

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Andreza Carla de Souza Lopes

Prejuízos de funções executivas e coerência central na anorexia: meta-análise e protocolos de avaliação e remediação cognitiva

São Paulo
2022

ANDREZA CARLA DE SOUZA LOPES

Prejuízos de funções executivas e coerência central na anorexia: meta-análise e protocolos de avaliação e remediação cognitiva

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutora em Ciências.

Área de Concentração: Neurociências e Comportamento.

Orientador: Prof. Dr. Táki Athanássios Cordás

São Paulo
2022

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE
TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO,
PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

LOPES, ANDREZA CARLA DE SOUZA

Prejuízos de funções executivas e coerência central na anorexia nervosa: meta-análise e protocolos de avaliação e remediação cognitiva/ ANDREZA CARLA DE SOUZA LOPES; Orientador TÁKI ATHANÁSSIOS CORDÁS. -- São Paulo, 2022.

331f.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Neurociências e Comportamento) -- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2022.

1. NEUROPSICOLOGIA. 2. ANOREXIA NERVOSA. 3. FUNÇÕES EXECUTIVAS. 4. COERÊNCIA CENTRAL. 5. TERAPIA DE REMEDIAÇÃO COGNITIVA. I. CORDÁS, TÁKI ATHANÁSSIOS, orient. II. Título.

NOME: Andreza Carla de Souza Lopes

TÍTULO: Prejuízos de funções executivas e coerência central na anorexia: meta-análise e protocolos de avaliação e remediação cognitiva

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutora em Ciências.

Aprovado em:

Banca Examinadora:

Prof (a). Dr (a). TÁKI ATHANÁSSIOS CORDÁS

Instituição: INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DO HCFMUSP

Assinatura: _____

Prof (a). Dr (a). MARCELO FERNANDES COSTA

Instituição: INSTITUTO DE PSICOLOGIA - IPUSP

Assinatura: _____

Prof (a). Dr (a). KARIN LOUISE LENZ DUNKER

Instituição: FISIOPATOLOGIA EXPERIMENTAL (FMUSP)

Assinatura: _____

Prof (a). Dr (a). FELIPE QUINTO DA LUZ

Instituição: INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DO HCFMUSP

Assinatura: _____

Prof (a). Dr (a). ADRIANA TTEJGER KACHANI

Instituição: NUTRICIONISTA - CONSULTÓRIO PARTICULAR

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Historicamente, fazer um doutorado traz consigo um mundo de desafios com altos e baixos, um processo que envolve a transformação de uma vida e que me fez enxergar esta vida de um prisma diferente. O doutoramento, como um processo contínuo de pesquisa, me motivou a buscar cada vez mais o conhecimento científico, investir na minha carreira acadêmica e estudar muito. No entanto, essa caminhada envolve muito mais do que o investimento de tempo, de dinheiro, mas um investimento de vida, que muitas vezes oscila pelos contratempos que o caminho nos traz.

Ao longo dos últimos 9 anos de pós-graduação stricto-sensu (mestrado e doutorado), vivi muitos desafios, altos e baixos, tombos, mudanças de direção, e quem diria, uma pandemia no meio da trajetória. O tema da minha pesquisa foi construído em cada detalhe e para ele foram desenhados métodos específicos, com muito cuidado, carinho e empenho. Ao longo do mestrado e doutorado a trajetória da minha pesquisa tem se realizado com as oportunidades que a vida acadêmica, de pesquisadora e de neuropsicóloga tem se posto a mim. O desenvolvimento da neuropsicologia dos transtornos alimentares tem se consolidado no Brasil, com o desenho da minha pesquisa, e eu, com humildade, tenho muito orgulho disso. Tenho orgulho de realizar minha pesquisa no hospital referência de atendimento à pacientes com transtornos alimentares do país, o AMBULIM. E me realizo em fazer parte de uma equipe fenomenal de profissionais voluntários, que se dedicam para esse fim.

O desenvolvimento da pesquisa se deu a partir da nossa prática profissional no Ambulim, no entanto, no meio do caminho me deparei com a pandemia, que simplesmente trouxe mudanças radicais na pesquisa. Aquilo que era uma pesquisa com exames de ressonância magnética, avaliação neuropsicológica e a intervenção com a reabilitação neuropsicológica com a Terapia de remediação cognitiva, precisou ser mudada abruptamente. Nesse momento uma enxurrada de sentimentos veio sobre mim, com uma frustração sem medidas. Me vi diante de limitações que foram superadas uma a uma, fazendo uma readaptação na pesquisa, o que me trouxe esperança. Nessa hora o pensamento de pesquisador e a capacitação que tem sido construída ao longo dessa caminhada, foram essenciais para a concretização do trabalho.

Eu construí uma história nessa caminhada, que me abriram portas para a vida de pesquisadora, que me levaram para o outro lado do oceano Atlântico, na terra da rainha, construindo pontes de conhecimento e parcerias interinstitucionais. E para que isso

acontecesse, o meu coração se enche de gratidão ao meu orientador *Dr. Táki Cordás*, que acreditou em mim, a manauara corajosa que saiu de sua terra em busca de sonhos. Que confiou em mim e me deu oportunidade para mostrar um pouco desse conhecimento que temos construído ao longo dessa história. Ele foi essencial para que eu me tornasse o que eu sou hoje, mesmo quando eu não acreditava que era capaz.

Ao longo dessa caminhada tive ainda, a oportunidade de trabalhar com pesquisadores nacionais e internacionais da minha temática. Pessoas as quais tenho muito respeito, que acreditaram na minha capacidade de desenvolver essa loucura de sonho, e que me deram a oportunidade de construir novos conhecimentos juntos. Minha gratidão à *Paula Costa Teixeira, Maira Colombarolli e Ruth Grigolon*, pesquisadoras competentes e que acreditaram em mim, quando eu já estava sem forças para continuar, e que no puxar do fôlego, andaram comigo na caminhada da pesquisa. Minha gratidão também, à *Dra. Kate Tchanturia*, da King's College de Londres, Reino Unido, pelo apoio na tradução do Manual de Terapia de Remediação Cognitiva (TRC).

Por fim, a caminhada do doutorado, para mim, tem valor de uma jornada de vida. Como disse no início dessa dedicatória, os desafios foram muitos ao longo do caminho. Durante esse processo eu perdi meu pai, *Luiz Otaviano*, a pessoa que mais me apoiava e que tinha muito orgulho de mim. Ele foi meu apoio, meu provedor, e acima de tudo meu amigo. Sua perda balançou minha caminhada, mas não me fez desistir, mas acreditar, que talvez fosse possível. No meio do processo de doutoramento, as oscilações emocionais vieram num assombro, em meio a dificuldades de viver sozinha com um filho pequeno, em uma metrópole, e ter que viver uma vida de pesquisadora e ao mesmo tempo de provedora, mas não me fez desistir. E como se não bastasse, em meio a uma pandemia, eu peguei Covid-19, e fiquei entre a vida e a morte. Nesse momento eu reconheci que eu não tinha mais controle sobre minha vida, e que contra a morte não podemos lutar. E aqui, em meio às lágrimas, eu preciso reconhecer as orações, as demonstrações de carinho, de amor, de fé, o apoio incondicional de pessoas que andaram comigo no vale escuro dessa doença. Impossível nomear todas as pessoas, mas a minha gratidão à Deus e ao cuidado de cada uma delas, se faz presente todos os dias. Assim, não tenho como comemorar esse título, sem comemorar à vida. A mais uma oportunidade que Deus me deu para continuar essa história.

Agradeço à Deus pela minha mãe *Rosemary Lopes*, ela que é a responsável por eu estar aqui escrevendo essa dedicatória, com o coração agradecido pelo seu amor e cuidado comigo durante todo esse tempo. Da mesma forma, agradeço aos meus irmãos *Danny Lopes*,

Alexandra Lopes, Tatiana, meus cunhados Luciana e Glaerdson e, aos meus sobrinhos: Débora, Rebeca, Joana, Paulo, Maria Clara, Maria Luiza e Emily.

