



**Universidade do Minho**

Escola de Psicologia

Rute Miriam Lopes Fina

**Momentos de inovação e mudança na  
terapia cognitivo comportamental para a  
bulimia nervosa**





**Universidade do Minho**

Escola de Psicologia

Rute Miriam Lopes Fina

**Momentos de inovação e mudança na  
terapia cognitivo comportamental  
para a bulimia nervosa**

Dissertação de Mestrado  
em Psicologia Aplicada

Trabalho efetuado sob a orientação da

**Doutora Inês Mendes**

e coorientação da

**Doutora Eva Conceição**

CIPsi, Escola de Psicologia, Universidade do Minho

outubro de 2015

## DECLARAÇÃO

Nome: Rute Miriam Lopes Fina

Endereço eletrónico: rute\_mirian@hotmail.com

Número do Cartão de Cidadão: 14034860

Título da dissertação: **Momentos de inovação e mudança na terapia cognitivo comportamental para a bulimia nervosa**

Orientador: Doutora Inês Mendes, CIPsi, Escola de Psicologia, Universidade do Minho

Coorientador: Doutora Eva Conceição, CIPsi, Escola de Psicologia, Universidade do Minho

Ano de conclusão: 2015

Designação do Mestrado:

Mestrado em Psicologia Aplicada

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA DISSERTAÇÃO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE;

Universidade do Minho, 16 de outubro de 2015

Assinatura: \_\_\_\_\_

## Índice

Agradecimentos .....	iii
Resumo .....	iv
Abstract .....	v
Introdução .....	6
Método .....	12
Participantes .....	12
Caso KB. ....	13
Caso LB. ....	15
Procedimentos.....	16
Resultados.....	18
Discussão.....	23
Conclusões, limitações e implicações futuras .....	24
Referências.....	26

## Agradecimentos

Finalizada esta etapa, não poderia deixar de expressar o meu mais profundo agradecimento à minha orientadora, doutora Inês Mendes, pelo trabalho intensivo, pela disponibilidade, pela motivação, pelo tempo, por todo o conhecimento que me transmitiu e pela amabilidade que demonstrou. Por representar um exemplo de esforço, dedicação e rigor profissional.

À minha co-orientadora, professora doutora Eva Conceição, por ter despertado em mim a paixão pela área das Perturbações Alimentares, pelos merecidos e necessários puxões de orelhas. Às duas agradeço a sorte de me cruzar com tão excelentes profissionais, e por me motivarem quando mais precisei.

Ao grupo GEPA, pela partilha de conhecimentos, pela acessibilidade e pela enorme contribuição para a sua área de conhecimento, a nível nacional e internacional.

O meu maior agradecimento tem de ser aos meus queridos pais, que me proporcionaram todas as condições para acreditar e seguir os meus sonhos. Por serem tudo o que sempre precisei, a essência do meu ser e os pilares da minha existência.

À minha “família de Braga” (Kapa, Ricardo, Ritinha, Mauro, Jota) os meus grandes amigos para a vida, os meus comprimidos de felicidade instantânea, pelo apoio incondicional e pelo amparo nas quedas.

À minha companheira de curso, Daniela Rêgo, por, desde o primeiro dia, me ter dirigido a sua preciosa amizade, por ter tornado a travessia desta ponte muito mais divertida, por todos os momentos que guardarei no coração.

Por fim, quero agradecer às minhas melhores amigas, a minha irmã Sara Fina, e as minhas irmãs de outros pais, Filipa, Marisa e Flávia. Obrigado, por acreditarem sempre em mim mesmo quando eu própria não o faço, por me conhecerem melhor que eu mesma e estarem sempre presentes ao longo de toda a minha vida académica e pessoal. Há amores assim, sem início e sem fim.

# **Momentos de Inovação e Mudança na Terapia Cognitivo Comportamental para a Bulimia Nervosa**

## **Resumo**

Muitos estudos em torno da eficácia da Terapia Cognitiva Comportamental no tratamento da Bulimia Nervosa têm vindo a ser desenvolvidos. No entanto, carecem os estudos acerca dos processos que ocorrem durante o tratamento. A análise de Momentos de Inovação, que se dividem em quatro tipos (Ação, Reflexão, Protesto e Reconceptualização) e representam as mudanças narrativas que emergem no discurso dos pacientes, contrastando com a problemática apresentada inicialmente, permite compreender como ocorre esta mudança. Assim, analisando um caso de sucesso e um de insucesso, utilizando para tal o Sistema de Codificação de Momentos de Inovação, este estudo procurou compreender como ocorre a mudança de narrativa em pacientes com Bulimia Nervosa ao longo do processo conduzido em Terapia Cognitivo Comportamental, e qual o padrão de Momentos de Inovação subjacente. Os resultados demonstram que, no caso de sucesso, a paciente passou mais tempo a elaborar Momentos de Inovação, relativamente ao de insucesso. Demonstrou-se assim a importância da elaboração de Momentos de Inovação na narrativa destes pacientes para obter um bom resultado terapêutico, embora sejam necessários mais estudos nesta área com amostras mais representativas da população, para confirmar estes resultados e aumentar a compreensão dos processos narrativos que suportam a mudança em Bulimia Nervosa.

*Palavras-Chave:* Bulimia Nervosa; Terapia Cognitivo Comportamental; Momentos de Inovação; processos narrativos; mudança.

## **Innovative Moments and Change in Cognitive Behavioral Therapy for Bulimia Nervosa**

### **Abstract**

Many studies about the effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy in the treatment of Bulimia Nervosa have been developed, however, there is a lack of studies regarding the processes occurred during the treatment. The analysis of Innovative Moments, which are divided into four types (Action, Reflection, Protest Reconceptualization), and represent the narrative changes that emerge in the discourse of patients, contrasting with the problem presented initially, allows to understand how this change occurs. Thus, analyzing a case of success and one of failure, using the Innovative Moments Coding System, this study sought to understand how occurs the narrative changes in patients with Bulimia Nervosa throughout the process conducted in Cognitive Behavioral Therapy, and which pattern of Innovative Moments is underlying. The results showed that in the case of success, the patient had spent more time elaborating Innovation Moments in relation to the failure case. It was thus demonstrated the importance of developing Innovative Moments in the narrative of these patients, to get a good therapeutic outcome, although further studies are required in this area with more representative samples of the population, to confirm these results and increase understanding of the narrative processes that support the change in Bulimia Nervosa.

*Keywords:* Bulimia Nervosa; Cognitive Behavioral Therapy; Innovative Moments; narrative processes; change.



## **Momentos de Inovação e Mudança na Terapia Cognitivo Comportamental para a Bulimia Nervosa**

As Perturbações do Comportamento Alimentar (PCAs) representam um tema cada vez mais actual e estudado pelo campo da Psicologia, tanto pelo interesse crescente em compreender a sua etiologia como pelas elevadas taxas de morbilidade e mortalidade associadas, trazendo elevado prejuízo individual e social aos indivíduos afetados, predominantemente jovens e do sexo feminino (Pinzon & Nogueira 2004). Relacionam-se ainda com graves complicações clínicas, que, no caso da Bulimia Nervosa e da Anorexia Nervosa, se devem em grande parte à perda de peso corporal e aos métodos compensatórios utilizados pelos pacientes (Assumpção & Cabral, 2002). O DSM-5 (APA, 2013) descreve as várias Perturbações do Comportamento Alimentar conhecidas actualmente, sendo elas a Pica, a Ruminação, a Perturbação de Ingestão de Comida Restritiva/Evitante, a Perturbação de Ingestão Compulsiva, a Bulimia Nervosa, a Anorexia Nervosa e Outras Perturbações Alimentares Não Especificadas. Para efeitos deste estudo, o foco incidirá apenas sobre a Bulimia Nervosa, pois tem sido uma das perturbações mais estudadas.

