

História Clínica

Cognitivo-Comportamental

CASO DA “MARIA”

Dados Biográficos:

Nome: Maria

Idade: 22 anos

Escolaridade: a frequentar o Ensino Superior

Localidade: Lisboa

Estado Civil: Solteira

Constituição do agregado familiar: a Maria vive com a avó, a T. de 70 anos, reformada e com dois irmãos. A P. tem 17 anos e está a tirar um curso tecnológico de administração. O I. tem 15 anos e está a frequentar o 9º ano de escolaridade.

Profissão: Estudante do 3º ano na Universidade da Beira Interior

Motivo da consulta:

A Maria vem à consulta de adolescência da Universidade da Beira Interior por iniciativa própria. A paciente considera que tem alguns comportamentos que não são “*normais*” (sic).

Dificuldades actuais:

- Vem à consulta sozinha
- Apresenta-se com aspecto cuidado e vestida de acordo com a idade e com o seu nível socio-económico
- Postura descontraída e fala facilmente das suas dificuldades.
- Contacto visual, tom e ritmo de voz adequados
- Discurso claro e coerente
- Está orientada no tempo e no espaço auto e alo psiquicamente.
- Estado emocional: a paciente não aparenta ansiedade e o seu humor é eufímico.
- Não parece apresentar alterações de linguagem, memória e comportamento motor.

Dificuldades actuais (continuação):

- Faz todas as refeições, contudo refere comer muito pouco de cada vez, “*as minhas amigas até dizem que pareço um pisco a comer*” (sic).
- É vegetariana (come peixe, ovos, leite e derivados)
- Limita ao máximo a ingestão de hidratos de carbono e gorduras (habitualmente apenas ingere hidratos ao pequeno-almoço onde come um pão integral)
- Usa laxantes uma ou duas vezes por semana
- Toma regularmente comprimidos para emagrecer



Dificuldades actuais (continuação):

- Mantém uma preocupação constante com tudo o que come, sabe as calorias de todos os alimentos e não compra nada sem antes analisar bem o rótulo e sem saber as calorias que esse produto tem



Celery
1425 grams = 200 calories



Butter
28 grams = 200 calories



Baby Carrots
570 grams = 200 calories



Fried Bacon
34 grams = 200 calories

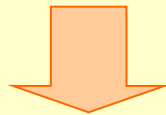
- Quando acha que exagera em alguma coisa e que comeu mais do que deveria e que a pode por isso ganhar peso, provoca o vômito



Dificuldades actuais (continuação):

Quando ingere alimentos que considera proibidos...

- “*sou uma fraca por não resistir (...) isto vai tudo para as ancas (...) vou ficar gorda e tudo vai correr mal se eu ficar gorda*” (sic).
- Sente-se desapontada com ela própria por não conseguir cumprir os padrões de alimentação que estabeleceu para si,
- Sente-se culpada por não ter conseguido resistir



Leva-a a provocar o vómito

Em média 1 vez por semana



“*sinto-me bem, aliviada*” (sic).

Dificuldades actuais (continuação):

- Acha-se sempre gorda
- Tem um próprio padrão de estética corporal que implica “*um corpinho definido, sequinho, sem gordura e com pernas torneadas*” (sic).
- As zonas que menos gosta são as pernas e as ancas
- Tudo na vida dela gira à volta do peso, nomeadamente o medo de aumentar de peso, “*antes morta que gorda*” (sic).



Dificuldades actuais (continuação):

- Acredita que para ser feliz tem que ser magra, *“se for magra sinto-me melhor e por isso mais feliz”* (sic).
- Refere ainda *“se for magra as coisas correm-me sempre melhor”* (sic).
- Quando há alguma coisa que na vida da paciente corre mal ela acredita que está relacionado com o peso *“quando as coisas correm menos bem culpo sempre o peso”* (sic).



Dificuldades actuais (continuação):

Interferências no funcionamento familiar e social

Nível familiar

“o facto de andar sempre preocupada com o peso faz com que muitas vezes não tenha muita paciência para a minha família, faz com que ande mais aborrecida” (sic).

Nível social

“deixei de ir à praia (...) às vezes evito sair porque não me quero vestir por achar que estou mais gorda, e assim em casa ninguém me vê” (sic).

Peso actual: 53kg

Altura: 1,60m

IMC= 20,7

- Pratica exercício físico regularmente (três vezes por semana durante cerca de 1 hora ou 1 hora e meia) nomeadamente natação cardiofitness e musculação.