Finalmente, já no último ano, no apagar das luzes, para a concretização dessa jornada, minha vida mudou mais uma vez. O amor, na sua forma romântica de existência, bateu na minha porta e eu me permiti vivê-lo. Esse amor tem sido a base para que eu pudesse, emocionalmente, estar em condições para finalizar essa etapa da minha vida acadêmica. E por isso eu louvo à Deus pela família que hoje eu tenho: meu amor *Alisson Siqueira* e meus filhos, *Benjamin, Lutero e Hadassa*. Eles são meu porto seguro e estiveram comigo nesses últimos meses, me dando suporte para que eu pudesse despende horas escrevendo essa tese. E para eles dedico essa construção de conhecimento. Amo vocês meus amores! E em especial, dedico esse trabalho ao meu pequeno *Benjamin*, meu filho, meu amor, minha vida, meu presente de Deus. Ele que dividiu comigo cada momento de alegria, de luta, de tristeza, de sofrimento e de muita esperança. Ele que, diretamente, sentiu cada mudança que nos acometia durante esse processo. Lhe peço perdão pelas ausências, pelas alterações de humor, pelas longas horas que deixei você me esperando, enquanto eu escrevia essa tese. Sei que o tempo não volta a trás, mas vamos fazer valer a pena cada momento juntos, como sempre fizemos. É para você meu amor!!!

Hoje, ao concluir esse doutorado, reconheço a responsabilidade de receber o título de PhD. Responsabilidade esta pautada no compromisso de continuar minha jornada de comprometimento com o desenvolvimento da ciência, na compreensão do comportamento humano a partir do olhar da neurociências. Meu desejo é retribuir à sociedade o reconhecimento que me foi dado ao me tornar uma PhD.

AGRADECIMENTOS

À Deus pela graça de permitir que esse projeto se realizasse, distante dos meus familiares e amigos, me dando condições, emocional, espiritual e material, nessa caminhada. Não existe razão pela qual eu viva senão pela Sua Graça. Obrigada Senhor!

A todos os colegas do AMBULIM, pelo apoio e contribuição no desenvolvimento desta pesquisa.

Às minhas queridas e companheiras estagiárias, neuropsicólogas Célia Almeida e Gabriela Nunes pelo apoio e pela dedicação na realização desta pesquisa, em nosso árduo trabalho de avaliação neuropsicológica. E por todas aquelas que, em vários momentos dessa caminhada, nos ajudaram: Patricia Gundim, Henriette Baena Cardeal e Leticia Alvarenga Dantas.

À equipe de revisores do Manual de Terapia de Remediação Cognitiva Alisson Rogério Caetano de Siqueira, Martha Falcão de Castro e Costa, Felipe Quinto da Luz, Livia Maria Cunha Bueno Villares da Costa e Maria Rita Gascón.

Aos amigos que foram, indiscutivelmente especiais, em todo o processo de construção deste trabalho, contribuindo de alguma forma para que eu lograsse êxito, em especial: Paula Costa Teixeira, Maira Colombarolli, Roberta Catanzaro Perosa, Deise Rosseti, Gisele Cristine, Mirella Baise, Marcela Carvalho e Tatiana Vianna.

À Prof^a Dra. Daniela Maria Oliveira Bonci, coordenadora do Programa de Pós-graduação em Neurociências e Comportamento, pelo suporte incondicional e pelo carinho, em vários momentos durante esta caminhada.

Aos professores Dr. Marcelo Costa e Dr. José Apolinário, pelas valiosas contribuições na Banca de qualificação. Seus ensinamentos e experiências foram primordiais para a pesquisa. Meu muito obrigada!

À CAPES pela concessão da bolsa durante a formação (88887476062/202000).

EPÍGRAFE

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes”.

Martin Luther King

RESUMO

LOPES, A. C. S. Prejuízos de funções executivas e coerência central na anorexia: meta-análise e protocolos de avaliação e remediação cognitiva [Tese de Doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia, 2022.

Apesar do entendimento sobre a neuropsicologia dos transtornos alimentares ter aumentado consideravelmente nas últimas décadas, ainda existem algumas lacunas de conhecimento importantes relacionadas a avaliação e reabilitação neuropsicológica de pessoas com anorexia nervosa, bem como sua implementação de forma adequada à população brasileira. O objetivo desta tese foi investigar dados atuais das principais alterações cognitivas de pessoas com AN – Anorexia Nervosa, através do uso de instrumentos adequados para a avaliação neuropsicológica, bem como subsidiar o uso de técnicas adaptadas para a população brasileira para a intervenção cognitiva. Foram realizados três estudos para atender esse objetivo, investigando (1) diretrizes, baseadas em evidências científicas, de instrumentos que permitissem a construção de protocolos e procedimentos baseados na prática clínica, para a avaliação neuropsicológica de pessoas com anorexia nervosa; (2) uma revisão sistemática com metanálise sobre o funcionamento executivo e coerência central em pacientes diagnosticados com AN, para identificar a existência de comprometimentos da FE – Funções Executivas, em pacientes com AN, comparados com controles saudáveis, a partir de testes padronizados que avaliam flexibilidade cognitiva (Teste de Trilhas, Parte B – TMT-B e Wisconsin Card Sorting Test - WCST), tomada de decisão (Iowa Gambling Task -IGT), planejamento visuoespacial e coerência central (Teste de Figuras Complexas de Rey). O último estudo desta tese foi (3) a tradução e adaptação cultural, para o contexto brasileiro, do manual da Terapia de Remediação Cognitiva (TRC). As bases para a condução destes estudos e os seus principais achados foram discutidos ao longo desta tese.

Palavras-chave: Anorexia Nervosa, Neuropsicologia, Funções Executivas, Coerência Central, Terapia de Remediação Cognitiva.

ABSTRACT

LOPES, A. C. S. Impairments of executive functions and central coherence in anorexia: meta-analysis and cognitive assessment and remediation protocols [Doctoral Thesis]. São Paulo: the University of São Paulo, Institute of Psychology, 2022.

Although our understanding of the neuropsychology of eating disorders has increased considerably in recent decades, there are still some critical knowledge gaps related to the assessment and rehabilitation of people with anorexia nervosa and its implementation in an acceptable way for the Brazilian population. The objective of this thesis was to investigate current data on the main cognitive alterations of people with Anorexia Nervosa - AN through the use of adequate instruments for neuropsychological assessment and to subsidize the use of techniques adapted for the Brazilian population for cognitive intervention. We carried out three studies to meet this objective, investigating (1) guidelines based on scientific evidence of instruments that allow the construction of protocols and procedures based on clinical practice for the assessment of people with anorexia nervosa; (2) a systematic review with meta-analysis on executive functioning and central coherence in patients diagnosed with AN, to identify the existence of Executive Functions - EF impairments in patients with AN, compared with healthy controls, from standardized tests that assess cognitive flexibility (Test of Trails, Part B - TMT-B and Wisconsin Card Sorting Test - WCST), decision making (Iowa Gambling Task -IGT), visuospatial ability and central coherence (Rey's Complex Figures Test). The last study of this thesis was (3) the translation and cultural adaptation, for the Brazilian context, of the Cognitive Remediation Therapy (CRT) manual. The bases for conducting these studies and their main findings have been discussed throughout this thesis.