A obtenção de dados epidemiológicos apurados relativamente à prevalência da Bulimia Nervosa (BN) tem-se revelado de difícil concretização, não só devido à realização de estudos com metodologias e amostras diversas (Pinzon & Nogueira 2004) bem como ao elevado secretismo que envolve esta perturbação. Smink, Hoeken e Hoek (2012) num estudo epidemiológico que analisa a incidência, a prevalência e a mortalidade das PCAs, observaram que, segundo os critérios do DSM-5 (APA, 2013), a prevalência da BN ao longo da vida ronda os 2,3% nas mulheres. Revendo vários estudos, estes mesmos autores referem uma taxa de 2,9% de prevalência de BN ao longo da vida nas mulheres Australianas. Nos Estados Unidos da América e na Europa, estudos realizados em duas fases, indicam uma prevalência que varia entre 0,9% e 1,5% nas mulheres e entre 0,1% e 0,5% nos homens (Smink, Hoeken & Hoek, 2012). Numa recente revisão acerca da epidemiologia, desenvolvimento e consequências das PCAs, os mesmo autores reportam uma prevalência da BN no curso de vida que pode ir até 2%, sendo 10 vezes mais comum nas mulheres do que nos homens (Smink, Hoeken & Hoek, 2013). Mulheres entre os 20 e 24 anos representam o grupo de maior risco para o desenvolvimento desta perturbação (Hoek & Hoeken, 2003). Em Portugal, um estudo realizado com estudantes do sexo feminino, dos 12 aos 23 anos, revelou uma taxa de 0,30% de prevalência da BN em jovens mulheres (Machado, Machado, Gonçalves & Hoek, 2007). Smink, Hoeken e Hoek (2012), com base numa meta-análise de 12 estudos acerca da mortalidade em pacientes com BN, afirmam que esta é de 1,74 por 1000 ao ano, o

que significa que, por ano, morrem 0,17% pacientes com BN (Smink, Hoeken & Hoek, 2012). Estes dados revelam a urgência de se aprofundar a pesquisa sobre esta perturbação e a necessidade de divulgar o conhecimento obtido, principalmente devido ao seu efeito nefasto e à premência de prestar apoio e tratamento a quem sofre de BN, pois a vergonha e secretismo que pautam esta perturbação dificultam o acesso a um tratamento apropriado.

Nos últimos anos, a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) tem sido considerada o tratamento de eleição para a Bulimia Nervosa (Cooper & Fairburn, 2011). Desde a sua primeira descrição por Fairburn (1981) este tratamento tem vindo a desenvolver-se e a evoluir em resposta a vários desafios, sendo que os seus procedimentos foram aperfeiçoados e a terapia foi adaptada a várias PCA's (Cooper & Fairburn, 2011). Têm sido vários os estudos realizados no sentido de confirmar a sua eficácia. Por exemplo, Agras, Walsh, Fairburn, Wilson, e Kraemer (2000) realizaram um estudo que revelou que a TCC é significativamente mais eficaz e rápida em produzir melhorias nos pacientes com BN, relativamente à Psicoterapia Interpessoal. Recentemente, um estudo comparativo de Wonderlich et al. (2014) demonstrou similarmente a eficácia deste método, associado a melhorias significativas nos sintomas bulímicos. Na realidade, um conjunto de ensaios clínicos destinados a avaliar a TCC revelaram que aproximadamente 30% a 50% dos pacientes apresentaram remissão de comportamentos de ingestão compulsiva e purga após o tratamento (Lampard & Sarbanee, 2015).

O modelo original de TCC para a BN foi expandido para incluir outros factores que a literatura demonstrou contribuírem para a manutenção da BN, resultando assim num Tratamento Cognitivo Comportamental Melhorado para a Bulimia Nervosa (Fairburn, Cooper, & Shafran, 2003). Este foca-se nos processos que mantêm a perturbação alimentar. Um dos factores mais predominantes é o sistema disfuncional de avaliação da autoestima, que parece ser influenciado também pelos problemas interpessoais destes pacientes. Ao contrário da maioria das pessoas, indivíduos com distúrbios alimentares avaliam-se exclusivamente em termos dos seus hábitos alimentares, forma ou peso, ou da capacidade de controlar estes aspectos. Como resultado, a sua vida gira em torno da alimentação, sendo que o controlo da dieta, a magreza e a perda de peso são ativamente perseguidos, evitando a todo o custo comer em excesso e ganhar peso. Esta sobrevalorização da alimentação, da forma corporal e do peso assume uma importância primária na manutenção da BN. A maioria das outras características clínicas pode ser entendida como resultando directamente deste quadro psicopatológico, incluindo o comportamento extremo de controlo de peso, as várias formas de verificação

corporal ou evitamento e a preocupação com os pensamentos acerca de comer, a forma e o peso (Fairburn, Cooper & Shafran, 2003).

Outra característica dos pacientes com BN é a ingestão alimentar compulsiva. A TCC propõe que a ingestão alimentar compulsiva resulta largamente da forma particular como os pacientes tentam restringir a sua alimentação, existindo ou não déficit no consumo de energia (Fairburn, Cooper & Shafran, 2003). Para além de adotarem medidas muito extremas e restritivas de dieta, apresentam uma tendência para reagir negativamente à quebra das regras, encarando essa quebra como falta de autocontrolo, o que resulta no abandono temporário dos esforços para restringir a alimentação. A consequência é um padrão de alimentação em que a restrição da dieta é frequentemente pontuada por episódios de ingestão alimentar compulsiva, em que o indivíduo come em excesso e sente que perde o controlo. A ingestão alimentar compulsiva, por sua vez, mantém o quadro psicopatológico por criar nos pacientes a preocupação com a sua capacidade em controlar a alimentação, forma e peso, que consequentemente encoraja uma maior restrição alimentar e resulta novamente no aumento do risco de comportamentos de ingestão compulsiva (Fairburn, Cooper & Shafran, 2003).

O comportamento de restrição e de compulsão destes pacientes parece ocorrer muitas vezes em resposta a mudanças agudas no humor, normalmente face a estados de humor adversos. Embora a compulsão alimentar possa neutralizar esses estados de humor, posteriormente estes são reforçados (Fairburn, Cooper & Shafran, 2003).

Outro dos processos que mantêm a BN são os comportamentos de purga, ou seja, a utilização de métodos compensatórios como vomitar, tomar laxantes ou diuréticos em resposta a episódios de compulsão alimentar. Os pacientes utilizam estes métodos com o objectivo de minimizar o ganho de peso (Fairburn, Cooper & Shafran, 2003).

Um dos processos de manutenção mais recentemente destacado pela teoria na área de investigação da BN é a tendência destes pacientes para serem extremamente perfeccionistas e autocríticos. Estabelecem padrões muito exigentes relativamente à alimentação, à forma/peso e ao controlo dos mesmos e, quando não são correspondidos, vêm-se a si mesmos como falhados, em vez de perceberem que os padrões estabelecidos são demasiado elevados ou irrealistas. Isto resulta novamente numa autoavaliação negativa. Este processo mantém o distúrbio alimentar pois leva os pacientes a perseguirem ainda mais ativamente o objetivo de obter sucesso na área da vida que consideram mais importante - a alimentação, a forma corporal e o peso. Desta forma, é criado um ciclo vicioso que permite manter a BN (Fairburn, Cooper & Shafran, 2003).

