do caso de Bia. Conforme Young (2008), ela amplia a TCC tradicional ao dar ênfase maior à investigação das origens infantis e adolescentes dos problemas psicológicos, às técnicas emotivas, à relação terapêutica e aos estilos desadaptativos remotos de enfrentamento. Esta teoria baseia-se no fato de que pacientes com transtornos de personalidade ou com problemas caracterológicos associados podem não se beneficiar plenamente da TCC, nestes casos, a terapia do esquema poderia ajudar a delinear o foco do processo terapêutico. Bia construiu um esquema inicial desadaptativo

baseado no desamparo e no domínio de orientação para o outro. Esse funcionamento fez com que tivesse dificuldades para acessar cognições e emoções e verbalizá-las na terapia pela preocupação em atender as expectativas do terapeuta (o outro). Essa compreensão pode ampliar o processo e complementar as técnicas da TCC.

Alguns instrumentos podem ser úteis na etapa de caracterização da intensidade do sofrimento causado pelo desconforto com o próprio corpo. Campana (2009), num estudo sobre as escalas mais utilizadas no Brasil para a avaliação da imagem corporal nos transtornos alimentares identificou 7 escalas com resultado pertinente ao que se propõe. São elas: Escala de Medida da Imagem Corporal (Souto, 1999), *Body Shape Questionnaire* (BSQ) (Di Pietro, 2001), *Body Attitudes Questionnaire* (BAQ) (Scagliusi & cols., 2005), "Questionário de Evitação da Imagem Corporal (BIAQ)" (Campana, 2007), "Questionário de Checagem do Corpo (BCQ)" (Campana, 2007), *"Body Investment Scale* (BIS) (Gouveia, Santos, Gouveia, Santos & Pronk, 2008) e Escala de Figuras de *Stunkard* (Scagliusi & cols., 2006). Estas avaliam características da população, como preocupação, controle, investimento, evitação e insatisfação com o corpo. Apesar de considerar importante seu uso conclui que tanto na clínica quanto na pesquisa, a avaliação da Imagem Corporal nos transtornos alimentares ainda está se consolidando no Brasil.

Entretanto, fica a proposta de uso destas escalas, porque os resultados obtidos podem complementar os dados obtidos nas entrevistas psicológicas e orientar o foco do trabalho psicoterapêutico pela caracterização da intensidade dos sintomas, das prioridades a serem estabelecidas e da postura que o profissional deve ter nos seus atendimentos.

Intervenções que podem ajudar no processo psicoterapêutico

No início do processo, quando o paciente sofre com os comportamentos compulsivos ou de esquiva diante de situações em que não se sente a vontade com seu corpo, a Terapia Comportamental pode ser indicada. Cordioli (2008) evidencia a eficácia da TC no tratamento de Ansiedade ou fobia social, Transtorno obsessivo- compulsivo e

Transtornos alimentares, entre outros. Uma análise comportamental pode direcionar as técnicas que podem contribuir. No caso de esquiva, depois de identificadas as situações e condições que geram ansiedade e desconforto ao indivíduo na relação com o seu corpo, o terapeuta pode promover uma dessensibilização sistemática. A aproximação aos lugares ou situações evitadas e temidas ou o aumento gradual da exposição de partes do corpo que não são aceitas pode ajudar na diminuição da ansiedade gerada pela auto-percepção negativa.

As técnicas que a TCC utiliza para lidar com a ansiedade e os comportamentos de esquiva também são eficazes. O trabalho psicoeducativo e o registro dos pensamentos automáticos disfuncionais dão ao paciente um panorama do seu funcionamento e vai delineando a reestruturação cognitiva, fazendo com que aos poucos possa ampliar seus recursos de enfrentamento.

Parte das dificuldades do processo psicoterapêutico se dá pela necessidade de colocar o indivíduo em contato com sua realidade, que é negada ou idealizada. Uma técnica de intervenção que é citada por diferentes profissionais, com algumas alterações, consiste em solicitar ao paciente que desenhe como percebe seu corpo, olhando-se em um espelho. Em seguida, o paciente é orientado a deitar sobre um papel que é colocado no chão e o terapeuta desenha a silhueta real, contornando seu corpo. Ao final, se confronta os 2 desenhos, o feito pelo paciente e o que foi feito a partir da forma real do paciente para identificar se há discrepância entre os desenhos. Essa técnica pode ajudar o indivíduo a repensar a percepção que tem de si e reduzir a ansiedade associada, mas o profissional precisa estar atento, porque ocasionalmente a ansiedade pode ser potencializada pela confrontação com a realidade duramente negada. Nestes momentos a sensibilidade do terapeuta é fundamental para prover conforto e acolhimento. Na continuidade do trabalho de reconhecimento e aceitação da forma corporal procura-se estimular a exposição corporal gradual, incentivando o uso de roupas que evidenciem sua forma ou ainda, a aproximação e ida aos lugares temidos.