Keywords: Anorexia Nervosa, Neuropsychology, Executive Functions, Central Coherence, Cognitive Remediation Therapy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Nível de gravidade através do IMC	15
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AN	Anorexia Nervosa
CAPPesq	Comissão de Ética de Projetos de Pesquisa do HCFMUSP
CC	Coerência central
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais
FEs	Funções Executivas
FMUSP	Faculdade de Medicina da USP
GC	Grupo Controle
HCFMUSP	Hospital das Clínicas da FMUSP
IGT	Iowa Gambling Test
IPQ/FMUSP	Instituto de Psiquiatria do HCMUSP
RN	Reabilitação neuropsicológica
ROCF	Teste de Figuras complexas de Rey (Rey-Osterrich Complex Figures Test)
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMT	Trail making test
TRC	Terapia de Remediação Cognitiva
WCST	Teste Wisconsin de Classificação de Cartas (Wisconsin Card Sorting Test)

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	4
AGRADECIMENTOS	7
EPÍGRAFE	8
RESUMO	9
ABSTRACT	10
LISTA DE ILUSTRAÇÕES	11
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	12
CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO À TESE	15
1.1 Anorexia Nervosa.....	15
1.2. Neurobiologia do comportamento alimentar: anorexia nervosa.....	18
1.3. Neuropsicologia dos transtornos alimentares: anorexia nervosa.....	21
1.3.1 Alterações cognitivas na anorexia nervosa.....	24
1.3.2 Funções Executivas na anorexia nervosa	25
1.3.3 Coerência Central	31
1.4 Reabilitação Neuropsicológica nos Transtornos Alimentares: anorexia nervosa	33
1.5 Terapia de Remediação Cognitiva.....	34
1.6 OBJETIVOS.....	37
CAPÍTULO 2 - PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA NA ANOREXIA NERVOSA: DIRETRIZES DE MELHORES PRÁTICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS.	38
Introdução.....	41
Metodologia.....	43
Resultados e Discussão.....	44
Recomendações gerais.....	57
Considerações Finais	57
CAPÍTULO 3 - REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA E SUA META-ANÁLISE ACERCA DOS PREJUÍZOS DO FUNCIONAMENTO EXECUTIVO E DA COERÊNCIA CENTRAL EM PACIENTES COM ANOREXIA NERVOSA.	70
Introdução.....	73
Método.....	74
Resultados.....	78
Discussão.....	79
Considerações Finais	81
CAPÍTULO 4 - TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO CULTURAL PARA O CONTEXTO BRASILEIRO, DO MANUAL DA TERAPIA DE REMEDIAÇÃO COGNITIVA (TRC)...	92
Introdução.....	95
Método.....	97

Resultados e Discussão.....	99
Considerações Finais	105
CAPÍTULO 5 - DISCUSSÃO.....	109
CONSIDERAÇÕES FINAIS	113
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	115

CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO À TESE

1.1 Anorexia Nervosa

A **Anorexia Nervosa (AN)** é um transtorno alimentar caracterizado pela recusa a manter um peso corporal na faixa mínima, um temor intenso de engordar com uma distorção significativa da imagem corporal. A preocupação com o peso torna-se obsessiva, gerando diversos comportamentos decorrentes da necessidade de ter o controle absoluto sobre a magreza (APA, 2014).

Segundo os critérios diagnósticos estabelecidos pelo Manual Diagnóstico e Estatísticos dos Transtornos Mentais – DSM-5 (APA, 2014), a AN pode se apresentar nos subtipos restritivo e purgativo. No subtipo restritivo há uma perda de peso significativa, essencialmente por meio de dieta excessivamente restritiva, jejum e/ou exercício físico. Já no subtipo purgativo há a presença de episódios recorrentes de compulsão alimentar, seguidos de comportamento purgativo, tais como vômitos autoinduzidos, uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas.

O quadro de AN também deve ser especificado quanto a remissão, sendo esta parcial, em que depois de terem sido preenchidos todos os critérios para a AN, o critério não foi satisfeito, porém os critérios B ou C ainda se fazem presentes; ou remissão total, quando depois de terem sido preenchidos todos os critérios para a AN, nenhum dos critérios foi sustentado por determinado período (APA, 2014).

Além dos subtipos e remissões, um dos fatores importantes no diagnóstico da AN se dá quanto a sua gravidade, identificado através o Índice de Massa Corporal (IMC) atual (ver tabela 1), determinado de acordo com os critérios da Organização Mundial de Saúde, que, conforme o DSM-5 (APA, 2014), sua gravidade pode ser aumentada considerando o reflexo dos sintomas clínicos, o nível de incapacidade funcional e a necessidade de supervisão do indivíduo.

Figura 1 – Nível de gravidade através do IMC

<p>Leve: IMC ≥ 17 kg/m² Moderada: IMC 16-16,99 kg/m² Grave: IMC 15-15,99 kg/m² Extrema: IMC < 15 kg/m²</p>

Fonte: APA, 2014

No que se refere à etiologia, postula-se que a AN tem causa multifatorial, com fatores biológicos, psicológicos e sociais implicados. Entre os fatores predisponentes, na história dos transtornos alimentares, especificamente da AN, destacam-se os padrões presentes no ambiente familiar, a genética, histórico de transtorno alimentar e/ou transtornos de humor na família, o contexto sociocultural, em que se observa padrões de beleza rígidos, uma extrema valorização do corpo magro, culpa ao se alimentar etc., com grande influência das mídias sociais (Jagielska & Kacperska, 2017). Outro fator de grande relevância, é a busca de dietas que, comportamentalmente, podem desencadear o transtorno alimentar, mas não de maneira isolada, sendo necessário outros fatores de risco e/ou outros eventos precipitantes. Além desses fatores, observa-se ainda a presença de distorções cognitivas, traços de personalidade, as purgações, os distúrbios de imagem corporal, e eventos adversos (abuso sexual, perdas importantes, bullying), bem como alterações no estado nutricional, que podem estar ligados à etiologia da AN (Jagielska & Kacperska, 2017; Morgan, Vecchiatti, & Negrão, 2002).

A AN, em geral apresenta-se um quadro crônico associado a complicações clínicas decorrentes da desnutrição e dos métodos compensatórios para o controle de peso, tais como: alterações dermatológicas, odontológicas, hematológicas, nos sistemas digestório, cardiovascular, imunológico, reprodutivo, endocrinológico, osteomuscular e no sistema neurológico, apresentando alterações neuropsiquiátricas e neuropsicológicas (Halmi, 2012; B. J. Sadock & Sadock, 2007; Salzano et al., 2011). Além das complicações clínicas descritas, pessoas com AN apresentam o risco de suicídio elevado, com taxas de 12 por 100.000 por ano, sendo considerado o transtorno psiquiátrico com maior risco de mortalidade (Veras, Ximenes, Vasconcelos, Medeiros, & Sougey, 2018).

Nos quadros de AN podemos identificar várias limitações funcionais, tais como: isolamento social significativo e/ou fracasso em atingir o nível acadêmico ou profissional potencial. Apresentam dificuldades significativas para tomar decisões sobre todos os aspectos de suas vidas, exceto sobre aqueles relacionados à alimentação e ao peso corporal (APA, 2014).

Alguns estudos relatam que pessoas com AN apresentam altas taxas e uma variedade de comorbidades psiquiátricas, sendo mais prevalentes os transtornos de humor, como o transtorno bipolar e o transtorno depressivo, considerado o quadro mais prevalente, em pessoas com AN, com taxa de aproximadamente 40% no subtipo restritivo e de 82% para o subtipo purgativo; transtornos de ansiedade, com 24% para o subtipo restritivo e 71% para o subtipo purgativo; prevalência de 10 a 62% de transtorno obsessivo compulsivo (TOC) entre as mulheres com AN; e dependência de álcool e de substâncias, atingindo cerca de 25% dos

pacientes com transtornos alimentares (Jagielska & Kacperska, 2017; Marucci et al., 2018; Sansone & Sansone, 2010).

Quando gravemente abaixo do peso, indivíduos com anorexia nervosa apresentam sinais e sintomas depressivos, como humor deprimido, isolamento social, irritabilidade, insônia e diminuição da libido. Na medida em que alguns desses aspectos também são observados em indivíduos sem anorexia nervosa, mas significativamente subnutridos, muitos dos aspectos depressivos podem ser secundários às sequelas fisiológicas da semi-inanição, embora também possam ser graves o suficiente para justificar um diagnóstico adicional de transtorno depressivo (APA, 2014, p. 314).

No que se refere às comorbidades, pacientes com AN do subtipo restritivo apresentam mais frequentemente transtornos de personalidade (TP) evitativo, TP obsessiva-compulsiva e o TP dependente, já as pacientes com AN do subtipo purgativo o TP mais descrito é o do tipo borderline (Jagielska & Kacperska, 2017; Louzã & Cordás, 2020; Marucci et al., 2018).