Tendo este modelo em conta, a TCC tem grandes implicações para o tratamento da BN, pois sugere que o tratamento não se deve focar somente nos episódios de compulsão alimentar, mas também na dieta restritiva que estes pacientes adotam, na sobrevalorização da alimentação, forma corporal, peso, e autocontrole, bem como nos vários mecanismos de manutenção da BN destacados mais recentemente na literatura. Considerando estes objetivos, a TCC é desenhada para atender a cada um dos mecanismos de manutenção. O tratamento proposto por Fairburn e colaboradores (2003), Tratamento Cognitivo Comportamental Melhorado para a Bulimia Nervosa, é em regime ambulatorio e envolve 15 a 20 sessões, num tempo aproximado de cinco meses. Uma primeira fase, orientada para a componente mais comportamental, passa pela organização de padrões alimentares, com início da automonitorização e da educação acerca do peso e controle da sua verificação. Posteriormente é aplicada a componente mais cognitiva da terapia. Neste modelo, é utilizada uma série de procedimentos cognitivo-comportamentais, ou seja, é criada uma sequência específica de tarefas e intervenções no contexto de uma versão personalizada da teoria cognitivo comportamental de manutenção da BN, aplicada a cada paciente e às suas necessidades específicas (Fairburn, Cooper & Shafran, 2003). A versão focada da TCC para a BN (Fairburn, 2008) inclui quatro fases: a primeira representa a fase introdutória onde se inicia a psicoeducação do paciente, normalização dos padrões alimentares e automonitorização de sintomas; a segunda consiste numa breve revisão do progresso obtido e na formulação de um plano de continuação do tratamento; a terceira fase dá ênfase à eliminação da dieta, redução de comportamentos de verificação corporal e evitamento de comida, educação sobre tolerância aos afectos e sobrevalorização do peso e da forma; e uma fase final, com foco na manutenção do progresso e minimização do risco de recaída (Fairburn, 2008).

Múltiplos estudos em torno da eficácia da TCC para a BN confirmam que este é um tratamento empiricamente comprovado, o que leva a que hoje em dia seja reconhecido como o tratamento de excelência para a BN (National Institute of Clinical Excellence, 2004). No entanto, embora este tipo de estudos tenham vindo a proliferar, são ainda escassos os que analisam os processos que ocorrem durante esta terapia, pois espera-se que a psicoterapia, quando eficaz, produza mudanças significativas na vida dos pacientes, e essas mudanças são antecipadas, reflectidas, estimuladas e discutidas durante as sessões, através de processos narrativos. White e Epston (1990) sugeriram que a mudança na autonarrativa dos indivíduos ocorre através da elaboração de histórias com resultados positivos, durante a conversação terapêutica. Posto isto, é importante analisar as mudanças narrativas que emergem no discurso de pacientes e que contrastam com a problemática apresentada inicialmente, de modo a

compreender como ocorre o seu processo de mudança. Estas mudanças ou novidades que surgem ao longo da terapia são também designadas por Momentos de Inovação (MIs; Gonçalves, Matos, & Santos, 2009). A ideia de identificar MIs, em contraste com o padrão problemático prévio, teve origem na terapia narrativa, que postula que quando os clientes iniciam a psicoterapia estão sobre a influência de uma autonarrativa problemática, que restringe a forma como o significado é construído. Posto isto, um MI ocorre sempre que, durante um processo terapêutico com vista a alterar ou produzir mudança no padrão problemático trazido pelo cliente para a terapia, este padrão é interrompido ou desafiado e emerge uma nova forma de sentir, pensar e/ou agir que é distinto do esperado perante o funcionamento prévio (Gonçalves et al., 2011). Podem distinguir-se quatro tipos de MIs (Gonçalves et al., 2011) elaborados pelo paciente:

**Ação:** Ações/comportamentos específicos contra o problema ou que não são congruentes com o padrão problemático do cliente. Subtipo I: Intenção ou realização de ações com o propósito de distanciar-se ou ultrapassar o problema. Estas ações têm o potencial de criar novos significados (e.g. exploração ativa de soluções). Subtipo II: Intenção ou realização de ações centradas na mudança; generalização dos bons resultados para o futuro ou outras dimensões da vida (e.g. investimentos em novos projetos ou relacionamentos).

**Reflexão:** Processos cognitivos que indicam a compreensão de algo novo e provocam mudança no padrão problemático. Subtipo I: Criar distância do problema ou desafiá-lo; pensar de forma diferente (e.g. auto instruções e pensamentos adaptativos); nova compreensão do problema. Subtipo II: Centrado na mudança ou transformação, que descrevem o contraste entre o passado (padrão problemático) e o presente (padrão não problemático) (e.g. referências à autoestima ou bem-estar, em resultado da mudança) ou explicam como/porque ocorreu o processo de autotransformação.

**Protesto:** Momento de crítica, desafio ou confrontação do padrão problemático, direccionado a outros ou a si mesmo. Pode envolver acções, pensamentos ou sentimentos. Tipo I: Criticar a posição que suporta o problema (e.g. posição de crítica em relação ao problema e/ou a outros que o suportam). Tipo II: Surgimento de uma nova posição (e.g. posições de assertividade e empoderamento) centrada no *self* ou nos seus direitos e necessidades.

**Reconceptualização:** Reflexão a nível metacognitivo, em que o cliente não apenas reconhece o que há de diferente nele como também é capaz de descrever e compreender os processos envolvidos na transformação. A reconceptualização envolve sempre duas

dimensões: a) contraste que evidencia mudança entre duas posições (contraste entre passado e presente); b) descrição do processo subjacente à mudança.

Tendo isto em conta, foi elaborado o Sistema de Codificação de Momentos de Inovação (SCMI; Gonçalves, Ribeiro, Mendes, Matos & Santos, 2011) que oferece aos investigadores uma ferramenta que transcende orientações teóricas e permite que as mudanças em sessão sejam identificadas através de transcrições ou de gravações de áudio/vídeo, possibilitando a identificação dos MIs que contrastam com o padrão problemático que conduziram os pacientes à terapia.

