



Doi: 10.7213/psicol.argum.33.083.AO05

Tratamento Cognitivo-Comportamental sinérgico de dependência química, bulimia nervosa e transtorno bipolar

Synergistic Cognitive Behavioural Treatment of chemical dependency, bulimia nervosa and bipolar disorder

Paola Lucena-Santos[a], Renata Brasil Araujo[b]

^[a] Universidade de Coimbra; CAPES - Ministério da Educação. Endereço para correspondência: CINEICC. Rua do Colégio Novo, Apartado 6153, FPCE-UC, 3001-802. Coimbra. Portugal. Email: paolabc2.lucena@gmail.com

^[b] Hospital Psiquiátrico São Pedro, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Endereço para correspondência: Av. Bento Gonçalves, 2460 (Ambulatório Melanie Klein do Hospital Psiquiátrico São Pedro). Bairro Partenon. CEP: 90650-003. Porto Alegre. Rio Grande do Sul. Brasil. Email: renataudbrasil@terra.com.br

Dados parciais deste caso clínico foram utilizados para a elaboração de um capítulo de livro, com fins didáticos de elaboração de diagnóstico multiaxial, diagrama de conceitualização cognitiva e passos do tratamento, constituindo outro trabalho, com objetivos diferenciados do manuscrito ora apresentado.

Resumo

Diversos autores julgam que o tratamento integrado/sinérgico dos pacientes com comorbidades psiquiátricas apresenta melhores resultados que a abordagem paralela ou seqüencial. O presente trabalho visa apresentar um caso clínico de tratamento cognitivo-comportamental sinérgico de dependência química (de álcool e maconha), transtorno de humor bipolar e bulimia nervosa. Este estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo estudo de caso. No total, foram realizadas 10 sessões de TCC, com frequência semanal e duração de 50 minutos e seis atendimentos psiquiátricos concomitantes, com frequência quinzenal. Ao final dos atendimentos a paciente aderiu ao tratamento farmacológico, diminuiu os comportamentos bulímicos, seu humor ficou eufímico e a fissura para o uso de álcool diminuiu. O tratamento descrito combinou a Entrevista Motivacional, Prevenção à Recaída, aconselhamento nutricional, farmacoterapia e Terapia Cognitivo-Comportamental para dependência química, bulimia e transtorno de humor bipolar. Conclui-se que o tratamento sinérgico foi útil para a prevenção da recaída do álcool e redução do consumo de maconha, além de lidar com os sintomas e prejuízos decorrentes dos transtornos de humor e alimentar.

Palavras-chave: Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias. Comorbidades. Estudo de Caso.

Abstract

Several authors think that the integrated/synergistic treatment in patients with psychiatric comorbidities presents better results than a sequential or parallel approach. This paper aims to present a case study of synergistic cognitive behavioral treatment of chemical dependency (alcohol and marijuana), bipolar disorder and bulimia nervosa. This is a qualitative research (case study). In total, 10 sessions of CBT were conducted with weekly frequency and 50 minutes of duration and six concurrent psychiatric sessions with fortnightly frequency. At the end of this treatment the patient adhered to pharmacological prescriptions, decreased bulimic behaviors, her mood was euthymic and her craving for alcohol also decreased. The described treatment combined Motivational Interviewing, Relapse Prevention, nutrition counseling, pharmacotherapy and Cognitive Behavioral Therapy for addiction, bulimia and bipolar disorder. It was concluded that the synergistic treatment was useful to prevent alcohol relapse, to decrease cannabis use, and to deal with both the symptoms and the damages caused by bipolar and eating disorders.

Keywords: Substance-Related Disorders. Comorbidity. Case Studies.

Introdução

O Transtorno de Humor Bipolar (THB), de todos os transtornos de eixo I é o que mais se relaciona com o uso de substâncias psicoativas (Diehl, Cordeiro & Laranjeira, 2010). A bipolaridade de humor é considerada um fator de risco para o uso de drogas, as quais, por sua vez, complicam a evolução, tratamento e prognóstico de bipolares (Ribeiro, Laranjeira & Cividanes, 2005). Diante do uso de drogas, os sintomas depressivos e maníacos são agravados, diminuem as chances de êxito de abordagens psicofarmacológicas e psicossociais, e o número de internações é aumentado (Ratto & Cordeiro, 2010). A associação entre dependência química e THB apresenta implicações no prognóstico e manejo clínico de ambas as patologias (Krishnan, 2005).

Além da comorbidade entre THB e dependência química ser comum, a associação desta última com Bulimia Nervosa também se mostra freqüente. Em amostras clínicas de mulheres com Transtornos Alimentares (TA), aproximadamente um quarto delas apresenta comorbidade com o diagnóstico de abuso ou dependência de álcool. Usuários de drogas com Transtornos Alimentares apresentam maiores índices de consumo de álcool, assim como maior tendência de consumir outros tipos de drogas e de apresentar, também, THB em comorbidade. Além disso, pacientes com TA, em geral, demoram mais para evoluir no tratamento da dependência química (Brasiliano, 2005).

Sabe-se que o tratamento para THB em comorbidade com a dependência química, requer, via de regra, a utilização de estabilizador de humor. Assim, quando um paciente apresenta, simultaneamente, THB, Bulimia Nervosa e dependência química, há um complicador em potencial que deve ser considerado: os comportamentos bulímicos (tais como a indução de vômitos e uso indiscriminado de laxantes e diuréticos) podem obstaculizar a ação esperada dos estabilizadores de humor. Isso por sua vez pode dificultar o tratamento da dependência química, visto que estados afetivos negativos, típicos dos Transtornos de Humor (American Psychiatric Association [APA], 2002) e frequentemente presentes antes e depois de sintomas bulímicos (Simpson et al., 1992), têm alto potencial indutor de fissura pelo uso de drogas.