Por ser uma doença com altas taxas de morbidade e mortalidade, a eficácia dos tratamentos é imprescindível, pois seus efeitos podem se tornar crônicos, com impacto significativo no funcionamento físico, psicológico e social. O tratamento de pacientes com AN tanto pode ser feito tanto em nível ambulatorial quanto internação hospitalar parcial ou completa, e requer profissionais especializados para a realização de um acompanhamento multiprofissional, com equipe composta de psiquiatras, nutricionistas e psicólogos, abordando as complicações clínicas e nutricionais; comorbidades clínicas e psiquiátricas; recuperação dos aspectos cognitivos, volitivos e afetivos; prevenção de recaída e recorrência do comportamento alimentar disfuncional; recuperação funcional da autoestima; desenvolvimento da auto responsabilização sobre o tratamento, além da terapia familiar, bem como outras especialidades que são importantes no tratamento multiprofissional (Floresi et al., 2012).

A internação hospitalar é recomendada quando o paciente apresenta, no caso da AN, o peso corporal com menos de 75% do peso mínimo esperado; índice de massa corporal - IMC abaixo da faixa de 13 a 14 kg/m²; presença de alterações hemodinâmicas, hidroeletrólíticas e metabólicas importantes, como: hipotensão arterial grave, bradicardia, hipotermia, hipoglicemia, hipopotassemia; alterações físicas indicativas de ameaça imediata à sobrevivência da paciente, como: disfunção cardíaca, renal ou hepática, sintomas de desidratação e desnutrição graves (Guimarães et al., 2002).

A natureza da sintomatologia da AN, requer tratamentos específicos e especializados, tanto com cuidados físicos quanto psicológicos. Diretrizes para o tratamento de pessoas com AN são descritos em diversos artigos e nas Diretrizes para terapias psicológicas baseadas em

evidências da Academy for Eating Disorders, que trazem evidências científicas dos resultados encontrados nessas intervenções (AED, 2020; Brockmeyer, Friederich, & Schmidt, 2018; Watson & Bulik, 2013). Elas incluem: a Terapia Cognitivo Comportamental para Transtornos Alimentares CBT- TA (Cognitive-Behavioral Therapy for Eating Disorders - CBT-E) (Fairburn, 2008), o modelo Maudsley para tratamento de adultos com anorexia nervosa (Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults – MANTRA) (Schmidt et al., 2015), a terapia familiar (Family-Based Treatment – FBT) (J. Lock & Le Grange, 2015), Specialist Supportive Clinical Management - SSCM (McIntosh et al., 2006) e a Terapia Psicodinâmica Focal (Focal Psychodynamic Therapy – FPT) (H.-C. Friederich & Herzog, 2014).

1.2. Neurobiologia do comportamento alimentar: anorexia nervosa

Vários mecanismos estão envolvidos na neurobiologia do comportamento alimentar, como estruturas neurais, sistemas neuroquímicos e neuroendócrinos. Além desses sistemas, mecanismos intestinais e hipotalâmicos contribuem para a regulação do metabolismo energético desses comportamentos alimentares, bem como sistemas córtico-límbicos de ordem superior, desempenham um papel importante na fisiopatologia dos transtornos alimentares. Esses sistemas integram o comportamento alimentar e podem controlar os sinais homeostáticos (Ely et al., 2016).

Conceitos fundamentais são importantes para a compreensão do funcionamento das redes que envolvem comportamento alimentar, tais como:

“Fome: é a sensação fisiológica que sinaliza a busca de alimentos frente a uma possível privação; apetite: é a busca por alimentos independentemente da fome, e que geralmente tem relação a algum alimento específico; saciação: é a regulação do consumo alimentar em curto prazo, representando o impacto de determinado alimento/nutriente na sensação de plenitude gástrica no momento da ingestão; e, saciedade, que é a regulação do consumo alimentar em longo prazo, que impacta a sensação de plenitude gástrica ao longo de horas após a ingestão (Ximenes, pg.19, 2019)”.

Nas redes que envolvem o comportamento alimentar, podemos encontrar a rede que codifica a percepção do estímulo alimentar, que compreende a ínsula e o cíngulo anterior. A ínsula junto com o opérculo frontal, processa informações sensoriais básicas sobre os alimentos. A segunda rede inclui o núcleo accumbens, putâmen e caudado, bem como o córtex orbitofrontal e a amígdala. Essas regiões codificam a importância da recompensa e motivação

alimentar, bem como contribuem para o comportamento de aproximação ou de evitação. A terceira rede ajuda a controlar o consumo alimentar com base na consideração de resultados de curto e longo prazo (por exemplo, ganho de peso). Essa rede inclui o caudado dorsal e o cíngulo dorsal anterior, o córtex pré-frontal lateral e o córtex parietal. Esses sistemas em interação, avaliam o valor da recompensa dos alimentos e a consequência de consumi-los, integrando essas informações com impulsos homeostáticos e motivacionais para orientar o comportamento alimentar. E é aqui que observamos que a alteração no equilíbrio de recompensa e inibição pode contribuir para um comportamento alimentar disfuncional (Adan & Kaye, 2011; Ely et al., 2016).

O sistema de recompensa é uma construção ampla que pode englobar recompensas inatas como alimentos, bem como reforços aprendidos ou complexos. Ele está localizado nos gânglios de base, e é o principal circuito responsável pelos comportamentos aditivos, podendo ser ativado naturalmente, por meio de estímulos ambientais agradáveis, interação social, sexo, alimentos, músicas etc. (García-García et al., 2014). Ao serem satisfeitos certos impulsos, há uma liberação de dopamina que gera uma sensação de prazer, que o cérebro aprende a procurar e repetir. Através de múltiplos receptores sensoriais, este sistema avalia as opções à disposição e, instintivamente, promove a ingestão de alimentos com certas características que lhe conferem uma maior recompensa (Guyenet, 2017). Regiões importantes deste circuito incluem estriado ventral (recebe dados dopaminérgicos do mesencéfalo, impulsiona a motivação e inicia a recompensa), córtex orbitofrontal (avaliação da recompensa), e cíngulo anterior (monitoramento de erros, expectativa de recompensa) (Frank et al., 2019; Kelley & Berridge, 2002).

Na AN, onde há uma ingestão alimentar severamente restrita, observa-se a relação entre um controle inibitório hiperativo em combinação com circuitos de recompensa pouco ativos. Estudos mostram respostas alteradas a estímulos visuais relacionados com alimentos ou corpos, no sistema de recompensa em indivíduos com AN (Fladung et al., 2010; Holsen et al., 2012). Em estudo recente, onde os participantes viram fotos positivamente valiosas (não relacionadas a comida e ao corpo) e foram solicitados a regular suas emoções, observou-se atividade estriatal ventral correlacionada com as ruminções relacionadas ao corpo e o afeto negativo na AN, sugerindo que a regulação da emoção interage tanto com pensamentos de transtornos alimentares quanto com sentimentos depressivos (Seidel et al., 2018). Em dois estudos utilizando estímulos monetários ou de sabor, o recebimento ou omissão inesperadas se refletiu em uma maior resposta cerebral da insula e do estriado em adolescentes com AN quando comparado com os controles. A ativação cerebral previu o ganho de peso durante o

tratamento, mas a restauração de peso a curto prazo não estava associada à normalização da resposta cerebral (DeGuzman et al., 2017; Frank et al., 2017). Esses estudos sugeriram uma resposta cerebral relacionada à dopamina que não se normaliza facilmente com a recuperação do peso (Frank et al., 2017). Segundo esses estudos, circuitos de recompensa alterados em AN podem estar associados à aprendizagem alterada e função cerebral da dopamina, bem como características como sensibilidade à punição podem ser predisponentes (Frank et al., 2018).