O SCMI tem sido aplicado em diferentes amostras e modelos terapêuticos. Em 2009, Matos, Santos, Gonçalves e Martins verificaram que, comparativamente ao grupo de insucesso terapêutico, o grupo de sucesso despendeu significativamente mais tempo na elaboração de MIs, em terapia narrativa, numa amostra de 10 mulheres que haviam sido vítimas de violência na intimidade. Gonçalves, Mendes, Ribeiro, Angus e Greenberg (2010) lançaram-se na primeira tentativa de utilizar o sistema fora da tradição narrativa, utilizando o sistema para analisar e detetar as mudanças de discurso, desta vez utilizando a Terapia Focada nas Emoções (EFT) para tratamento de depressão, verificando que a existência de MIs de Reconceptualização parece ser fundamental na construção de um processo de mudança e resultado terapêutico bem-sucedido. Ainda em 2010, esta ferramenta metodológica foi aplicada por Mendes et al. a três casos de sucesso e a três casos de insucesso em EFT para a depressão, com o objetivo de perceber como os pacientes construíam o seu próprio processo de mudança numa terapia empiricamente comprovada, e de comparar os processos de mudança entre os diferentes resultados terapêuticos, e corroboraram os resultados do estudo anterior. Mais tarde, em 2012, Gonçalves et al. também conduziram um estudo bem-sucedido em descrever o processo de mudança utilizando o sistema, com uma amostra de seis casos de depressão, em que foi aplicada a Terapia Centrada no Cliente. Concluíram que existe uma relação linear significativa entre a quantidade de MIs e a melhoria dos sintomas de depressão. Alves e colaboradores (2014) analisaram a mudança de narrativa na terapia construtivista para o luto, verificando similarmente que existe uma associação entre o desenvolvimento de MIs e a transformação gradual da autonarrativa problemática para uma mais saudável e flexível, o que confirmou a adequabilidade e eficácia de aplicar o SCMI também a este tipo de terapia. Ainda com o propósito de explorar uma possível correlação entre a emergência de mudanças e a evolução dos sintomas num caso de TCC para a depressão, Gonçalves et al. (2013) concluíram que os MIs são bons preditores de melhoria dos sintomas, mais especificamente, que uma proporção elevada de MIs de Reflexão II numa sessão, prediz um decréscimo dos

sintomas na sessão seguinte. Este estudo revela a importância da elaboração de MIs para a redução de sintomas e para a obtenção de resultados terapêuticos eficazes.

Conforme demonstrado pela investigação já realizada neste tópico, o SCMI constitui uma ferramenta que permite, independentemente do modelo teórico específico e das técnicas terapêuticas utilizadas, identificar os processos de mudança que ocorrem em terapia.

Assim, este estudo prima pelo interesse em perceber qual o padrão de MIs numa problemática que carece de estudos em torno do desenvolvimento do processo terapêutico, neste caso na TCC para a BN. Tendo isso em conta, pretende-se identificar e analisar os MIs de modo a atingir uma compreensão mais aprofundada acerca de como ocorre a mudança de narrativa dos pacientes com BN ao longo do processo conduzido em TCC. Através da análise de dois casos clínicos com diferentes resultados terapêuticos, um de sucesso e outro de insucesso, pretende-se verificar se existem diferenças na proporção de saliência de MIs que surgem ao longo do processo terapêutico. Os estudos existentes sugerem que os MIs de Ação, Reflexão, e Protesto ocorrem em casos de sucesso ou insucesso, podendo também surgir desde o início ao fim da terapia. No entanto, momentos de Reconceptualização ocorrem mais em casos de sucesso terapêutico, e tendem a surgir do meio ao fim da terapia. (Gonçalves et al., 2010; Matos et al., 2009; Mendes et al., 2010). Neste sentido, espera-se que, em contraste com o caso de insucesso terapêutico, o caso bem-sucedido apresente maior saliência de Momentos de Inovação que suportem a sua mudança. Também se espera que sejam mais frequentes os MIs centrados na mudança, sendo eles a Ação II a Reflexão II o Protesto II e principalmente a Reconceptualização, pois estes são indicadores da existência de mudança relativamente à problemática inicial. Considerando a escassez de conhecimento relativo à análise de MIs numa TCC, este é o primeiro estudo que investiga MIs no processo psicoterapêutico para a BN, sendo inovador na sua aplicação na análise de processos narrativos nestes pacientes.

## **Método**

### **Participantes**

Os dois casos de TCC em BN foram cedidos pela Escola de Medicina e Ciências da Saúde da Universidade de Dakota do Norte, de Fargo, nos Estados Unidos da América. Estes dados foram recolhidos durante um estudo de Wonderlich et al. (2013) com o objectivo de comparar a Terapia Cognitiva-Afectiva Integrativa (TCAI) com a Terapia Cognitivo-Comportamental Melhorada, para o tratamento da Bulimia Nervosa. Para tal, 80 adultos com sintomas de BN segundo DSM-4 ou DSM-5 e que reportassem comportamentos

compensatórios pelo menos uma vez por semana nos três meses prévios ao estudo, foram recrutados na comunidade, respondendo a anúncios em clínicas locais de tratamento de PCAs e outros centros profissionais de saúde. Posteriormente, foram distribuídos de forma aleatória para tratamento em TCC ou TCAI, com a duração de 21 sessões, durante aproximadamente 19 semanas. Os sintomas de BN foram medidos através do Eating Disorder Examination (EDE; Fairburn, 2008), e foram posteriormente analisados no fim do tratamento, e quatro meses após o término, em *follow-up*. Desses 80 casos, foram fornecidos para efeito deste estudo, dois casos de TCC para a BN, um caso de insucesso (KB) e outro de sucesso (LB). A definição do resultado terapêutico de cada caso baseou-se nos resultados do EDE do início para o final da terapia através de cálculo logarítmico fornecido pelos responsáveis do ensaio clínico (os resultados de medidas de auto-relato não nos foram cedidos).

### **Caso KB.**

O processo terapêutico de KB consistiu em 17 sessões. A lista de problemas apresentada por KB no início da terapia encontra-se no Quadro 1:

Quadro 1.

*Narrativas problemáticas apresentadas pela paciente*

<i>Problema</i>	<i>Exemplo</i>
Métodos compensatórios (Vômito – actualmente; Antes: diuréticos, laxantes, exercício físico em excesso, comprimidos de dieta...)	<i>T:” Com que frequência tem comportamentos de purga? C: Penso que entre quarto a cinco vezes por dia...”</i>
Episódios de Ingestão Compulsiva	<i>(...)”pode ir desde uma caixa inteira de cereais, e depois vomito tudo (...) e eu vou e faço uma panela enorme de esparguete e como tudo...”</i>
Problemas conjugais (teve um caso extra-conjugal; o marido ignorou o seu distúrbio alimentar durante muito tempo; o marido tem um vício por pornografia e compara a perturbação alimentar da esposa a isso)	<i>“Ele diz que eu tenho de começar a fazer tratamento, e eu tenho algum receio de que, se não for, ele se divorcie de mim e obtenha a custódia da minha filha...”</i>
Estado emocional ( <i>stress</i> ) influencia os	<i>“Eu penso que é o stress. Eu reparo que, você sabe, os</i>



comportamentos compulsivos de comer	<i>meus padrões ficam piores sempre que eu fico stressada.”</i>
Sobrevalorização/verificação do peso e da forma;	<i>“... se eu souber que não comi muito, eu sei que o meu peso vai estar mesmo baixo e eu não me peso, mas se eu achar que estou a reter muita água então eu quero pesar-me (...) talvez uma ou duas vezes por semana.”</i> <i>“Eu gosto do peso mas não da minha forma”</i> <i>“Eu belisco-me constantemente.”</i>
Falta de controlo sobre o que come	<i>“Apenas o comportamento fora de controlo (...) Eu simplesmente não consigo parar de comer às vezes.”</i>
Cansaço, fadiga	<i>“Eu estou cansada o tempo todo...”</i>
Impacto da problemática nas relações familiares e sociais	<i>“... Eu fico sempre em casa a comer compulsivamente e a vomitar constantemente... Eu acho que realmente afecta a minha relação com o meu marido, muito...Eu acho que afecta todas as minhas amigas, e coisas...”</i>
Humor deprimido	<i>T: “...como se tem sentido, como tem estado o seu humor nas últimas duas semanas, como o descreve?”</i> <i>C: Muito muito em baixo...”</i>
Alterações do sono (insónias, pesadelos)	<i>“Se eu não tomar nenhum comprimido para dormir é horrível ...”</i>
Ideação suicida (sem planos nem tentativas)	<i>“Sem tentativas, mas eu penso nisso...”</i>
Sentimento de culpa	<i>“Eu sinto-me sempre muito culpada...”</i>
Consumo habitual de doses elevadas de álcool	<i>T: “Quanto álcool tem bebido?”</i> <i>C: Ultimamente tem sido bastante, tem sido quatro a cinco cervejas, ou quatro a cinco copos ou mesmo uma garrafa de vinho à noite...”</i>

## Caso LB.

A paciente LB realizou as 21 sessões e no início da terapia apresentou a seguinte lista de problemas:

Quadro 2.