O *craving* ou fissura, é considerado um dos principais precursores para a recaída e pode se apresentar através do alívio dos sintomas de abstinência ou do afeto negativo, fazendo com que os pacientes usem substâncias psicoativas como automedicação (Araújo et al., 2008). O consumo de álcool, por exemplo, aumenta em 25% durante os episódios maníacos e em 15% nos episódios depressivos (Ratto & Cordeiro, 2010). Semelhantemente, o uso de maconha, conforme relatado por pacientes bipolares, é tido pelos mesmos como uma forma de alívio dos sintomas de mania. O consumo desta droga parece ter uma relação ainda maior com a incidência de episódios depressivos e, em bipolares, aumenta a probabilidade de que suas crises durem mais e sejam mais intensas (Ribeiro, Laranjeira & Cividanes, 2005).

De acordo com as Diretrizes para o Diagnóstico e Tratamento de Comorbidades Psiquiátricas e Dependência de Álcool e Outras Substâncias, da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras drogas, é de fundamental importância que seja realizada uma avaliação integrada, com correto diagnóstico de todas as patologias envolvidas, o que pode facilitar o êxito do tratamento terapêutico e das estratégias de prevenção à recaída (Zaleski et al., 2006). Por outro lado, quando uma comorbidade estiver presente, mas não for identificada, isso implicará, na melhor das hipóteses, em uma resposta apenas parcial ao tratamento, podendo haver maior risco de morbidade e de complicações (Sanches, Assunção & Hetem, 2005).

Os principais modelos para tratamento de uso de drogas, concomitantemente com a presença de comorbidades psiquiátricas dividem-se em sequenciais, paralelos ou integrados. No modelo sequencial, também denominado de modelo consecutivo, trata-se primeiro um transtorno, para somente depois tratar o outro. Apesar de apresentar bons resultados, em casos onde fica claro que um transtorno é secundário ao outro, apresenta algumas limitações, como um menor vínculo terapêutico, o fato dos problemas serem entendidos como coisas separadas e o fato da comunicação interna entre os serviços de saúde ser bastante limitada. O tratamento paralelo acontece quando a dependência química é tratada em um lugar e a comorbidade em outro. Este modelo envolve um maior custo, o paciente acaba não tendo um profissional que lhe sirva como referência, e há um menor vínculo terapêutico. O tratamento integrado ou sinérgico, por sua vez, é menos dispendioso, nele o paciente possui um profissional de referência, há um maior vínculo terapêutico e o modelo de tratamento apresenta melhores resultados, de forma geral (Alves, Kessler & Ratto, 2004).

Apesar do tratamento sinérgico ser o mais indicado para usuários de drogas com comorbidades psiquiátricas (Zaleski et al., 2006), o tratamento destes pacientes se depara com a problemática da dificuldade dos diferentes tratamentos ocorrerem no mesmo serviço (Cordeiro & Diehl, 2010). Isso porque o serviço integrado para o tratamento de comorbidades, para que tenha um adequado funcionamento, necessita de mudanças em diversos níveis, sendo considerado complexo (Brunette et al., 2008). Apesar de sua complexidade,

o tratamento conjunto de todas as patologias envolvidas, está diretamente ligado a um prognóstico melhor, quando comparado com o tratamento paralelo ou sequencial (Cordeiro & Diehl, 2010).

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) tem sido útil em reduzir recaídas, aumentar a adesão ao tratamento, melhorar a reinserção social e também para a remissão dos sintomas afetivos em pacientes com THB e TUS (Carroll, 2004). A eficácia da TCC para a estabilidade do humor, diminuição do número de internações e melhora do funcionamento em diversas áreas, foi comprovada através de ensaios clínicos randomizados duplo-cegos (Miklowitz et al., 2003; Gonzalez-Pinto et al., 2004; Costa et al., 2011).

Whittall, Agras e Gould (1999) e Bacaltchuk, Hay e Trefíglío (2001), compararam a eficácia de antidepressivos e da TCC para transtornos alimentares, mostrando que a superioridade da TCC foi clinicamente relevante, uma vez que apresentou taxa de remissão de 39%, contra 20% de remissão apresentada com monoterapia farmacológica. Duchesne e Almeida (2002), ressaltam que as técnicas cognitivas e comportamentais são extensamente utilizadas, avaliadas e reconhecidas como boas estratégias para a melhora dos quadros clínicos dos transtornos alimentares e que vários ensaios clínicos indicaram que a TCC favorece a remissão ou diminuição, tanto da restrição e compulsão alimentar, como dos comportamentos purgativos.

Segundo Zaleski et al. (2006), um importante recurso para o tratamento de TUS com a presença de comorbidades psiquiátricas, é a Entrevista Motivacional (Miller & Rollnick, 2001), e o tratamento psicossocial, dentro do qual tem se dado preferência para a Terapia Cognitivo-Comportamental (Beck et al., 1993) e suas derivações, como a Prevenção à Recaída (Marlatt & Gordon, 1993). Isso acontece porque abordagens farmacológicas para o tratamento da mania ou da depressão, por exemplo, perdem eficácia se concomitantemente o paciente fizer uso de drogas (Nunes & Levin, 2004). Dessa forma, abordagens psicoterápicas estruturadas para as comorbidades devem se focar também no consumo de substâncias psicoativas, sendo as abordagens cognitivo-comportamentais e motivacionais as mais promissoras (Carroll, 2004).

É importante ressaltar que, tanto a Prevenção à Recaída, como a Entrevista Motivacional se baseiam na Teoria Cognitivo-Comportamental e são utilizadas internacionalmente em ensaios clínicos (Cruz, Barbeito & Mathias, 2007). Em pacientes no estágio de Pré-Contemplação ou Contemplação, a Entrevista Motivacional deve ser prioritariamente utilizada. Já em pacientes no estágio de Ação ou Manutenção, a abordagem a ser priorizada é a da Prevenção à Recaída (PR).