Início e desenvolvimento das dificuldades

14 anos

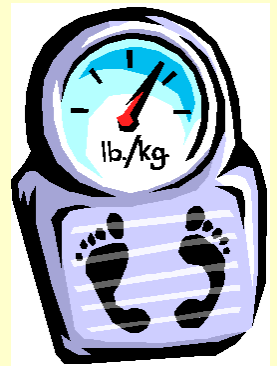
- Teve a menarca o corpo da N. sofreu algumas alterações, alterações estas que não agradaram à paciente, nomeadamente aumento de peso e aumento da largura das ancas

18 anos

- Começou a tomar a pílula e aumentou novamente de peso
- A mãe saiu de casa definitivamente e emigrou para Inglaterra, o que elevou a paciente a sentir-se abandonada “*abandonou a mim e aos meus irmãos*” (sic).
- Entrou para a universidade, para Fisioterapia, curso que acabou por abandonar antes de acabar o 1º ano

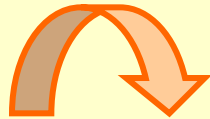
Início e desenvolvimento das dificuldades (continuação)

- Alteração dos seus hábitos alimentares
- Cada dia que passava comia menos até chegar a um ponto em que já não fazia as refeições, “*comia apenas uma maçã por dia e bebia muita água*”
- Perdeu peso, e chegou a pesar 45kg e como mede 1,60m nesta altura atingiu um IMC de 17,5
- Amenorreia, “*deixou de me vir o período*” (sic)
- Cabelo tornou-se mais quebradiço e a pele seca
- Praticava exercício físico regular, isto é, todos os dias ia para o ginásio durante 3 horas.



Início e desenvolvimento das dificuldades (continuação)

- Sentimento de fadiga, “*andava sempre cansada*” (sic)
- Tinha alturas em que comia muito, como por exemplo leite com cereais, pão e fruta, e que depois provocava o vómito
- Começou a tomar chás diuréticos, laxantes e comprimidos para emagrecer que comprava numa ervanária



- Estes comportamentos eram, segundo a paciente, para ter a certeza de que não ia engordar.

• Começou a ter seguimento nutricional, onde o principal objectivo estabelecido foi o ganho de peso.



História e desenvolvimento das aprendizagens prévias

- Nasceu na Guiné
- Aos 2 anos de idade veio para Portugal, para Lisboa
- Os pais da N. não são casados, e nunca chegaram a viver juntos
- É assim a mais velha de uma fratria de 4 irmãos, todos filhos de pais diferentes

Mãe

- 41 anos
- Trabalha numa empresa de limpezas em Inglaterra

Pai

- 41 anos
- Pintor da construção civil.

História e desenvolvimento das aprendizagens prévias (continuação)

Mãe

- “*amiga*” (sic) com quem pode falar de assuntos como a sexualidade por esta não ter preconceitos relativamente a estes temas
- “*desligada*” (sic) pelo facto de mater com os filhos uma relação distante
- “*inconsequente*” (sic), por nunca pensar no mal que lhe fez a ela e aos irmãos quando os deixava sem dar explicações, por não pensar no futuro “ *eu fui ensinada pela minha avó que quando tenho 100 euros posso gastar 50 mas tenho que guardar os outros 50, e a minha mãe não é assim, ela quando tem 100 gasta 200 euros*” (sic).

História e desenvolvimento das aprendizagens prévias (continuação)

- *“não era uma mãe de dar carinho”* (sic)
- *“nunca foi uma mãe assídua”* (sic).
- Chegava a ausentar-se de casa sem a família saber exactamente onde esta se encontrava.
- *“acho que sempre descontou em nós o facto de ter perdido a juventude dela”* (sic), isto porque foi mãe muito cedo.

Devido às constantes ausências da mãe a paciente e os irmãos foram criados pela avó materna, que esteve sempre presente

- Fala da avó com muito carinho referindo *“é a mulher da minha vida (...) das pessoas que mais amo”* (sic).

História e desenvolvimento das aprendizagens prévias (continuação)

Pai

- “*dou-me bastante bem com ele*” (sic)
- “*muito reservado, muito calado, muito calminho*” (sic)
- Sempre foi um pai presente, “*sempre me quis ter por perto*” (sic)
- Sempre se preocupou para que não lhe faltasse nada
- Passava os fins-de-semana e férias com ele

História e desenvolvimento das aprendizagens prévias (continuação)

Infância

- Guarda boas recordações
- Nunca teve problemas na escola, tanto de aprendizagem como de relacionamento com os colegas
- Sempre se deu melhor com rapazes, “*sempre fui maria-rapaz*” (sic),
- Os rapazes são mais fáceis de compreender, “*percebo melhor os rapazes, as coisas de raparigas fazem-me confusão (...) elas fazem de tudo um problema, complicam tudo*” (sic).