*Narrativas problemáticas apresentadas pela paciente*

<i>Problema</i>	<i>Exemplos</i>
Episódios de ingestão compulsiva	<i>“...Eu planeio um pequeno-almoço saudável, uma refeição de iogurte, mas depois eu talvez coma uma bolacha (...) três bolachas, duas mãos cheias de Cheez-it, quatro colheres de sopa de manteiga de amendoim e Nutella, duas maçãs... Eu acho que muitas vezes apenas depende da comida que existe no apartamento. Dura normalmente cerca de 45 minutos, porque é o tempo desde que me levanto até à hora da minha aula.</i>
Exercício físico como comportamento compensatório (mais meia hora ou uma hora de <i>cardio</i> que o normal)	<i>“Eu faço exercício todos os dias mas quando como compulsivamente eu faço ainda mais”</i>
Sentimento de falta de controlo sobre o que come durante os episódios de ingestão compulsiva	<i>T: “E sente falta de controlo durante esses episódios, como se não conseguisse parar de comer mesmo se quisesse?” C: Sim...”</i>
Restrição da alimentação durante o resto do dia, depois do episódio	<i>“...salto o almoço ou como apenas uma maçã ao almoço (...)”</i>
Vergonha de comer em frente a outras pessoas, mesmo sem ser um episódio de ingestão impulsiva	<i>“Eu quero... simplesmente não me preocupar tanto com a comida, como as outras pessoas, sabe? Muitas vezes estou preocupada em comer à frente de outras pessoas, mesmo quando não estou a comer compulsivamente...”</i>
Sentimento de culpa/vergonha	<i>“...Eu tenho-me sentido realmente tentada a mentir porque me sinto tão envergonhada por causa disto...” “É embaraçoso para mim e sinto-me envergonhada ...”</i>

---

Preocupação excessiva com a comida; evitamento de certas comidas não saudáveis (“ortorexia”)

*C: Eu acho que continuo uma espécie (...) tipo ortoréxica (...) penso que eu não me preocupo apenas com o peso como também sou ortoréxica, e acho que tenho de lidar com isso, por isso... você sabe, tenho, como disse, associações negativas com certas comidas...*

*T: Então, esta é a forma mais simples de colocar isto... Acredita que certas comidas são más, ou evita certas comidas más, ou....*

*C: Sim...”*

Estado emocional (emoções) influencia os comportamentos compulsivos de comer

*T: “Sabe, eu ouço-a falar acerca de alimentação que sai fora do seu controlo, talvez apenas mais uma forma de descrever alimentação compulsiva... Em reação às emoções, o que fica claro com certos exemplos penso eu, a ansiedade durante o dia...*

*C: Eu acho que isso é mesmo muito importante... Não sei, às vezes não parece tão importante como o resto mas penso que é simplesmente... muito forte, penso eu...*

*T: As emoções desempenham um papel mesmo muito grande?”*

*C. “Sim...”*

---

## **Procedimentos**

A utilização do Sistema de Codificação de Momentos de Inovação para identificar o surgimento de mudanças narrativas requer cinco fases distintas (Gonçalves et al., 2011).

A primeira consistiu no treino ou formação intensiva no sistema de codificação, seguindo um protocolo bem estipulado no manual SCMI (Gonçalves et al., 2011). Este treino consiste, numa primeira instância, no contacto primário e familiarização dos formandos com os pressupostos teóricos e procedimentos do sistema através da leitura aprofundada do artigo *Tracking novelties in psychotherapy process research: The Innovative Moments Coding System*, (Gonçalves et al., 2011). De seguida, os juízes em formação procedem à codificação do *Workbook1*, começando por distinguir os diferentes tipos de MIs. Cada excerto presente neste livro de trabalho representa um momento terapêutico narrativo de um cliente, onde o objetivo é apenas identificar o tipo de MI presente.

Após a conclusão dessa fase com sucesso (cálculo de fidelidade através de kappa de Cohen, superior a 0.75), é-lhes apresentado um caso clínico de luto, onde os juízes em formação devem formular uma lista de problemas tendo por base as duas primeiras sessões do caso. De seguida, tendo acesso à terceira e quarta sessão, onde os MIs estão identificados no texto, a tarefa consiste apenas em identificar o tipo de MIs presente nos excertos.

A última parte da formação no sistema, consiste em passar por todo o processo de identificação de MIs, ou seja, tendo acesso às sessões cinco e seis, os juízes devem identificar a presença de MIs durante a transcrição das sessões, decidir o seu início e fim e decidir a que tipo de MI corresponde.

No fim de cada uma das etapas de formação supracitadas, os formandos enviam os seus resultados ao supervisor/formador, para que este calcule o kappa de Cohen e verifique o acordo entre juízes, de modo a que se possa prosseguir para a etapa seguinte. No fim de cada etapa são também discutidas eventuais dúvidas que vão surgindo ao longo do processo de treino, antes de se avançar para uma nova etapa.

Concluído o treino no SCMI, a segunda fase de aplicação do sistema e primeiro passo no processo de codificação consistiu, no caso deste estudo, na audição dos áudios de todas as sessões, onde os juízes, de forma independente, definem uma lista de problemas. Depois encontram-se para discutir essa lista, caso haja desacordo, de modo a atingir consenso relativamente à auto-narrativa problemática do paciente. Após essa discussão a lista de problemas é definida consensualmente e o mais próximo possível do discurso do paciente. Este passo revela-se muito importante, pois define os padrões problemáticos, das quais os pacientes se afastarão ao elaborar um MI.

O passo seguinte engloba a identificação dos MIs em cada sessão independente, definindo o seu começo e término, para calcular a duração de cada um dos MIs, em segundos, de modo a calcular posteriormente a sua saliência (ou seja, a proporção de tempo da sessão que é ocupada por cada MI). Um MI pode incluir também a fala do terapeuta, ou seja, um diálogo entre os dois, ou resultar de questões ou tarefas colocadas pelo terapeuta, mas apenas é codificado se o cliente aceitar ou elaborar a formulação do mesmo. Posteriormente, é calculada a saliência, que no caso deste estudo se refere à percentagem de tempo (em segundos) de cada MI – saliência temporal. É calculada a saliência dos quatro tipos de MIs para cada sessão, a saliência média de cada tipo de MI durante todas as sessões do processo terapêutico, bem como a saliência total do tempo ocupado pelo total de MIs em cada sessão, para cada um dos casos.