A Entrevista Motivacional (EM) preconiza o uso de entrevistas para explorar e resolver a ambivalência quanto a usar ou não a substância e estimular a mudança de comportamento (Miller & Rollnick, 2001). É uma técnica de tratamento breve, que busca auxiliar os pacientes com seus conflitos motivacionais, aumentando a conscientização e a motivação de fazer algo para alcançar a mudança de comportamento. A abordagem da Prevenção à Recaída (PR) pode ser aplicada em qualquer forma de comportamento (Bandura, 1977; Marlatt & Gordon, 1993) e tem sido uma ferramenta útil para trabalhar na manutenção da mudança (Marlatt & Donavan, 2009).

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) contribui, de forma importante, para o tratamento de dependência química, pois facilita a modificação de crenças relacionadas ao uso de drogas. Dentro disso, a psicoeducação ganha destaque, na construção de novos aprendizados que auxiliam no processo de mudança das crenças distorcidas e consequentes modificações emocionais e comportamentais (Dobson & Dozois, 2006). Tanto o tratamento do THB com TUS, como o tratamento da BN deve ser realizado por equipe multidisciplinar especializada, com atendimento preferentemente em regime ambulatorial e

onde seja disponibilizado fácil acesso à medicação (Duchesne & Almeida, 2002; Machado-Vieira, Santin & Soares, 2004).

Assim, o presente trabalho visa apresentar um caso clínico de tratamento cognitivo-comportamental sinérgico de transtornos por uso de substâncias (de álcool e maconha), transtorno de humor bipolar e bulimia nervosa, realizado em equipe multidisciplinar da rede de saúde pública, em regime ambulatorial.

Método

Delineamento

É uma pesquisa qualitativa, do tipo Estudo de Caso.

Participante

Bruna é, de acordo com os critérios da 4ª edição revisada do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (APA, 2002), dependente de cocaína, maconha, álcool e tabaco. Também possui diagnóstico de Transtorno de Humor Bipolar Tipo I e de Bulimia Nervosa Tipo Purgativo. Ela estava em tratamento multidisciplinar no Ambulatório de Dependência Química do Hospital Psiquiátrico São Pedro, com frequência semanal. Bruna tem 52 anos, é divorciada, possui curso superior incompleto e é mãe de três filhos, dois homens e uma mulher, sendo que dois deles residem na mesma cidade e a mesma os vê, no mínimo, uma vez por semana. Atualmente, não possui namorado ou outro tipo de relacionamento afetivo com ninguém, mora sozinha e é aposentada. A paciente foi aposentada por invalidez em virtude do Transtorno de Humor Bipolar.

O início do uso de drogas foi aos 12 anos, onde começou a fazer uso de tabaco. Aos 14 iniciou o uso de maconha, aos 28 o uso de álcool e aos 38 de cocaína. Usava, no início deste tratamento ambulatorial, aproximadamente 40 cigarros ao dia, estava em abstinência do álcool e da cocaína há mais de dois anos e fazia uso semanal de um cigarro de maconha. A paciente já havia realizado tratamento ambulatorial no mesmo serviço de atendimento, onde participou de tratamento psiquiátrico e psicoterapêutico individual de Terapia Cognitivo-Comportamental, modelo com a qual se mostrou bem familiarizada ao longo dos atendimentos. Além disso, participa semanalmente de reuniões do Alcoólicos Anônimos (AA) há quase 3 anos.

Bruna chega ao serviço em fase maníaca, solicitando tratamento farmacológico e psicoterapêutico, pois apresentava muita fissura pelo álcool e estava com receio de voltar a beber. A paciente estava na fase Pré-Contemplativa em relação ao uso do tabaco e em fase de Ação com relação ao uso da maconha, pois já estava diminuindo seu consumo quando chegou ao serviço, sendo que afirmava que sua meta era a abstinência total. Relatou, ainda, que apresentava labilidade afetiva muito grande, que a fazia ir do riso imotivado ao choro em questão de duas horas. Estava fazendo inúmeras compras desnecessárias, a ponto de ter ultrapassado os limites de seus cartões bancários. Além disso, fazia uso indiscriminado e diário de diuréticos e laxantes, além de induzir vômitos.

Instrumentos

1. Entrevista estruturada: para coletar dados sócio-econômicos, verificar histórico detalhado de consumo de drogas na vida, realizar o exame do estado mental e investigar possíveis diagnósticos comórbidos, de acordo com os critérios do DSM-IV-TR (APA, 2002).

2. Balança Decisional (Knapp, Luz & Baldisserotto, 2001): busca avaliar as vantagens e desvantagens do uso de uma determinada droga e de interromper este uso.

3. Escala analógico-visual: No início de cada atendimento o paciente dá uma nota (de 0 a 10, sendo 0 nenhuma fissura e 10 muita fissura) para a fissura que ele sente por cada droga que utiliza.

4. Cartões de tarefa de casa: Ao final de cada sessão, o paciente leva tarefas de casa da semana, por escrito, as quais são combinadas durante o atendimento.

5. Materiais de Psicoeducação: Foram fornecidos para a paciente materiais explicativos acerca da Terapia Cognitivo-Comportamental, do Transtorno de Humor Bipolar, da Bulimia Nervosa, da Dependência Química de forma geral e informações acerca do álcool e maconha. Todos os materiais foram retirados do site PsicMed (<http://www.psicmed.com.br>). O site foi elaborado por equipe de psicólogos e psiquiatras, da qual faz parte a supervisora dos atendimentos psicoterápicos realizados no presente tratamento.