Estudos de ressonância magnética têm mostrado que indivíduos com AN apresentam alterações com aumento da atividade dentro dos circuitos dorsolaterais que são responsáveis pela tomada de decisão e inibição; no córtex orbitofrontal, que sinaliza para o corpo parar de comer; no estriado dorsal, ligado ao comportamento habitual; e, na insula direita, responsável pelas sensações de paladar, a interocepção, o que o faz capaz de sentir seus próprios sinais corporais (Gaudio, 2016; Scharner, 2019). Nesses indivíduos essas alterações o fazem ignorar ou inibir o sinal de fome e mostrando hipersensibilidade às sensações corporais (Ely et al., 2016; Foerde et al., 2015; Frank, 2014; Kaye et al., 2013). Estudos neuropsicológicos relatam alteração na percepção visual, como a percepção háptica (tátil), propriocepção (sentido da sua posição no espaço) ou interocepção (sentido de órgãos internos) em indivíduos com AN, mostrando alterações na ínsula, o que sugere que esta possui uma função essencial na intersecção entre interocepção e no processamento cognitivo-emocional (Elburg & Treasure, 2013; Frank et al., 2016; Kerr et al., 2016).

Indivíduos com transtornos alimentares apresentam alterações significativas no controle inibitório, demonstrando inibição reduzida que vai além dos alimentos (por exemplo, uso de substâncias, furtos, autolesão). Estudos de neuroimagem sugerem que essa alteração pode estar relacionada à falha em envolver adequadamente circuitos frontoestriatais que regulam o comportamento (Ely et al., 2016). Na AN o controle cognitivo aprimorado pode contribuir para o aumento da capacidade de restringir. Nesses pacientes, estudo de imagem revelam o aumento da atividade dentro de circuitos cognitivos dorsolaterais associados à tomada de decisão e controle inibitório (Kaye et al., 2013). Segundo Ely (2016), esses achados sugerem que o aumento da ativação em regiões relacionadas ao controle durante o atraso na gratificação pode estar por trás da extrema restrição alimentar, característica da AN.

Diversas alterações neuroendócrinas podem ocorrer com indivíduos com transtornos alimentares. Na AN ocorre a ativação do cortisol pela perda de peso, assim como mudanças hormonais, diminuição do tamanho das mamas, amenorreia, perda da massa óssea e diminuição dos pelos pubianos. Alterações importantes nas secreções hormonais, tais como: hormônio luteinizante (LH), hormônio folículo estimulante (FSH) e estrógeno são achados

comuns em pacientes com baixo peso e podem levar a padrões semelhantes aos da fase pré-puberal, que melhoram com o ganho de peso e a melhora dos sintomas psíquicos característicos do transtorno (Quevedo & Izquierdo, 2020; Joanna E. Steinglass et al., 2019).

A herdabilidade genética contribui para aproximadamente 28% a 74% do risco de desenvolver um transtorno alimentar. O risco de suscetibilidade à AN é quatro vezes maior em membros da família que já apresentam um quadro de AN, e parentes do sexo feminino apresentam 11 vezes mais chances de desenvolver AN do que indivíduos que não possuem parentes com AN. A estimativa de herdabilidade para AN obtida de estudos com gêmeos, varia de 0,48 a 0,74, significando que até 74% da variação fenotípica pode ser explicada por fatores genéticos (Rege, 2021; Yilmaz, Hardaway, & Bulik, 2015). Além do mais, as taxas de concordância para AN em gêmeos monozigóticos são significativamente mais altas do que as de gêmeos dizigóticos (APA, 2014).

1.3. Neuropsicologia dos transtornos alimentares: anorexia nervosa

Dentre os vários fatores envolvidos na etiologia dos transtornos alimentares, alterações no sistema nervoso central têm sido investigadas, dando enfoque nas alterações cognitivas (Duchesne et al., 2004; Lopes, 2016; M E Roberts, Tchanturia, Stahl, Southgate, & Treasure, 2007). Assim, dentre as diversas avaliações realizadas no processo diagnóstico, a avaliação neuropsicológica de pacientes com AN, tem a finalidade de investigar a ocorrência de déficits cognitivos associados à essa patologia.

A cognição, resultado da relação cérebro - comportamento, foi definida por Lezak (2004) como a atividade mental, a interpretação interna ou a transformação de informações armazenadas, em que adquirimos informações por meio dos nossos sentidos e as armazenamos na memória, envolvendo, conseqüentemente, processos de percepção, atenção, memória, linguagem, assim como comportamentos físicos e emocionais. A fim de relacionar o cérebro e outros aspectos do sistema nervoso ao processamento cognitivo e ao comportamento, surgem investigações em neurociência cognitiva, bem como a neuropsicologia, combinando análises neurocientíficas e psicológicas, para avaliação do funcionamento cognitivo (M. D. Lezak, 2012; L. Malloy-Diniz, 2010; L. Malloy-Diniz, Mattos, Abreu, & Fuentes, 2016).

A neuropsicologia é um campo do conhecimento interessado em estabelecer as relações existentes entre o funcionamento do sistema nervoso central, as funções cognitivas e o comportamento, tanto nas condições normais quanto nas patologias, atuando na sua

avaliação e tratamento (Fuentes, 2008; Miotto, Lúcia, & Scaff, 2012). Conforme Lezak (2012), é uma ciência que investiga a expressão comportamental de disfunções cerebrais. É uma área crescente nas últimas décadas e que reflete a sensibilidade das diversas áreas da saúde para a prática da avaliação neuropsicológica, como contribuição essencial para diagnósticos, avaliações e prognósticos de diversas patologias.

Estudar a etiologia de alterações cognitivas é um dos grandes fundamentos da investigação neuropsicológica, podendo surgir em indivíduos portadores de doenças que atingem primária ou secundariamente o cérebro. De acordo com Fuentes (2008), para a investigação dessas alterações a neuropsicologia desenvolve a função de aplicação de técnicas de entrevistas, exames quantitativos e qualitativos, preocupando-se com a correlação entre a organização cerebral e as alterações comportamentais e cognitivas. Não concentra seu interesse apenas na localização das alterações, mas no estabelecimento da extensão, do impacto e das consequências cognitivas, comportamentais e na adaptação emocional e social que a doença pode causar nas pessoas.

A avaliação neuropsicológica possibilita o raciocínio acerca de hipóteses diagnósticas, identifica de maneira pormenorizada o tipo e a extensão da alteração cognitiva, discrimina as funções cognitivas preservadas ou comprometidas, a presença de alterações comportamentais e de humor, bem como o impacto nas atividades de vida diária, ocupacional. Social e pessoal do indivíduo. O termo “função cognitiva” significa a integração das capacidades de percepção, de ação, de linguagem, de memória e de pensamento (Mader-Joaquim, 2010).

Na avaliação neuropsicológica, os testes são instrumentos objetivos e padronizados de investigação do comportamento, que informam sobre a organização normal dos comportamentos desencadeados a partir de sua execução, ou de suas perturbações em condições patológicas. Por isso faz-se necessária o exame de personalidade, pois na medida em que há um comprometimento cerebral, as alterações de personalidade podem acontecer de forma direta, ou seja, relaciona às condições patológicas, como resultado das dificuldades de adaptação, e em decorrência dos prejuízos cognitivos e comportamentais (M. D. Lezak, 2012; L. Malloy-Diniz et al., 2016).

Segundo Lezak (2012), o comportamento pode ser conceitualizado em três grandes sistemas funcionais: as funções cognitivas, os aspectos emocionais e as funções executivas. As funções cognitivas envolvem os aspectos do comportamento relacionados ao processamento da informação, divididas em quatro classes, por analogia às operações computacionais de input, estocagem, processamento e output, que são: funções receptivas, memória, pensamento e funções expressivas, além das “variáveis de atividade mental” (nível

de alerta, atenção e taxa de atividade ou velocidade). Os aspectos emocionais, incluem as variáveis de personalidade e emoção. Geralmente as alterações nestas funções, consequentes de danos cerebrais, são resultantes de interações complexas entre o distúrbio neurológico, as demandas sociais, os modelos comportamentais prévios e as reações a todos esses três fatores. Já as funções executivas, refletem a capacidade do sujeito de engajar-se em comportamento independente, proposital e autorregulado, referindo-se a forma como o comportamento é expressado. Por meio da execução desses sistemas, o homem compreende e interage com o mundo, incluindo seus estímulos internos (pensamentos e sentimentos, entre outros), pois é por intermédio da capacidade cognitiva que se podem planejar ações, realizar julgamentos e solucionar problemas (M. D. Lezak, 2012; Mader-Joaquim, 2010; Sternberg & Sternberg, 2017).