O processo de análise das crenças, base da TCC, é realizado de forma colaborativa, afirma Duchesne (2002), sendo o terapeuta inicialmente mais ativo, ajudando a paciente a treinar as habilidades necessárias e orientando para que gradualmente possa se responsabilizar por essa tarefa.

Nos transtornos ligados à insatisfação corporal se desenvolvem sintomas depressivos e ansiedades provenientes da baixa auto-estima, em decorrência, pode haver isolamento ou afastamento social. Para lidar com esta configuração, os trabalhos de Beck (1979) sobre a teoria cognitiva da depressão podem ajudar na intervenção. No que tange à auto-estima, pode-se-se listar com o paciente seus outros atributos, além da aparência, que possam agregar valor ao seu conceito pessoal.

O treino de habilidades sociais também deve fazer parte da intervenção, visto que estes pacientes alcançam grande nível de ansiedade quando entram em contato com os outros. A base de seus problemas consiste em agradar, conseguir ser amado ou não ser abandonado, logo, o medo de como será avaliado e julgado é grande, precisa aprender a interagir e treinar isso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ênfase dada à imagem corporal na sociedade atual, assim como as falas e sintomas observados no trabalho como psicóloga clínica e que de algum modo relacionam-se com a distorção ou insatisfação com o próprio corpo justificam as reflexões sobre este tema. A experiência com pacientes que sofrem por não ter o corpo idealizado, mesmo quando atendem aos padrões estéticos vigentes, demonstra a necessidade de ampliar o conhecimento nessa área.

Em tempos como o nosso, quando as informações veiculadas estão voltadas para a divulgação de idéias ligadas ao prazer estético, torna-se compreensível a intensificação de sintomas relacionados à percepção da imagem corporal. São mensagens visuais e auditivas sobrepostas que insistem na valorização excessiva da juventude, da magreza e alcance de padrões de medidas que não correspondem às características étnicas

brasileiras e que atingem simultânea e sucessivamente as pessoas, seja em seu contexto social, profissional ou familiar.

Pensar a construção da imagem corporal como já foi dito, não é tarefa fácil, tendo em vista a complexidade do tema. O trabalho realizado sugere que há necessidade de dar continuidade ao desenvolvimento dos conhecimentos nessa área, pois o tema é abrangente e pode ser pensado por outras perspectivas que aqui não foram contempladas.

De qualquer forma, com o que foi exposto até aqui, pode-se inferir que há interfaces importantes entre a cultura e o desenvolvimento e manutenção da imagem corporal. O desenvolvimento da percepção fisiológica está estritamente relacionado ao contexto ao qual se está inserido, assim como ao tipo de interação social e às mensagens que circulam entre eles. A cultura contribui significativamente com modelos que acabam sendo seguidos pela maioria das pessoas, que em seus processos de interação, de forma verbal ou não verbal, vão construindo a percepção de si mesmo, mediada por diversos fatores, entre eles o afeto circulante no grupo de convívio.

O trabalho de pesquisa aliado à prática clínica e as reflexões que esta experiência proporciona ampliam as competências de promover mudanças e diminuir o sofrimento dos indivíduos afetados. Disseminar este saber poderá ajudar os profissionais da área da saúde a minimizar o sofrimento psíquico dos pacientes e seus familiares e a compreender melhor os sintomas relacionados à distorção da imagem corporal que se manifestam em diversos quadros psicopatológicos.

Apresenta-se um desafio diante do tema da construção da imagem corporal e o processo psicoterapêutico envolvido. As pesquisas e parâmetros dos trabalhos desenvolvidos com base na TCC tem demonstrado eficácia, mas precisam ser ampliados para agregar dados aos já existentes, considerando sua relevância na contemporaneidade. E quem sabe, as pessoas que vêm sofrendo com sintomas

relacionados à percepção inadequada de seus corpos possam beneficiar-se com um trabalho clínico mais eficiente.

REFERÊNCIAS

BANDURA, A. *Social Learning Theory*, Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ, 1977.