6. Caderno de auto-monitoramento: Foi fornecido um caderno pequeno, de maneira que o paciente pudesse facilmente levá-lo na bolsa ou no bolso de suas roupas, com todos os critérios do DSM-IV-TR (APA, 2002) para Episódio Depressivo Maior e Episódio Maníaco. Cada critério ficava como título de uma das folhas, a qual tinha todos os dias da semana escritos, um abaixo do outro (2ª, 3ª, 4ª, 5ª, 6ª, sábado, domingo), com espaço para que o paciente pontuasse, de 0 a 10, a intensidade de cada sintomas, diariamente. O mesmo foi feito com os comportamentos bulímicos que a paciente apresentava (indução de vômitos, uso de laxantes e uso de diuréticos), porém, nestes últimos, a paciente deveria registrar o número de vezes que emitiu cada um desses comportamentos, ao lado de cada dia.

7. Registro de Pensamentos Disfuncionais (Beck, 1997): foi utilizado para a identificação de crenças distorcidas e/ou disfuncionais.

8. Diário Alimentar (Segal, 1995): é uma técnica de auto-monitoramento, que foi utilizada para auxiliar na avaliação do padrão dos comportamentos alimentares. A paciente registra dia, horário, local onde foi realizada cada refeição, o tipo e a quantidade de alimentos ingeridos. Ao lado, marca se houve ou não a ocorrência de indução de vômito desta refeição e o sentimento associado.

Análise de Dados

Os dados foram analisados à luz do referencial teórico da Terapia Cognitivo-Comportamental.

Aspectos Éticos

O presente estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Psiquiátrico São Pedro (protocolo nº 11020). Todos os nomes utilizados neste estudo são fictícios. A paciente foi esclarecida acerca dos objetivos da pesquisa e convidada a participar do estudo, sendo que suas informações só foram utilizadas após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Procedimento das Sessões

A paciente foi atendida em regime de tratamento ambulatorial, em frequência de um atendimento semanal de psicoterapia individual, com aproximadamente 50 minutos cada. Simultaneamente, recebia um atendimento psiquiátrico quinzenal, com duração aproximada de 40 minutos.

Na primeira sessão, segundo a rotina do serviço, é realizada uma entrevista de triagem, no qual o histórico de uso de substâncias psicoativas é coletado e o exame do estado mental realizado. Uma entrevista clínica diagnóstica com base nos critérios do DSM-IV-TR (APA, 2002), também é realizada. Após esta entrevista, o profissional que a realizou passa por supervisão técnica com uma psicóloga e uma psiquiatra quando juntos avaliam se o caso é próprio para atendimento no serviço ambulatorial, ou se seria necessário outro tipo de atendimento como internação hospitalar ou internação domiciliar, por exemplo. Após esta avaliação, todos os procedimentos necessários para o prosseguimento do atendimento são realizados (ou encaminhamento para o serviço mais apropriado, ou a marcação do atendimento no próprio serviço). Caso o paciente fique em atendimento no ambulatório, todas as medicações necessárias já são prescritas, as receitas fornecidas e o mesmo pode retirar as medicações, gratuitamente, no mesmo dia, na farmácia do Hospital Psiquiátrico São Pedro.

Todos os atendimentos psicoterápicos foram embasados pelos pressupostos teóricos da Entrevista Motivacional, Prevenção à Recaída e Terapia Cognitivo-Comportamental.

Resultados

Bruna chega ao serviço em fevereiro de 2011. Mediante a realização da entrevista de triagem pela Psicologia e Psiquiatria, foi realizada entrevista clínica diagnóstica do diagnóstico principal e comorbidades, assim como o histórico de uso de substâncias (atual e passado), estágio motivacional quanto ao uso de cada droga, assim como o motivo da consulta (conforme especificados acima, na descrição da participante). Identificou-se ainda que, como complicações clínicas, a paciente apresentava hipotireoidismo e hipertensão arterial sistêmica. A paciente teve indicação de permanecer em acompanhamento no serviço e foram prescritos 1.500mg ao dia de Ácido Valpróico e 4mg ao dia de Risperidona. Além disso, foram solicitados exames de sangue e de urina de rotina.

Terapia Cognitivo-Comportamental

Ao todo, foram realizadas 10 sessões de Terapia Cognitivo-Comportamental, com frequência semanal, com duração de 50 minutos cada, em um período aproximado de 4 meses. Simultaneamente, a paciente recebeu 6 atendimentos psiquiátricos, com frequência quinzenal e duração aproximada de 40 minutos cada. O tratamento foi voltado principalmente para a redução dos comportamentos bulímicos, simultaneamente à adesão ao tratamento farmacológico, com a utilização regular do Estabilizador de Humor e prevenção ao uso de álcool e maconha.

1º ao 4º Atendimento

O primeiro atendimento, segundo a rotina do serviço, consistiu na realização de entrevista de triagem. Do segundo ao quarto atendimento psicoterápico, a fissura por maconha e álcool ainda estavam presentes, sendo secundárias aos sintomas maníacos. Por isso,

estratégias de enfrentamento para a fissura foram ensinadas e entregues por escrito à paciente. Neste primeiro momento, foram ensinadas as técnicas de distração, substituição por imagem positiva e substituição por imagem negativa (Araújo et al, 2008). Foi realizada Entrevista Motivacional (Miller & Rollnick, 2001) para mudança de comportamentos bulímicos, com realização de balança decisória acerca das vantagens e desvantagens destes. A paciente foi psicoeducada quanto à interferência dos comportamentos bulímicos na ação esperada dos estabilizadores de Humor.

Bruna progrediu em termos motivacionais, para a mudança dos comportamentos bulímicos quando percebeu que estes, por terem alto potencial de influenciar na manutenção dos sintomas maníacos, acabariam, por sua vez, trazendo-lhe todas as desvantagens que a mania lhe traz. Bruna é muito motivada para permanecer eutímica, razão pela qual toma regularmente todos os estabilizadores de humor nas dosagens prescritas, e relata espontaneamente todos os prejuízos e sofrimentos associados aos sintomas bipolares. Foram trabalhadas estratégias de resolução de problemas para que a paciente se alimente periodicamente durante o dia, evitando passar o dia inteiro sem comer nada. Caminhadas foram sugeridas, com o objetivo do aumento gradual do tempo diário despendido a esta atividade, sendo que, inicialmente, o objetivo seria de 15 minutos por dia. A paciente foi encaminhada para a nutricionista, a qual a orientou a comer devagar e forneceu-lhe receitas naturais que auxiliariam para um melhor funcionamento do intestino.