Segundo Lopes (2016), nas avaliações neuropsicológicas em pacientes com AN, além das complicações clínicas, também são identificados alterações neurocomportamentais, déficits cognitivos, distorções da imagem corporal e por vezes alterações cognitivas leves (Cordás, 2010; Duchesne et al., 2004; Flores, Aratangy, Azevedo, & Barroso, 2012; Halmi, 2012; B. Sadock & Sadock, 2007). Portanto, a avaliação neuropsicológica desses pacientes, tem como principal finalidade investigar o estabelecimento da extensão, do impacto e das consequências cognitivas e comportamentais, na adaptação emocional e social geradas pela patologia ou por disfunções ou lesões cerebrais (Fuentes, Malloy-Diniz, Camargo, & Cosenza, 2014; M. D. Lezak, 2012; L. Malloy-Diniz et al., 2016).

Por apresentarem um perfil neuropsicológico com características específicas, os estudos com pessoas com AN, relatam o uso de diversos instrumentos que possibilitam a investigação desses déficits cognitivos. No entanto, existe uma gama de instrumentos para avaliação desses processos cognitivos, que possibilita o raciocínio acerca de hipóteses diagnósticas, identifica de maneira pormenorizada o tipo e a extensão da alteração cognitiva, discrimina as funções cognitivas preservadas ou comprometidas, a presença de alterações comportamentais e de humor, bem como o impacto nas atividades de vida diária, ocupacional, social e pessoal do indivíduo (M. Lezak, 2012; Spreen & Strauss, 2006).

Diante da vasta quantidade de instrumentos neuropsicológicos para avaliação de uma mesma função cognitiva, é que se fez necessário a realização de um estudo, com um direcionamento, baseado em evidências científicas, de instrumentos que permitam a construção de protocolos e procedimentos baseados na prática clínica, para a avaliação neuropsicológica de pessoas com anorexia nervosa.

1.3.1 Alterações cognitivas na anorexia nervosa

Investigações no funcionamento cognitivo de pessoas com AN tem sido uma temática alvo de muitas pesquisas científicas, tendo em vista alterações importantes e que têm impacto no funcionamento cerebral, bem como na funcionalidade dos indivíduos (Lopes, 2016). Segundo Barros e Castellana (2020), em pacientes que apresentam desnutrição grave, é observado uma redução no fluxo sanguíneo na região frontal, com prejuízo na função ocular e na memória visual, bem como na memória retrógrada. Além disso, a presença de disfunção nos sistemas serotoninérgicos e dopaminérgicos leva a desregulação emocional e déficits de memória e de processamento das informações, prejudicando a crítica de pacientes com AN, ou seja, alterações no funcionamento executivo, que é uma das principais alterações cognitivas nessa população.

Alterações cognitivas nas funções atencionais (vigilância e atenção seletiva, velocidade de processamento), na memória (memória verbal de longo prazo e memória visuoespacial) e em alguns processos das funções executivas (estratégias organizacionais, flexibilidade cognitiva, coerência central e tomada de decisão) são relatados em vários estudos que avaliam indivíduos com AN, que causam impactos significativos (Bosanac et al., 2007; Giel et al., 2011, 2013; Gillberg et al., 2010; Hatch et al., 2010; Pinhas et al., 2014; Sherman et al., 2006).

A AN é caracterizada por problemas com alimentação, peso e imagem que muitas vezes se desenvolvem no contexto de traços de personalidade obsessiva-compulsiva e perfeccionista (Wade & Tiggemann, 2013). Esses traços de personalidade estão associados a um pior prognóstico e podem regular o efeito do tratamento (Crane, Roberts, & Treasure, 2007; Sauro, Castellini, Lelli, Faravelli, & Ricca, 2013). Esses traços são parte de um componente importante do modelo cognitivo, particularidades do início e manutenção da AN (Treasure & Schmidt, 2013). Nesse modelo, são identificadas características cognitivas, como os traços obsessivos-compulsivos e perfeccionismos, que são considerados fatores de vulnerabilidade para o desenvolvimento da AN, bem como contribuem para a manutenção do transtorno, através das crenças e comportamentos. Uma das premissas desse modelo é que traços obsessivos-compulsivos e perfeccionismo são fenótipos intermediários, pois surgem de estilos de processamento cognitivo como a inflexibilidade e a coerência central fraca (Lang et al., 2016b). A coerência central refere-se a um estilo cognitivo pelo qual há um viés de processamento para detalhes ou informações locais em detrimento da integração global ou

“essência” (F. G. E. Happé & Booth, 2008). A seguir discutiremos sobre o funcionamento executivo e coerência central na AN.

1.3.2 Funções Executivas na anorexia nervosa

As funções executivas (FEs) referem-se ao controle cognitivo de ordem superior, que de forma integrada, permitem que o indivíduo direcione comportamentos a objetivos, avalie a eficiência e a adequação dos comportamentos, abandonando estratégias ineficientes em favor de outras mais eficientes, resolvendo assim, problemas imediatos, de médio e longo prazos (M. D. Lezak, 2012; L. F. Malloy-Diniz, Fuentes, Mattos, & Abreu, 2018; L. Malloy-Diniz et al., 2016). O conceito de FEs foi inicialmente definido pelas funções do lobo pré-frontal, como o cérebro executivo. O termo surgiu do esforço para compreender as funções neuropsicológicas mediadas pelas regiões pré-frontais ou pré-motoras do cérebro (Barkley, 2012). Elas são essenciais para o comportamento efetivamente independente, criativo e socialmente construtivo, e atual no controle e regulação de outros processos comportamentais, incluindo a cognição e emoção, e são requeridas sempre que o indivíduo se engaja em tarefas ou situações novas, para as quais não possui um esquema comportamental prévio ou automatizado, no caso da resolução de problemas, no estabelecimento de objetivos e tomada de decisão, fundamentais no funcionamento adaptativo no dia a dia (Dias & Seabra, 2013).

As FEs possuem um longo curso de desenvolvimento, iniciando na infância, por volta dos 12 meses, em um trajeto até a adolescência ou no início da vida adulta. Um outro ponto importante é que, as habilidades do funcionamento executivo parecem seguir trajetos de desenvolvimento distintos, podendo se consolidar em diferentes momentos, onde algumas habilidades podem ser estabelecidas na adolescência, enquanto as mais complexas, atingem a maturação mais tardiamente no ciclo vital (Baggetta & Alexander, 2016; Dawson & Guare, 2010; Dias & Seabra, 2013; Papazian, Alfonso, & Luzondo, 2006).

Vários modelos, definições e componentes são discutidos na literatura sobre o funcionamento executivo (Baggetta & Alexander, 2016; Barkley, 2012; M. D. Lezak, 2004), que promovem uma melhor compreensão acerca dessas habilidades que orientam comportamentos fundamentais a situações de aprendizagem e funcionamento cotidiano; permitem o monitoramento e a regulação dos comportamento; são propícios à cognição, e habilidades fundamentais para o desempenho comportamental e socioemocional; e, possuem características multidimensionais (Dias & Malloy-Diniz, 2020).

Na AN, um traço cognitivo relevante parece ser a disfunção executiva, que inclui elementos neurocognitivos específicos, e têm sido considerados como indicadores de risco e acredita-se ser um possível endofenótipo na AN. Dentre as principais habilidades do funcionamento executivo, podemos encontrar: controle inibitório, memória de trabalho, flexibilidade cognitiva, planejamento, tomada de decisão e autorregulação.

- **Controle Inibitório:** é definido como capacidade de controlar a atenção, comportamento, cognição e emoções, de modo a inibir respostas, atuando de maneira apropriada diante do contexto/situação. Essa habilidade coloca o indivíduo no controle de seus comportamentos e processos cognitivos, ultrapassando o controle por eventos externos, emoções ou tendências prévias ou automáticas, permite a inibição de comportamentos ou rotinas automáticas e a implementação de rotinas controladas ou conscientes (Barkley, 2012; Dawson & Guare, 2010; Diamond, 2013; L. F. Malloy-Diniz et al., 2018).