Os juízes codificam os MIs autonomamente, mas é fundamental que os dois se encontrem após codificar cada sessão para rever e controlar a confiabilidade dos procedimentos, neste caso do acordo inter-juízes através do kappa de Cohen, e também para perceber se existem diferenças significativas na sua codificação e na sua perspectiva individual acerca dos problemas, que caso sejam detectados, devem ser discutidos de modo a chegar a uma codificação consensual.

No presente estudo, o processo de codificação de MIs ocorreu, no caso LB, primeiramente de modo independente, de modo a poder ser alvo de avaliação de acordo inter-juízes. Após ser alcançado um valor de kappa de Cohen superior a 0.75, os juízes reuniram-se para rever os desacordos e alcançar uma codificação final. Os valores de acordo inter-juízes, para o caso LB alcançaram uma média de 0,74% na saliência dos MIs, e o acordo relativamente aos tipos para as seis sessões codificadas, calculado através do kappa de Cohen, foi de 57%.

O caso KB foi codificado apenas por um dos juízes. Neste último, foram codificadas duas sessões iniciais (sessão 1 e 2), duas sessões intermédias (sessão 8 e 9) e duas sessões finais (sessão 16 e 17). No caso LB, foram codificadas as sessões 1 e 2, como sessões iniciais, duas sessões intermédias (sessão 9 e 10) e duas sessões finais (sessão 20 e 21).

## **Resultados**

Analisando os resultados obtidos nas seis sessões codificadas, podem-se apontar distinções no processo terapêutico de cada uma das pacientes. Observando a saliência total dos MIs, o caso KB apresenta uma saliência de MIs de 5,75%, e o caso LB uma saliência de 11,77% de MIs (ver Quadro 3). Este resultado da saliência global indica que LB passou 11,77% do tempo das 6 sessões a elaborar novidade face á narrativa problemática, enquanto KB passou apenas 5,75% do seu tempo a elaborar MIs.

**Quadro 3**  
*Frequência relativa de MIs, por Tipo*

<i>Tipo</i>	<i>Caso</i>	
	KB	LB
<b>Ação I</b>	1,64%	1,61%
<b>Ação II</b>	0,07%	0,00%
<b>Reflexão I</b>	1,92%	6,22%
<b>Reflexão II</b>	1,38%	1,25%
<b>Protesto I</b>	0,35%	0,00%
<b>Protesto II</b>	0,20%	0,76%
<b>Reconceptualização</b>	0,20%	1,93%
<b>Total de MI's</b>	5,75%	11,77%

Tendo em conta o padrão de MIs ao longo das sessões de KB (ver Quadro 4) observa-se que nas sessões iniciais (1 e 2), destacam-se os momentos de Reflexão I, que assumem os valores mais elevados na primeira e na segunda sessão. Os MIs de Reflexão I surgem em todas as sessões e apresentam a maior saliência relativamente ao tipo de MI's elaborados por esta paciente nas suas sessões (ver Quadro 3). Esta saliência elevada deve-se sobretudo ao planeamento e manifestação de intenções da paciente para modificar os seus comportamentos problemáticos, por vezes também associada a uma nova compreensão do problema e dos seus efeitos. Por exemplo, na primeira sessão, podemos verificar um desses momentos:

T: *“Quão comprometida se sente (...) será que está em risco de não cumprir o tratamento?”*

KB: *“Não, eu quero colocar tudo neste tratamento, porque isto está a controlar completamente a minha vida...”*

No entanto, grande parte do tipo de MIs de Reflexão I relaciona-se com planeamento durante as sessões, como se verifica, a título de exemplo, na sessão 8:

T: *“E em relação ao lanche da tarde?”*

KB: *“Seis bolachas com pedaços de queijo na parte de cima....”*

T: *“Muito bem...”*

KB: *“E ainda não tenho ideia do que fazer para o jantar... Provavelmente frango com arroz, e alguns vegetais...”*

Na segunda sessão surgem ainda alguns momentos de Ação I, que se referem especialmente à aquisição de algum controlo alimentar e à aplicação de estratégias de distração de modo a evitar episódios compulsão alimentar. No entanto este tipo de MIs sendo também um dos mais salientes neste caso, surge muitas vezes, ao longo da terapia, relacionado aos problemas na relação conjugal. Um dos muitos exemplos deste tipo de MIs, na segunda sessão:

T: *“Então e se escolherem um tempo (...) encontrarem momento em que vocês dois estão calmos, independentemente se tiver vomitado, independentemente se ele tiver dito que vai tirar todas as portas, ou escrever-lhe uma carta, deixá-lo saber o que é que benéfico para si, esse tipo de coisas...?”*

KB: *“Sabe, nós... Eu usualmente tento encontrar esse momento, normalmente no carro, ou quando a nossa filha não está por perto, é quando eu tento, calmamente...”*

T: *“Como acha que ele vai responder se você encontrar esse momento calmo e simplesmente disser - estas são as coisas que serão realmente benéficas para mim e eu quero mesmo tentar isto, e eu quero mesmo empenhar-me, mas quando eu chego a casa, e isto acontece, interfere.”*

KB: *“Eu fico nervosa mas lido com isso.”*

MIs de Protesto II são também salientes na segunda sessão, embora se relacionem novamente com os seus problemas conjugais, e não com a BN.

Entretanto, é na sessão intermédia número 8 que a paciente elabora mais MIs, (ver Quadro 4) de Ação I, Reflexão I e de Reflexão II relativamente às outras sessões, sendo que este último tipo sugere alguns contrastes relativamente à problemática inicial, embora mais uma vez estes se encontrem maioritariamente relacionadas com outros problemas distintos da BN. Na nona sessão o padrão relativamente aos tipos de MI's é idêntico, embora com uma saliência mais baixa em cada tipo, surgindo ainda nesta sessão, pela primeira vez ao longo do processo terapêutico, momentos de Protesto I, pois KB expressa uma posição de crítica relativamente ao marido, que tem vindo a dificultar o seu processo terapêutico.

Nas sessões finais (16 e 17) surge pela primeira vez Reconceptualização (na sessão 16) e Ação II (na sessão 17), embora com pouca saliência. Destacam-se os MIs de Acção I e Reflexão II, com valores elevado na penúltima sessão, mas diminuem novamente na sessão 17, para dar lugar aos MIs de Reflexão I, que assumem o valor mais elevado da última sessão, relacionando-se directamente com a conversa entre a paciente e a terapeuta, onde KB reflete sobre a sua problemática e algumas melhorias mas não chega a elaborar contraste com o padrão problemático inicial e onde são planeadas estratégias de prevenção de recaída, como no seguinte exemplo retirado da última sessão:

T: *”Como pode pensar acerca disso de forma diferente?”*

C: *”Quando sinto aquela urgência talvez possa fazer uma caminhada, deixar que isso passe...coisas desse género.”*

De facto, embora esta paciente tenha realizado pequenas mudanças relativamente aos seus padrões alimentares e aos comportamentos purgativos, estas não foram constantes, e por isso revelaram-se insuficientes para obter sucesso no seu tratamento, pois no fim da terapia continuou a manifestar todos os sintomas de BN apresentados inicialmente. Infelizmente esta paciente apresentou também uma lista de problemas bastante complexa, e os seus estados emocionais inconstantes, o consumo de álcool, os problemas conjugais, entre outros, dificultaram a concentração da paciente no tratamento e diminuíram o seu nível de comprometimento com o mesmo, pois muitas vezes as tarefas pedidas durante o tratamento não eram cumpridas devido a esses motivos.