A técnica da Flecha Descendente foi utilizada e chegou-se a identificação de crenças centrais de desamparo (“Sou inútil”, “Sou frágil”) e desamor (“Vou ser abandonado”). Foram aplicadas então, as técnicas de Checagem de Evidências, Continuum Cognitivo, Registro de Pensamentos Disfuncionais e Questionamento Socrático, visando a diminuição da valência destas crenças.

5º Atendimento

No quinto atendimento, a fissura pelo álcool foi pontuada como zero. Quanto aos comportamentos bulímicos, a paciente não induziu vômitos, diminuiu o uso diário de diuréticos de seis para um ao dia e diminuiu o uso de laxantes, de aproximadamente 14 comprimidos por semana (tomava quatro laxantes a cada dois dias) para quatro comprimidos (só ingeriu laxantes uma vez nesta semana).

A paciente relata, ainda, que o médico clínico do posto de saúde prescreveu um comprimido de diurético ao dia para o tratamento de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Quanto à aderência ao tratamento farmacológico, após um período de aderência parcial (uso regular de Acido Valpróico na dosagem prescrita, não utilização da Risperidona em virtude de sonolência como efeito adverso e uso de Sertralina por conta própria), a medicação foi revista em atendimento psiquiátrico e houve a diminuição da Risperidona de 4 para 2mg ao dia, devendo ser tomada antes de dormir. Atualmente, Bruna aderiu totalmente ao tratamento farmacológico e relata se sentir melhor com a nova dosagem de Risperidona, administrada à noite.

Quanto aos sintomas maníacos, diz estar se sentindo menos agitada. Na semana anterior, segundo seu automonitoramento da labilidade emocional, ocorreram 21 ocasiões em que a mesma foi do riso imotivado ao choro em questão de pouco tempo e, nesta semana, ocorreram apenas cinco destas situações. Ainda tem feito compras por impulso de coisas desnecessárias. Relata fissura por maconha em virtude da expectativa de resultado positivo de que a mesma vai lhe acalmar.

Estratégias de resolução de problemas para manejo de estresse nas relações interpessoais com os filhos foram trabalhadas, uma vez que estas situações lhe causam fissura por maconha. A paciente ainda não aderiu às caminhadas e foi feita uma Balança Decisória das vantagens e desvantagens de realizá-las. Técnicas cognitivas foram utilizadas para diminuição da valência das crenças centrais de desamparo e desamor, as quais foram ativas em alguns momentos nesta semana.

6º Atendimento

No sexto atendimento, a paciente não utilizou as estratégias de resolução de problemas combinadas no atendimento anterior para manejo do estresse interpessoal, em virtude de sua incapacidade de ficar sem ter alguém para conversar, o que acabou gerando atritos com sua filha. Em decorrência disso, teve fissura de maconha e usou um cigarro da droga. Só fez uso nesta ocasião.

Continua aderindo ao tratamento farmacológico prescrito. Relata que houve um dia em que estava com muita necessidade de conversar e estava sozinha, razão pela qual teve fissura do álcool e da maconha. As expectativas de resultado frente ao uso destas drogas era de que, se usasse as mesmas, teria alguém para conversar.

A paciente começou a fazer pequenas caminhadas diárias e continua reduzindo os comportamentos bulímicos. Na última semana, utilizou laxantes em apenas um dia e, ao invés de quatro comprimidos, tomou apenas dois. Está fazendo alimentos com a utilização de fibras, recomendadas pela nutricionista. Não induziu vômitos. A paciente foi encaminhada para o médico do posto de saúde para rever a medicação para HAS, a qual é um diurético.

Entre o sexto e sétimo atendimentos psicoterápicos, a paciente compareceu ao ambulatório com sintomas depressivos acompanhados de ideação suicida e foi atendida pela sua médica habitual, a qual conversou com o seu filho, alertando-o quanto ao risco de suicídio, orientando internação psiquiátrica e, enquanto não conseguisse vaga, supervisão familiar. Também foi introduzido Lítio, 900mg, para ser tomado à noite e Sertralina, 50mg pela manhã.

Na semana seguinte, Bruna chega eutímica para atendimento psiquiátrico e relata que, no mesmo dia que compareceu ao ambulatório com ideação suicida, recebeu um telefonema de sua ex-cunhada com uma proposta de emprego e “a depressão foi embora na hora e não voltou mais” (sic). Bruna começou a trabalhar no dia seguinte e cumpre oito horas diárias de trabalho.

7º ao 10º Atendimento

Do sétimo ao décimo atendimento, a paciente se manteve estável com relação aos comportamentos bulímicos: só utilizou um comprimido de laxante em um único dia; não induziu vômitos e tomou um diurético por dia para o tratamento da HAS. Não conseguiu ir ao médico do posto para rever a medicação da hipertensão, em função da sua nova rotina de trabalho. Está fazendo caminhadas diárias. No que diz respeito ao THB, a paciente permaneceu eutímica e com boa aderência ao tratamento farmacológico. Além disso, realizou exames laboratoriais que não apresentaram alterações. Desde que começou a trabalhar, o relacionamento com os filhos melhorou.