Segundo Malloy-Diniz et al. (2018) o controle inibitório apresenta dois componentes: o controle de interferência, que se subdivide no controle da atenção focada e na atenção seletiva, e a inibição cognitiva, referente a capacidade de inibir e selecionar pensamentos e memórias específicas; e a inibição de respostas, onde há de fato a ação do indivíduo no controle do impulso. Sem controle inibitório o indivíduo estaria à mercê de impulsos, velhos hábitos de pensamentos ou ação (respostas condicionadas), e/ou estímulos no ambiente. Alterações no desenvolvimento dessa habilidade ou o comprometimento dela, após uma lesão neurológica ou devido a outros fatores, podem levar a alterações comportamentais, incluindo impulsividade, baixa tolerância à espera, com necessidade de recompensa imediata e déficits de autorregulação (Barkley, 2012; Diamond, 2013; L. F. Malloy-Diniz et al., 2018; Seabra, Laros, Macedo, & Abreu, 2014).

Na avaliação do controle inibitório de pessoas com AN, pesquisas identificaram uma redução significativa no desempenho de resposta inibitória, comparando pacientes com AN e grupo controle. Esses achados sugerem que sujeitos com condições extremas de peso (AN e pacientes obesos) tiveram perfil disfuncional executivo semelhante, no aspecto do controle inibitório, que podem desempenhar um papel de desenvolvimento e manutenção de tais transtornos (Bartholdy et al., 2017; Kullmann et al., 2014; Lopes, 2016).

Um estudo avaliando o controle inibitório, em uma série de testes, identificou uma capacidade mista nos pacientes com AN, com um pobre desempenho na tarefa do IGT e no Wisconsin Card Sorting Test (WCST) e não significativamente diferente no teste de trilhas e no Hayling test (Fowler et al., 2006). Na avaliação do controle inibitório através de exames de imagem, revelam que participantes com AN mostram significativamente uma menor ativação

neural da rede de controle inibitório e mais erros de comissão para estímulos ativos e inativos, dado que sugere falta de inibição e alta impulsividade (F. G. E. Happé & Booth, 2008).

- **Memória de trabalho ou memória operacional (MO):** refere-se à habilidade de sustentar a informação em mente por tempo limitado, enquanto realiza a solução de algum problema, realiza alguma atividade ou tarefa mental (Barkley, 2012). A memória de trabalho é fundamental para a capacidade de ver conexões entre coisas aparentemente não relacionadas e separar elementos de um todo registrado e, portanto, para a criatividade, porque ela envolve desmontar e recombina elementos de novas maneiras (Diamond, 2013). Ou seja, ela possibilita ao indivíduo relacionar ideias, integrar informações presentes com outras armazenadas na memória de longo prazo, lembrar sequências ou ordens de acontecimentos, bem como, projetar sequências de ações futuras. Ela se desenvolve algo longo da infância e adolescência até o início da vida adulta (Baggetta & Alexander, 2016; Barkley, 2012; Diamond, 2013; Seabra et al., 2014).

Estudos recentes avaliaram a MO em pessoas com AN (Bentz et al., 2017; Biezonski, Cha, Steinglass, & Posner, 2016; Giombini, Moynihan, Turco, & Nesbitt, 2017; Phillipou, C, DJ, LA, & SL, 2015; Ritschel et al., 2017; Solstrand Dahlberg et al., 2017). Desses seis estudos, nenhum relatou melhor desempenho da MO em AN em comparação com GC; alguns relataram normalização da função MO após o tratamento, como terapia de remediação cognitiva (CRT) e tratamento hospitalar (Castro-Fornieles et al., 2010; Giombini et al., 2017), enquanto outros mostram que o déficit permanece após a recuperação (Ritschel et al., 2017). Essa inclinação para o relato de pior desempenho da MO na AN pode refletir o fato de que pode haver um melhor desempenho da MO na AN, mas que isso é utilizado principalmente para o exercício de cognições detalhadas, rígidas e complexas sobre preocupações relacionadas à alimentação.

Biezonski et al. (2016) identificaram anormalidades estruturais e funcionais tálamo-corticais em pessoas com AN, que coincidem com déficits em tarefas de investigação de MO e controle inibitório. Da mesma forma, o aumento da ativação temporoparietal em pessoas recuperadas da AN, durante uma tarefa de aprendizagem probabilística, sugere um marcador de traço para o excesso de controle cognitivo e ineficiência para aprender a partir de novas experiências (Ritschel et al., 2017). Esses achados são sugestivos de comportamento rígidos e cada vez mais detalhadas (relacionadas à alimentação e à imagem corporal) que são apoiadas pela função excessiva da MO que são difíceis de serem alteradas.

- **Flexibilidade Cognitiva/Mental:** refere-se à habilidade que permite mudar de perspectiva (tanto espacial quanto interpessoal), prioridades ou regras e adaptar-se às

demandas ou regras do ambiente (Diamond, 2013). É a habilidade mais complexa das funções executivas, pois envolve tanto a habilidade de inibir a perspectiva prévia (inibição) quanto a de ativar, na memória operacional, a nova abordagem ao problema. Também está envolvido nesse conceito, a criatividade, que possibilita o indivíduo lidar com situações novas, sem que fique preso a padrões rígidos ou pré-estabelecidos de comportamento (Barkley, 2012; Dawson & Guare, 2010; Seabra et al., 2014). Tem seu desenvolvimento significativo entre 5 a 7 anos de idade, apesar de seu contínuo crescimento ao longo da infância e adolescência (Seabra et al., 2014).

Revisões sistemáticas concluíram que adultos e adolescentes diagnosticados com AN apresentam dificuldades significativas de flexibilidade cognitiva (Lang, Stahl, Espie, Treasure, & Tchanturia, 2014b; Westwood, Stahl, Mandy, & Tchanturia, 2016). Tais estudos sugerem que a baixa flexibilidade cognitiva pode influenciar a manutenção dos sintomas da AN e contribuir para a resistência ao tratamento (Lang, Stahl, et al., 2014b; Kate Tchanturia, Lloyd, & Lang, 2013; Treasure & Schmidt, 2013). Além disso, a inflexibilidade cognitiva tem sido identificada por contribuir para comportamentos compulsivos envolvidos na sintomatologia da doença, incluindo comportamentos de controle o peso e o consumo de alimentos, fixação na contagem de calorias, comportamentos alimentares ritualizados, foco em exercícios intensos, dificuldades de interação social, rigidez na resolução de problemas e dificuldades em aprender novos comportamentos (H. C. Friederich, Wu, Simon, & Herzog, 2013; Marion E. Roberts, Tchanturia, Stahl, Southgate, & Treasure, 2007a; Kate Tchanturia, Lloyd, et al., 2013). Conseqüentemente, a rigidez cognitiva e os comportamentos que envolvem flexibilidade, geralmente apresentam desafios durante o tratamento da AN e podem diminuir a adesão do paciente nos programas de tratamento (Kate Tchanturia, Lloyd, et al., 2013).

Na avaliação da flexibilidade e cognitiva, verificou-se em vários estudos realizados por Tchanturia (2005; 2007a; 2012, 2004; 2011; 2016) que pacientes com AN, apresentaram dificuldades na flexibilidade cognitiva, persistindo mesmo após o ganho de peso, sugerindo traços característicos que podem fazer parte do endofenótipo da AN. Essa alta taxa de deficiência foi identificada mais significativamente no subtipo purgativo, sendo clinicamente associado à maior duração da doença e aos mais severos rituais de restrição e purgação dos transtornos alimentares (Lounes et al., 2011; L. F. et al. Malloy-Diniz, 2010; Sarrar et al., 2011; J E Steinglass et al., 2006).