História e desenvolvimento das aprendizagens prévias (continuação)

Aos 14 anos

- A avó começou a ter problemas de saúde
- Começou a ajudar a cuidar quer da casa quer dos irmãos
- *“eu sempre fui mais mãe dos meus irmãos do que a minha própria mãe” (sic).*

A relação com os irmãos é muito próxima, onde existe muita *“cumplicidade”* (sic).

História e desenvolvimento das aprendizagens prévias (continuação)

- Foi comparada com os seus irmãos pela família
- *“tu és tão feia, não tens nada a ver com os teus irmãos”* (sic)
- Passou por uma fase em que tinha muito acne, e alguns familiares diziam-lhe que parecia um dragão com tantos espinhos.
- *“Olha para ti sempre a fazer dieta e continuas gorda”* (sic).

Actividade física

- Gosta muito
- Já praticou e continua a praticar uma grande variedade de desportos desde natação, kikboxing, yoga, musculação, cardiofitness

O exercício físico é muito importante para o seu bem-estar

Formulação

- De acordo com o DSM-IV-TR a paciente parece apresentar um quadro clínico de Perturbação do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação [F50.9]
 - Traduz-se no uso regular de comportamentos compensatórios inapropriados, neste caso o uso de laxantes, diurético e da indução do vômito,
 - Depois da ingestão de pequenas quantidades de alimento, no caso da paciente por exemplo uma fatia de bolo ou um chocolate pequeno

Formulação (continuação)

Predisponentes

- Comparação com os seus irmãos
- Relação instável com a mãe

Precipitantes

- Começou a tomar a pílula e aumentou de peso
- A mãe saiu de casa, o que levou a paciente a sentir-se abandonada “*abandonou a mim e aos meus irmãos*” (sic).
- Abandonou o curso de fisioterapia

Formulação (continuação)

Factores de manutenção

Crenças erradas

Ao provocar o vômito não vai engordar

Erros de processamento

- inferência arbitrária, *“quando as coisas correm menos bem culpo sempre o peso”* (sic)
- pensamento dicotómico *“se for magra as coisas correm-me sempre melhor”* (sic), *“se for magra sinto-me melhor e por isso mais feliz”* (sic).

Protocolo de Intervenção

Fase I

1. Estabelecimento de uma aliança terapêutica, que facilite o envolvimento da paciente no tratamento;
2. Entrevista detalhada onde são abordados temas como o peso, os comportamentos de dieta, os episódios bulímicos (caso estejam presentes), a utilização do vômito ou de laxantes, o exercício físico, imagem corporal, funcionamento social e familiar e motivação para o tratamento;
3. Psicoeducação: clarificar aspectos relacionados com a perturbação. Pode incluir aspectos como:
 - Racional teórico (explicar porque é que os comportamentos purgativos se mantêm);
 - Consequências físicas do uso de laxantes, diuréticos e indução do vômito;
 - Ineficácia do vômito e de laxantes;
 - Efeitos adversos das dietas.

Protocolo de Intervenção (continuação)

4. Registos de auto-monitorização (o que come durante o dia, onde comeu, quem estava presente e se teve algum tipo de comportamento compensatório e qual);
5. Redução e se possível eliminação dos comportamentos purgativos (informar os paciente relativamente aos efeitos prejudiciais e ineficácia deste tipo de comportamentos).

Fase II

1. Reestruturação cognitiva: procurar alterar os pensamentos e crenças distorcidas acerca do peso e imagem corporal. Podem aqui ser importantes registos de auto-monitorização onde sejam descritas situações específicas de comportamentos purgativos e onde sejam descritos os sentimentos, pensamentos e comportamentos associados.

Protocolo de Intervenção (continuação)

2. Resolução de problemas que implica:

- Identificar e definir o problema da forma mais objectiva possível;
- Considerar o maior número possível de alternativas para resolver o problema;
- Enunciar vantagens e desvantagens de cada alternativa;
- Escolher, de entre as alternativas propostas a que seja mais útil a longo-prazo, a mais vantajosa;
- Definir os passos necessários para a implementação da alternativa;
- Implementar a alternativa escolhida;
- Avaliação da escolha.

Protocolo de Intervenção (continuação)

Fase III

1. Prevenção de Recaída: o objectivo é manter e estabilizar as mudanças conseguidas. Procurar preparar a paciente para dificuldades futuras podendo ser utilizado o *role-play* e *role-reversal*, assim como encorajar o paciente a manter os registos de auto-monitorização.

FIM!!