Quanto à reestruturação cognitiva, a paciente relata que as crenças de desamparo e desamor não têm sido ativadas e que a valência delas está em 10%, sendo que, no início do tratamento, acreditava 100% na veracidade destas crenças. Um dos fatores que contribuíram para isso, segundo a percepção da paciente, foi o fato de ter conseguido um emprego após 13 anos sem trabalhar, porque lhe julgavam “inválida” (sic). Apesar de estar gostando muito do trabalho, a paciente relata que, quando chega final de semana, se sente muito agitada, pois não estava mais acostumada a ficar em casa, sem ter nada para fazer. Confessa que não sabe lidar muito bem com o ócio. Diante disso, o Menu de Opções foi realizado para lidar com esta situação e a paciente escolheu as estratégias que julgou que fossem mais eficazes para si (fazer crochê, ler livros emprestados da biblioteca municipal e assistir vídeos emprestados da ex-cunhada).

Bruna permanece em abstinência da cocaína e do álcool. Um dia após o nono atendimento, a paciente completou “3 anos de ficha” no AA e os companheiros de grupo fizeram uma festa para prestigiá-la. Nestes três anos, Bruna teve um único lapso. A paciente não apresentou fissura do álcool e, ao longo de todos os atendimentos psicoterápicos, foi incentivada a continuar no AA. Ao ser realizada nova Balança Decisória com relação ao uso da maconha, a paciente confessou que não vê desvantagens em usar a maconha em pequenas quantidades. Diante disso, técnicas de Entrevista Motivacional (Miller & Rollnick) para o uso de maconha foram realizadas, começando com a psicoeducação a

respeito da droga. Quanto ao uso de tabaco, a paciente ainda está na fase de Pré-Contemplação e optou por “não mexer nisso por enquanto” (sic). Com relação à parte farmacológica, Bruna está em uso de 1.500mg de Ácido Valpróico, 600mg de Lítio, 50mg de Sertralina e 2mg de Risperidona. A médica clínica do ambulatório trocou o diurético prescrito para HAS por 50mg ao dia de Captopril.

Discussão

O tratamento descrito combinou a Entrevista Motivacional (Miller & Rollnick, 2001), Prevenção a Recaída (Marlatt & Gordon, 1993) para o uso de drogas, aconselhamento nutricional, farmacoterapia e TCC individual de Beck et al. (1993) para dependência química e comorbidades.

A Terapia Cognitivo-Comportamental para a Bulimia Nervosa, objetiva a diminuição da restrição alimentar, concentrando-se em horários regulares para a alimentação e no desenvolvimento e aplicação de estratégias para o controle dos comportamentos compensatórios como o uso de laxantes, diuréticos e a indução de vômitos, devendo a eliminação do uso de laxantes e diuréticos ser feita de forma gradual. O aumento da atividade física e desenvolvimento de estratégias para que isso efetivamente ocorra, também é objetivado no tratamento da TCC e as informações nutricionais objetivam auxiliar o paciente a fazer escolhas adequadas de alimentos (Duchesne & Almeida, 2002). No caso de Bruna, procurou-se diminuir a frequência e intensidade dos comportamentos compensatórios de forma gradual, juntamente com o auto-monitoramento alimentar, desenvolvimento de estratégias para seu engajamento em caminhadas e aconselhamento nutricional (orientação sobre como se alimentar de maneira mais saudável, levando-se em conta sua realidade financeira).

Sabe-se que a primeira meta no tratamento destes casos deve ser a remissão dos sintomas de mania ou depressão, o que contribui para a redução do padrão de consumo de substâncias (McElroy, 2004). Logo no primeiro atendimento, foi prescrito estabilizador de humor, visando o esbatimento da sintomatologia maníaca. No entanto, se identificou que a paciente continuava maníaca, pois, apesar de fazer uso do medicamento conforme prescrito, a mesma induzia vômitos e tomava quantidade diária excessiva de laxantes e diuréticos, o que interferia na ação do medicamento (Neto, 2004). Assim, foram trabalhadas técnicas cognitivas e comportamentais para o transtorno alimentar, visando diminuir, gradualmente, os comportamentos bulímicos apresentados por Bruna.

O Diário Alimentar foi uma das técnicas utilizadas. Trata-se de uma técnica cognitivo-comportamental de auto-monitoramento de bom resultado no tratamento de transtornos alimentares (Segal, 1995). Bruna julgou muito útil o auto-monitoramento através desta técnica, com a qual percebeu, mais claramente, seus padrões alimentares. Após esta percepção, chegou a afirmar que começou a se “policiar” (sic) para fazer refeições periódicas durante o dia, a fim de evitar a restrição alimentar demasiada e, conseqüentemente, a compulsão alimentar.

Entre as estratégias de manejo biopsicossocial, propostas por Ziedonis e Brady (1997), deve-se considerar a combinação entre a comorbidade e o estágio de motivação para realizar a escolha do melhor método de tratamento e utilizar-se de técnicas psicossociais para aumento de motivação, auxílio na resolução de problemas ambientais e manejo de situações difíceis. No tratamento de Bruna, isso sempre foi feito (antes que se optasse

por utilizar a abordagem motivacional ou de prevenção a recaída para a cessação dos comportamentos bulímicos e de uso de drogas, por exemplo).

Mudanças no estilo de vida são essenciais para reduzir a probabilidade de recaídas, como a redução de fontes de estresse, prática de exercícios físicos e melhora da alimentação (Rangé & Marlatt, 2008). As mudanças no estilo de vida que a paciente já havia realizado, como, por exemplo, não se relacionar com usuários de álcool e outras drogas, foram continuamente reforçadas. O próprio fato da paciente ter começado a trabalhar, durante o tratamento, foi uma mudança de estilo de vida positiva para a sua evolução terapêutica.