BECK, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1997). *Terapia cognitiva da depressão.* Porto Alegre: Artes Médicas. (Original Publicado em 1979)

BOSZORMENYI-NAGY, Ivan. *Lealtades invisibles*/Ivan Boszormenyi-Nagy y Geraldine M. Spark.- 1ª ed. 2ª reimp.-Buenos Aires: Amorrortu, 2003.

BECK, J.S.. *Terapia cognitiva para Desafios Clínicos – o que fazer quando o básico não funciona.* Porto Alegre: Artmed*,* 2007.

BECKER, A.E.; BURWEL, R.A.; GILMAN, S.E.; HERZOG, D.B.; HAMBURG, P.- Eating Behaviours and Attitudes Following Prolonged Exposure to Television among Ethnic Fijian Adolescent Girls. *The British Journal of Psychiatry* 180: 509-14, 2002.

CAMPANA, Angela Nogueira Neves Betanho; CAMPANA, Mateus Betanho; 2009.

CAMPANA, A. N. N. B. (2007) *Tradução, adaptação transcultural e validação do "Body Image Avoidance Questionnaire (BIAQ) e do "Body Checking Questionnaire (BCQ)" para a língua Portuguesa no Brasil*. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

CORDIOLI, A.V. & Cols. – Psicoterapias: Abordagens Atuais – 3.ed. – Porto Alegre: Artmed, 2008.

DI PIETRO, M. C. *Validade interna, dimensionalidade e desempenho da escala BSQ - Body Shape Questionnaire - em uma população de estudantes universitários*. Mestrado em Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2001.

DUCHESNE, Mônica; ALMEIDA, Paola Espósito de Moraes. Terapia cognitivo-comportamental dos transtornos alimentares. *Rev. Bras. Psiquiatria*, São Paulo, 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462002000700011&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Feb. 2011. doi: 10.1590/S1516-44462002000700011.

GOUVEIA, V. V., SANTOS, C. A., GOUVEIA, R. S. V., SANTOS, W. S. & PRONK, S. L. (2008). Escala de investimento corporal (BIS): evidencias de sua validade fatorial e consistência interna. *Avaliação Psicológica, 7*, 57-66

KNAPP, P. *Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

PALAZZOLLI, M.S.; BOSCOLO, L.; CECCHIN, G.; PRATA, G. *Paradoja y contraparadoja***.** Buenos Aires: ACE, 1982.

SAIKALI, Carolina Jabur et al . Imagem corporal nos transtornos alimentares. ***Rev. psiquiatr. clín.***, São Paulo, v. 31, n. 4, 2004 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832004000400006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 17 fev. 2011. doi: 10.1590/S0101-60832004000400006.

SCAGLIUSI, F. B. POLACOW, V. O., CORDÁS, T. A., COELHO, D. ALVARENGA, M., PHILLIPI, S. T. & LANCHA JR, A. H. (2005) Psychometric testing and applications of the body attitudes questionnaire translated into portuguese. *Perceptual and Motor Skills, 101*, 25-41.

SCAGLIUSI, F. B., ALVARENGA, M., POLACOW, V. O., CORDAS, T. A., QUEIROZ, G. K. O., COELHO, D., PHILIPPI, S. T. & LANCHA JR., A. H. (2006) Concurrent and discriminant validity of the Stunkard's figure rating scale adapted into Portuguese. *Appetite, 47*, 77-82.

SCHILDER, P. *A imagem do corpo: as energias construtivas da psique/* Paul Schilder: trad. Rosanne Wertman: revisão técnica Núbio Negrão – 3ª ed. – São Paulo: Martins Fontes, 1999.

SOUTO, C. M. R. M. *Construção e validação de uma escala de medida de Imagem Corporal*. Mestrado em Ciencias da Saúde. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 1999.

TAVARES, M. C. G. C. F. Escalas para avaliação da imagem corporal nos transtornos alimentares no Brasil. Aval. psicol., Porto Alegre, v. 8, n.3, dez. 2009 disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712009000300015&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 25 fev. 2011.

TAVARES, M. da C. G. C. F.. *Imagem corporal – conceito e desenvolvimento.* São Paulo: Editora Manole, 2003.

THOMPSON, J. K. - *Body Image, Eating Disorders and Obesity*. Washington D.C.: American Psychological Association, 1996.

YOUNG, J. E. - *Terapia do esquema: guia de técnicas cognitivo-comportamentais Inovadoras* / Jeffrey E, Young, Janet S. Klosko, Marjorie E. Weishaar; trad. Roberto Cataldo Costa - Porto Alegre: Artmed, 2008.