#### Quadro 4

##### *Caso KB - Saliência de MI's por Sessão e Tipo*

<i>Tipo</i>	<i>Sessão</i>					
	1	2	8	9	16	17
<b>Ação I</b>	0,00%	0,94%	5,37%	0,66%	2,22%	0,66%
<b>Ação II</b>	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,39%
<b>Reflexão I</b>	0,49%	2,73%	4,51%	0,20%	1,01%	2,56%
<b>Reflexão II</b>	0,00%	0,00%	2,92%	1,55%	2,03%	1,78%
<b>Protesto I</b>	0,00%	0,00%	0,00%	2,07%	0,00%	0,00%
<b>Protesto II</b>	0,00%	1,21%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
<b>Reconceptualização</b>	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	1,17%	0,00%
<b>Total MI's por sessão</b>	0,49%	4,88%	12,80%	4,48%	6,43%	5,39%



Analisando os resultados do caso LB (ver Quadro 5), na primeira sessão são elaborados apenas momentos de Reflexão I, surgindo também momentos de Ação I na segunda sessão, o que demonstra uma elevada consciência do seu problema, elaborando sobretudo MIs para criar distância do mesmo, planeando e executando acções para o ultrapassar.

As sessões intermédias (9 e 10) caracterizam-se pelo aparecimento do mesmo tipo de MIs, sendo que durante a sessão 9 MIs de Reflexão I atingem a sua saliência mais elevada ao longo das sessões codificadas, pois é durante esta sessão que surge a maior fase de planeamento de refeições e de estratégias de coping para lidar com as suas emoções negativas e com outras circunstâncias que propiciam ou elevam o risco de ocorrência de episódios de ingestão alimentar compulsiva. Destaca-se também a elevada saliência de MIs de Acção I na sessão 10, pois a paciente comprometeu-se realmente com o processo terapêutico e conseguiu cumprir em grande parte o planeamento elaborado na sessão anterior, adoptando novas medidas comportamentais para ultrapassar o problema, principalmente no que respeita aos padrões alimentares. Talvez como consequência, surgem também nesta sessão, pela primeira vez, MIs de Reflexão II, que revelam já algum contraste no discurso da paciente relativamente à sua problemática inicial, como se pode verificar no excerto seguinte:

T: *“Como se sente acerca do seu progresso, até agora?”*

C: *“Eu sei que só pode vir a melhorar... Mas sim, eu sinto que fiz muito progresso.”*

No entanto, é nas sessões finais (20 e 21) que Reflexão II atinge a sua maior saliência, juntamente com os MIs de Reconceptualização, que atingem uma saliência considerável, revelando que a paciente não só produziu mudanças narrativas no seu discurso relativamente ao padrão problemático e revela um bem-estar significativo resultante desse facto, como também compreendeu o processo subjacente a essa mudança. O seguinte excerto é um dos vários exemplos do surgimento de MIs de Reconceptualização presente na sessão final:

T: *“...verificação corporal e evitamento, como tem corrido? Vamos falar sobre isso.”*

C: *“Tem vindo a melhorar, estou muito mais atenta quando faço realmente isso, eu costumava sentir que o meu valor dependia do meu tamanho, e não faço mais isso porque não me ajuda. Por isso foi uma melhoria.”*

A elevada saliência de Reflexão I na última sessão deve-se à fase de prevenção de recaída praticada nesta sessão, o que também é preponderante para evitar que a paciente volte aos padrões problemáticos e reforça igualmente o sucesso do processo terapêutico com esta

paciente. Segue-se um exemplo de um MI de Reflexão I elaborado na última sessão com vista a este objectivo:

T: “*Quais são os seus pensamentos acerca da monitorização quando terminar o tratamento*”

C: “*Eu planeio usar os registos de alimentação diários (...) Eu planeio, eu acho que devo... neste momento eu sinto que devo planear usá-los nos próximos meses.*”

A nível geral, neste caso destaca-se a sessão nove, com a maior saliência de elaboração de MIs relativamente às outras sessões codificadas, e no extremo oposto a primeira sessão, com menos tempo de elaboração de MIs por parte da paciente (ver Quadro 5).

## Quadro 5

### *Caso LB - Saliência de MI's por Sessão e Tipo*

<i>Tipo</i>	<i>Sessão</i>					
	1	2	9	10	20	21
<b>Ação I</b>	0,00%	0,28%	0,52%	7,00%	1,84%	0,00%
<b>Ação II</b>	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
<b>Reflexão I</b>	1,17%	3,61%	19,97%	5,13%	1,21%	6,24%
<b>Reflexão II</b>	0,00%	0,00%	0,00%	0,81%	3,51%	3,18%
<b>Protesto I</b>	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
<b>Protesto II</b>	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	2,84%	1,69%
<b>Reconceptualização</b>	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	5,07%	6,53%
<b>TOTAL % MI's por sessão</b>	1,17%	3,89%	20,49%	12,94%	14,47%	17,64%

## Discussão

Os resultados do presente estudo vão de encontro ao esperado, no sentido em que LB, um caso de sucesso terapêutico, passou mais tempo a elaborar novidades face à sua narrativa problemática, comparativamente a KB. LB elaborou também de forma mais frequente MIs de Reconceptualização, indicadores não só das mudanças que a paciente efectuou, como também da sua compreensão dos processos envolvidos nas mesmas. Em contraste, este tipo de MIs foram quase inexistentes no caso de KB. Para além disso, no caso de sucesso, os MIs de Reconceptualização emergiram apenas nas sessões finais do processo terapêutico, apoiando os resultados previamente encontrados na literatura, que afirmam que MIs de

Reconceptualização têm tendência a surgir entre o meio e o fim das sessões (Gonçalves et al., 2010; Matos et al., 2009; Mendes et al., 2010).

No entanto, a saliência deste tipo de MIs foi muito baixa, comparativamente ao que se tem verificado noutros estudos, com outras amostras. Embora a saliência de MIs de Reconceptualização tenha sido superior no caso de LB, esperava-se que esta saliência viesse a apresentar valores mais elevados, pois a elevada elaboração de MIs de Reconceptualização tem vindo a ser associada na literatura a mudanças mais significativas relativamente aos problemas apresentados, independentemente dos modelos terapêuticos ou problemáticas estudadas.

A elevada saliência de MIs de Reflexão I, no caso de sucesso, sugere que em TCC para a BN, é fundamental para o sucesso terapêutico não só o *insight* relativamente à problemática apresentada, como também o foco em combater o problema, a consciência dos efeitos do mesmo e a intenção e comprometimento do paciente em combatê-lo. Pode-se afirmar que, entre os dois casos analisados, o investimento e comprometimento da paciente face ao tratamento desde o começo foi decisivo na obtenção de resultados, pois foi muito mais elevado na paciente LB. A intenção de combater o problema, comportada também nos MIs de Reflexão I, manifesta-se em grande parte no planeamento, tanto das refeições, como da adoção de estratégias de coping para lidar com situações desafiadoras nesta problemática. Este tipo de MIs é evidentemente mais saliente no caso de LB, o que também sugere implicações no seu resultado terapêutico bem-sucedido.