O terapeuta deve ensinar ao paciente como lidar melhor com acontecimentos estressantes da vida, como é o caso de conflitos com pessoas próximas, as quais podem representar uma situação de risco para o uso de drogas. Para isso, as técnicas de resolução de problemas podem ser muito úteis (Neto, 2004; Rangé & Marlatt, 2008). Durante os atendimentos, o comportamento de ir nas reuniões do AA foi frequentemente reforçado, assim como foram trabalhadas técnicas de resolução de problemas para não brigar com os filhos. Isto está de acordo com a literatura, que considera o conflito interpessoal como sendo um estímulo de alto risco de recaída para os dependentes químicos, e a qualidade e manutenção de redes de apoio social como fatores que exercem importante influência no nível de estresse do indivíduo (Marlatt & Gordon, 1993)

O profissional também deve auxiliar o paciente a identificar situações de risco para o uso de drogas ou para a recaída. Uma vez identificadas tais situações, o profissional deve alertar o paciente que estratégias de confronto não devem ser utilizadas, uma vez que aumentam ainda mais as chances de recaída (Araujo et al., 2010), sendo o ideal evitar as situações de risco. Para as situações que não podem ser evitadas, devem-se traçar estratégias de enfrentamento eficazes (Rangé & Marlatt, 2008). A fissura ou craving é influenciada pelas expectativas de resultado associadas ao uso de uma determinada droga, as quais podem induzir ao uso, a fim de obter o resultado esperado (Marlatt & Gordon, 1993). As técnicas de Distração, Substituição por Imagem Positiva e Substituição por imagem Negativa (Knapp, Luiz Júnior & Baldisserotto, 2001), foram ensinadas para a paciente como ferramentas que poderiam vir a ser úteis no enfrentamento da fissura. As expectativas de resultado frente ao uso da maconha foram sempre averiguadas e sua veracidade questionada, através das técnicas de Checagem de Evidências e Questionamento Socrático. Tais técnicas se mostraram úteis para a substituição destas expectativas de resultado por expectativas mais realistas. Crenças distorcidas e disfuncionais da paciente também foram alvo de tratamento.

Rangé e Marlatt (2008) salientam que a habilidade de reestruturar pensamentos e sentimentos, substituindo-os por pensamentos mais realistas, pode ser necessária para que se combatam afetos negativos, os quais podem ser uma situação de risco para o uso de drogas. Tal habilidade pode ser incorporada com o auxílio de planilhas como o Registro de Pensamentos Disfuncionais. Para reestruturação cognitiva, a TCC se utiliza de diversas técnicas, sendo uma delas a checagem de evidências pela qual a paciente, após ser ensinada a identificar pensamentos que possam conter alguma distorção, é incentivada a checar as evidências a favor ou contra o pensamento, sendo o objetivo final, tornar este pensamento mais funcional (Beck, 1997).

Após a diminuição gradual da maconha, Bruna estava Pré-Contemplativa com relação ao uso esporádico e pouco intenso da droga (menos que um cigarro de maconha a cada uso e, no máximo, um uso a cada quinze dias, ou menos), razão pela qual iniciou-se a

Entrevista Motivacional com a utilização de Balança Decisória, Psicoeducação e técnicas como Olhar pra Frente e Olhar pra Trás. Em pacientes ambivalentes ou ainda pré-contemplativos em relação a determinado comportamento, a balança decisória poderá ajudar o paciente a tomar uma decisão mais consistente. A motivação para mudança deve ser trabalhada objetivando um estilo de vida compatível com a eutímia e a interrupção do uso de substâncias. Psicoeducação acerca da substância consumida também é fortemente recomendada (Ribeiro, Laranjeira & Cividanes, 2005).

A adesão ao tratamento farmacológico foi sistematicamente trabalhada com a paciente, pois se sabe que em pacientes com THB, a regra geral não é a cooperação, a qual pode não ocorrer por vários motivos, estando entre eles os efeitos colaterais, erros de dosagem, aumentos de dose por conta própria e uso de medicações que interferem no efeito dos estabilizadores de humor (Neto, 2004), como foi o caso dos diuréticos.

No final do tratamento, houve a redução dos comportamentos bulímicos e a paciente ficou eutímica, com conseqüente diminuição de sua fissura por drogas. A paciente permaneceu em abstinência de álcool e seu consumo de maconha diminuiu. Tais resultados condizem com a literatura, pois se acredita que, em usuários de drogas com comorbidades psiquiátricas, a melhora destas últimas está associada a uma evolução favorável do transtorno por uso de substâncias, o que reduz o risco de recaída e aumenta a qualidade de vida do paciente (Alves, Kessler & Ratto, 2004).

Considerações finais

O tratamento sinérgico de Transtorno de Humor Bipolar e Bulimia nesta paciente dependente química foi um método útil para a prevenção a recaída do álcool e redução do consumo de maconha, além de esbater os sintomas e prejuízos decorrentes do transtorno de humor e alimentar. Espera-se que este estudo tenha trazido importante contribuição, tendo em vista a relevância do tratamento sinérgico de todas as patologias presentes para a melhora da qualidade de vida e prognóstico dos pacientes, além da escassez de estudos de caso que compartilhem a realização de um tratamento integrado, a partir do embasamento teórico da Terapia Cognitivo-Comportamental.

Estudos de casos são extremamente úteis para avaliar e revisar intervenções, sendo ótima ferramenta de compreensão frente a determinadas situações. Entretanto, casos clínicos apresentam pouca capacidade de generalização dos resultados obtidos, razão pela qual se ressalta que os presentes dados sejam utilizados com cautela. Sugere-se que novos estudos de casos clínicos de tratamento sinérgico sejam elaborados e compartilhados com a comunidade científica a fim de compartilhar conhecimentos técnicos úteis para a prática profissional em saúde e contribuir para a construção do conhecimento científico na área.

Referências

- Alves, H., Kessler, F., & Ratto, L. R. C. (2004). Comorbidade: uso de álcool e outros transtornos psiquiátricos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26, 51-53.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - DSM IV-TR* (4ªed. revisada). Porto Alegre: Artmed.