### **Conclusão, limitações e implicações futuras**

Este estudo revelou-se importante na tentativa de compreender o processo de mudança que ocorre nos pacientes com resultados terapêuticos bem-sucedidos em TCC para a BN. Apesar disso, e embora a diferença do tempo de elaboração de MIs tenha correspondido ao esperado inicialmente, pois foi mais elevado no caso de sucesso, o padrão de MIs encontrado no caso de sucesso não foi literalmente o esperado, tendo em conta os estudos já realizados noutras problemáticas. No entanto, visto que os dados derivam apenas de dois casos, não se podem generalizar os padrões de MIs encontrados. Esta representa uma das limitações do presente estudo. Outra limitação deste estudo refere-se ao valor de acordo inter-juízes (K=57%) considerado moderado (Altman,1991) relativamente aos tipos de MIs, no caso LB, o que pode pôr em causa a fiabilidade dos resultados. Este valor possivelmente resulta no número reduzido de sessões codificadas, apenas seis num total de 21 sessões.

Visto que o caso de sucesso revelou uma elevada elaboração de MIs de Reflexão I, podemos concluir que na problemática estudada, a intenção de combater o problema desempenha um papel fundamental, e traduz-se em grande parte no planeamento, sendo que este representa uma fase crucial na TCC para a BN. Nesse sentido, em estudos futuros, seria relevante para este campo de pesquisa abranger uma amostra mais significativa da população, de modo a verificar se o padrão de MIs encontrado neste caso de sucesso, se manifesta também noutros casos bem-sucedidos de TCC para a BN. À semelhança do estudo de Gonçalves e colaboradores (2013), que verificou que MIs de Reflexão II são preditores na melhoria de sintomas depressivos em TCC, seria interessante explorar de que modo os MIs de Reflexão I podem ser preditores da melhoria nos sintomas em BN, na TCC. Seria também útil verificar que papel desempenha o nível de comprometimento do paciente para com o processo terapêutico, e se, conseqüentemente, influencia o padrão de MIs nos casos de sucesso e insucesso terapêutico.

Este estudo, sendo inovador na análise das mudanças de narrativa em pacientes com Bulimia Nervosa, revelou alguns resultados curiosos, que se espera que incitem ao desenvolvimento de mais estudos em volta desta temática, pois é um campo com bastante potencial, ainda inexplorado.

## Referências

- Agras, W. S., Walsh, B. T., Fairburn, C. G., Wilson, G. T., & Kraemer, H. C. (2000). A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, *57*(5), 459-466.
- Altman, D. (1991). *Practical statistics for medical research*. London: Chapman and Hall
- Alves, D., Fernandez-Navarro, P., Baptista, J., Ribeiro, E., Sousa, I., & Gonçalves, M. M. (2014). Innovative moments in grief therapy: The meaning reconstruction approach and the processes of self-narrative transformation. *Psychotherapy Research*, *24*(1), 25-41. doi:10.1080/10503307.2013.814927
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Assumpção, C. L., & Cabral, M. D. (2002). Complicações clínicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *24*(3), 29-33. doi:10.1590/S1516-44462002000700007
- Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2011). The evolution of “enhanced” cognitive behavior therapy for eating disorders: Learning from treatment nonresponse. *Cognitive and behavioral practice*, *18*(3), 394-402. doi:10.1016/j.cbpra.2010.07.007
- Fairburn, C. G. (1981). A cognitive behavioral approach to the management of bulimia. *Psychological Medicine*, *11*, 707-711. doi:10.1017/S0033291700041209
- Fairburn, C.G. (2008). *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. Guilford Press: New York.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behavior therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, *41*, 509-528. doi:10.1016/S0005-7967(02)00088-8
- Fairburn C. G., Welch, S. L., Doll, H. A., Davies, B. A., & O'Connor, M. E. (1997). Risk factors for bulimia nervosa: A community-based case-control study. *Arch Gen Psychiatry*, *54*(6), 509-517. doi:10.1001/archpsyc.1997.01830180015003
- Gonçalves, M. M., Matos, M., & Santos, A. (2009). *Manual for the Innovative Moments Coding System, Version 7.2*. Manuscrito não publicado, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Gonçalves, M. M., Mendes, I., Cruz, G., Ribeiro, A. P., Sousa, I., Angus, L. E., & Greenberg, L. S. (2012). Innovative moments and change in client-centered therapy. *Psychotherapy Research*, *22*, 388-401. doi:10.1080/10503307.2012.662605
- Gonçalves, M. M., Mendes, I., Ribeiro, A. P., Angus, L. E., & Greenberg, L. S. (2010).

- Innovative moments and change in emotion-focused therapy: The case of Lisa. *Journal of Constructivist Psychology*, 23, 267-294. doi:10.1080/10720537.2010.489758
- Gonçalves, M. M., Ribeiro, A. P., Mendes, I., Matos, M., & Santos, A. (2011). Tracking novelties in psychotherapy process research: The innovative moments coding system. *Psychotherapy Research (iFirst)*, 1-13. doi:10.1080/10503307.2011.560207
- Gonçalves, M. M., Silva, J., Mendes, I., Rosa, C., Ribeiro, A. P., Baptista, J., Sousa, I., & Silva, C. F. (2013). *Narrative changes predict symptoms decrease in cognitive-behavioral therapy for depression: An exploratory study*. Manuscrito não publicado, Universidade do Minho, Braga.
- Hoek, H. W., & Van Hoeken, D. (2003). Review of prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34(4), 383-396. doi:10.1002/eat.10222
- Lampard, A. M., & Sharbanee, J. M. (2015). The cognitive-behavioural theory and treatment of bulimia nervosa: An examination of treatment mechanisms and future directions. *Australian Psychologist*, 50(1), 6-13. doi:10.1111/ap.12078
- Machado, P. P., Machado, B. C., Gonçalves, S., & Hoek, H., W. (2007). The prevalence of eating disorders not otherwise specified. *International Journal of Eating Disorders*, 40(3), 212-217. doi:10.1002/eat.20358
- Matos, M., Santos, A., Gonçalves, M. M., & Martins, C. (2009). Innovative moments and change in narrative therapy. *Psychotherapy Research*, 19(1), 68-80. doi:10.1080/10503300802430657
- Mendes, I. (2011). *Innovative moments and narrative change in emotion-focused therapy and client-centered therapy*. Manuscrito não publicado, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Mendes, I., Ribeiro, A. P., Angus, L., Greenberg, L. S., Sousa, I., & Gonçalves, M. M. (2010). Narrative change in emotion-focused therapy: How is change constructed through the lens of the innovative moments coding system? *Psychotherapy Research*, 20(6), 692-701. doi:10.1080/10503307.2010.514960
- National Institute for Clinical Excellence. (2004). Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. *Clinical guideline*, 9
- Pinzon, V., & Nogueira, F., C. (2004). Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(4), 158-160. doi:10.1590/S0101-6083200400040000

- Smink, F. R., Van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports, 14*(4), 406-414. doi:10.1007/s11920-012-0282-y
- Smink, F. R., Van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2013). Epidemiology course and outcome of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry, 26*(6), 543-548. doi:10.1097/YCO.0b013e328365a24f
- Wonderlich, S. A., Peterson, C. B., Crosby, R. D., Smith, T. L., Klein, M. H., Mitchell, J. E., & Crow, S. J. (2014). A randomized controlled comparison of integrative cognitive-affective therapy (ICAT) and enhanced cognitive-behavioral therapy (CBT-E) for bulimia nervosa. *Psychological Medicine, 44*(03), 543-553. doi:10.1017/S0033291713001098
- White, M., & Epston, D. (1990). Narrative means to therapeutic ends. New York: Norton.