- Araujo, R. B., Oliveira, M. S., Pedroso, R. S., Miguel, A. C., & Castro, M. G. (2008). Craving e dependência química: conceito, avaliação e tratamento. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 84, 57-63.
- Araujo, R. B., Oliveira, M. S., Moraes, J. F., Pedroso, R. S., Port, F., & Castro, M. G. (2007). Validação da versão brasileira do Questionnaire of Smoking Urges-Brief. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(4), 166-175.
- Bacaltchuk, J., Hay, P., Trefiglio, R. P. (2001). Antidepressants versus psychological treatments and their combination for bulimia nervosa. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., & Leise, B. S. (1993). *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. New York: Guilford Press.
- Beck, J. S. (1997). *Terapia cognitiva: Teoria e prática*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brasiliano, S. (2005). *Comorbidade entre Dependência de Substâncias Psicoativas e Transtornos Alimentares: perfil e evolução de mulheres*. Tese de doutorado, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Brunette, M. F., Asher, D., Whitley, R., Lutz, W. J., Wieder, B. L., Jones, A. M. et al. (2008). Implementation of integrated dual disorders treatment: a qualitative analysis of facilitators and barriers. *Psychiatric Services*, 59(9), 989-995.
- Carroll, K. M. (2004). Behavioral Therapies for Co-occurring Substance Use and Mood Disorders. *Biological Psychiatry*, 56(10), 778-784.
- Colom, F., Vieta, E., Martinez-Aran, A., Reinares, M., Goikolea, J. M., Benabarre, A. et al. (2003). A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Archives of General Psychiatry*, 60, 402-407.
- Cordeiro, D. C., & Diehl, A. (2010). Comorbidades psiquiátricas. In A., Diehl, D. C., Cordeiro, R., Laranjeira (Orgs). *Dependência Química: Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Costa, R. T., Cheniaux, E., Rosaes, P. A., Carvalho, M. R., Freire, R. C., Versiani, M. et al. (2011). A eficácia da terapia cognitivo-comportamental para o tratamento do transtorno bipolar: um estudo controlado e randomizado. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 33(2), 144-149.
- Cruz, M. S., Barbeito, M. M., & Mathias, A. C. (2007) O papel das psicoterapias na abordagem do uso abusivo de drogas. In A., Gigliott, & A., Guimarães (Orgs.). *Dependência, compulsão e impulsividade*. Rio de Janeiro: Rubio.
- Diehl, A., Cordeiro, D. C., & Laranjeira, R. (2010). Abuso de cannabis em pacientes com transtornos psiquiátricos: atualização para uma antiga evidência. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 32(1), 541-545.
- Dobson, K., & Dozois, J. A. (2006). Fundamentos históricos e filosóficos das terapias cognitivo-comportamentais. In K. S., Dobson (Org.) *Manual de terapias cognitivo-comportamentais*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Duchesne, M., Almeida, P. E. (2002). Terapia cognitivo-comportamental dos transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(3), 49-53.

- Gonzalez-Pinto, A., Gonzalez, C., Enjuto, S., Fernandez de Corres, B., Lopez, P., Palomo, J. et al. (2004). Psychoeducation and cognitive-behavioral therapy in bipolar disorder: an update. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2, 83-90.
- Knapp, P., Luz, J. R., & Baldisserotto, G. V. (2001). Terapia cognitiva no tratamento da dependência química. In B., Rangé (Ed.) *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Krishnan, K. R. (2005). Psychiatric and Medical Comorbidities of Bipolar Disorder. *Psychosomatic Medicine*, 67, 1-8.
- Lotufo Neto, F. (2004). Terapia comportamental cognitiva para pessoas com transtorno bipolar. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(3), 44-46.
- Machado-Vieira, R., Santin, A., & Soares, J. (2004). O papel da equipe multidisciplinar no manejo do paciente bipolar. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(3), 51-53.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1993). *Prevenção da Recaída*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (2009). *Prevenção de Recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos aditivos*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Mcelroy, S. L. (2004). Diagnosing and Treating Comorbid Bipolar Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(15), 35-44.
- Miklowitz, D. J., George, E. L., Richards, J. A., Simoneau, T. L., & Suddath, R. L. (2003). A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60(9), 904-912.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2001). *Entrevista Motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Nunes, E. V., & Levin, F. R. (2004). Treatment of Depression in Patients with Alcohol or Other Drug Dependence: a Meta-Analysis. *Journal of the American Medical Association*, 291(15), 1887-1896.
- Range, B., & Marlatt, G. A. (2008). Terapia cognitivo-comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(2), 88-95.
- Ratto, I., & Cordeiro, D. (2010). Principais comorbidades psiquiátricas na dependência química. In N. B., Figlie, S., Bordin, R., Laranjeira. *Aconselhamento em Dependência química*. São Paulo: Roca.
- Ribeiro, M., Laranjeira, R., & Cividanes, G. (2005). Transtorno bipolar do humor e uso indevido de substâncias psicoativas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(1), 78-88.
- Sanches, R. F., Assuncao, S., & Hetem, L. A. (2005). Impacto da comorbidade no diagnóstico e tratamento do transtorno bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(1), 71-77.
- Segal, A., Cordás, T. A., D'ellia, F. L., Larino, M. A., Alvarenga, M. S., Bucarechi, H. et al. (1995). Bulimia nervosa: tratamento. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44, 25-31.
- Simpson, S. G., Al-Mufti, R., Andersen, A. E. et al. (1992). Bipolar II Affective Disorder in Eating Disorder Inpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 719-722.
- Whittall, M. L., Agras, W. S., & Gould, R. A. (1999). Bulimia nervosa: a meta-analysis of psychosocial and pharmacological treatments. *Behavior Therapy*, 30, 117-135.
- Zaleski, M., Laranjeira, R.R., Marques, A. C., Ratto, L., Romano, M., Alves, H. N. et al. (2006). Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas

(ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(2), 142-148.

Ziedonis, D., & Brady, K. (1997). Dual diagnosis in primary care: detecting and treating both the addiction and the mental illness. *Medical Clinics of North America*, 81(4), 1017-1036.