A inflexibilidade é uma característica diagnóstica que, nos achados clínicos, está relacionada aos aspectos da doença. Verifica-se que em parte, essa característica poderia estar

associada à traços familiares, e provavelmente envolvido na manutenção da doença. Assim, nos estudos realizados com pacientes com AN, essas apresentaram déficits significativos na flexibilidade quando comparados com GC (Brogan, Hevey, & Pignatti, 2010; Danner et al., 2012; Fuglset, 2021; S E Lindner, Fichter, & Quadflieg, 2014; Solano-Pinto, de-la-Pena, Solbes-Canales, & Bernabeu-Brotons, 2018; Kristin Stedal, Rose, Frampton, Landrø, & Lask, 2012).

Shott et al. (2012) realizaram um estudo com adolescentes com AN, em que identificaram baixo desempenho na flexibilidade quando comparados com controles pareados, enquanto adultos com AN tiveram resultados mais bem comparados com o GC. Esse estudo sugere que ineficiências na flexibilidade pode não ser um fator de vulnerabilidade para o desenvolvimento de AN em adolescentes, mas podem se tornar um aspecto importante do transtorno em uma idade mais avançada, e pode apontar o desenvolvimento de alterações neurológicas que podem afetar a AN em diferentes idades, principalmente quando consideramos que os sintomas da AN tendem a se manifestar nesse período da adolescência.

Em outros estudos que avaliaram a flexibilidade cognitiva em pacientes com AN, encontrou-se erros perseverativos significativos e baixo desempenho, em testes neuropsicológicos, quando comparadas ao grupo controle, indicando problemas de flexibilidade cognitiva, pobre correspondência entre a medida de autodireção e o desempenho no teste, sugerindo que possuem alterações neurocognitivas específicas que podem desempenhar um papel no desenvolvimento e manutenção desse transtorno (Favaro et al., 2013; Galimberti et al., 2013).

- **Planejamento:** é uma habilidade complexa das FEs, pois envolve a capacidade do indivíduo traçar um objetivo, partindo de um ponto inicial, definir as melhores formas de alcançá-lo e organizar os passos necessários, com uma sequência adequada, para chegar ao determinado fim (L. F. Malloy-Diniz et al., 2018).

Na avaliação do Planejamento, estudos mostraram (Kullmann et al., 2014; Lindner, Fichter, & Quadflieg, 2012) que pacientes com AN tiveram tempo de reação muito baixo, nos testes que avaliaram essa função, sendo compatível com características perfeccionistas e de rigidez de personalidade. E esse prejuízo permaneceu mesmo depois da recuperação de AN.

- **Tomada de Decisão:** é uma habilidade que envolve a escolha de uma dentre várias alternativas em situações que incluam algum nível de incerteza (Dias & Seabra, 2013). É um processo que inclui a utilização de outras habilidades (p.ex., memória operacional, flexibilidade cognitiva, controle inibitório, planejamento etc.). Ocorre quando o indivíduo precisa:

“... analisar as alternativas considerando diversos elementos, como análise custo/benefício (considerando as repercussões da decisão em curto, médio e longo prazos), aspectos sociais e morais (repercussão da decisão para si e para outras pessoas) e autoconsciência (possibilidade pessoais para arcar com a escolha) (L. F. Malloy-Diniz et al., 2018)”.

A capacidade de estimar a probabilidade de consequências positivas/negativas entre si, desempenha um papel importante na tomada de decisões, assim como o controle de impulso e o planejamento da ação (Betzler, Viohl, & Romanczuk-Seiferth, 2017). No entanto, algumas tarefas de tomada de decisão podem exigir menos controle executivo quando podem ser concluídas usando estratégias cognitivamente menos exigentes, quando, por exemplo, respostas são impulsionadas por padrões claros “perceptivos” ou pistas ambientais. Isso ocorre quando essas decisões se baseiam em associações aprendidas ou em processos de reconhecimento/recuperação relativamente sem esforço, ou são formadas com em uma simples heurística de decisão. Bem como, algumas decisões podem exigir um tipo de conhecimento especializado que pode ser adquirido com a experiência ou idade, demandando menos de habilidades cognitivas e funções executivas. Ou seja, aqui há uma identificação da importância da aprendizagem nos processos de tomada de decisão (Del Missier, Mäntylä, & Bruin, 2012; Rilling & Sanfey, 2011; Schall, 2005; Volz, Schubotz, & von Cramon, 2006).

Com relação à tomada de decisão, vários estudos (S E Lindner et al., 2012; Pieters et al., 2006) confirmaram a hipótese de déficit na tomada de decisão em pacientes com AN, sem diferenças entre os subtipos restritivo e purgativo. Esses estudos identificaram que pacientes com AN apresentam resultados significativamente inferiores em testes que avaliam essa função. Esse desempenho no Iowa Gambling Test - IGT (Bechara, 2007) pode representar um correlato neuropsicológico comum de pacientes com comportamento alimentar deficiente, e essa deficiência na tomada de decisão de pacientes anoréxicas, provavelmente está relacionada às características individuais que contribuem para expressão fenomenológica do transtorno. A ativação e as regiões adicionais necessárias para uma tomada de decisão com bom desempenho no IGT, sugerem que os participantes com AN necessitam de mais recursos e usam um estilo neuropsicológico menos eficiente (Fagundo et al., 2012; Moeller, Barratt, Dougherty, Schmitz, & Swann, 2001). Observa-se que pessoas com AN, no IGT, tendem a escolher opções mais desvantajosas que exige mais tempo para a resolução de problemas complexos, em comparação com controles saudáveis. Além da dificuldade na tomada de decisão, o prejuízo na flexibilidade era mais evidente nas tarefas visuoespaciais, sugerindo ser um "endofenótipo" que pode estar relacionado à distorção de imagem corporal, característico da AN (Aloi et al., 2015).

1.3.3 Coerência Central

Um dos processos cognitivos em que também se identifica alterações significativas em pacientes com AN é a coerência central, que se refere a um estilo cognitivo em que há um viés de processamento para a detalhes ou informações locais em detrimento da integração global ou “essência” (ambos de processamento de detalhe superior e processamento holístico pobres) (Kuelz, Hohagen, & Voderholzer, 2004). A teoria da coerência central propõe que os seres humanos têm um impulso inerente para formar um todo coerente, integrando peças de informações relevantes. A maioria das pessoas tende a processar estímulos recebidos do contexto, a fim de obter uma essência significativa da situação, muitas vezes em detrimento de detalhes superficiais. Em contrapartida, indivíduos que apresentam fraca coerência central, apresentam uma dependência excessiva do processamento local ou fragmentado e uma falha na integração das informações para processar estímulos do contexto (F. Happé, 2013).

O conceito de fraca coerência central foi cunhado por Uta Frith no seu livro *“Autism: explaining the Enigma”* (Frith, 1989) onde postulou que em crianças com autismo, essa capacidade de coerência é diminuída. Assim, sua capacidade de processar a informação é afetada no sentido de que as ideias e pensamentos são “separados” do contexto e carecem de sentido de conexão um com o outro. Isso resulta em um perfil cognitivo único de indivíduos com autismo, onde eles mostram uma tendência para o processamento de informações locais detalhadas e uma correspondente fraqueza em extrair a forma ou significado global (Aljunied & Frederickson, 2013). Algumas das dificuldades são identificadas na fraca coerência central, mostrando que as pessoas apresentam uma tendência em ver conexões e generalizar habilidades; foco peculiar de atenção e desatenção a novas tarefas; dificuldade em priorizar e escolher; e, preferência pelo conhecido (Culmine, Dunlop, & Stevenson, 2010).

Estudos de pacientes com AN, identificaram, a partir do modelo de características cognitivas e dos traços de personalidade obsessivos compulsivos e perfeccionistas, evidências de vulnerabilidade para o desenvolvimento de estilos de processamento cognitivo, tais como a flexibilidade cognitiva e a coerência central fraca (Hamatani et al., 2018; Lang, Lopez, Stahl, Tchanturia, & Treasure, 2014; Susanne E Lindner, Fichter, & Quadflieg, 2013; C. Lopez, Tchanturia, Stahl, & Treasure, 2008b). Elas sustentam a hipótese de que indivíduos com AN tem uma tendência para processamento de detalhes e dificuldade na integração global, indicativo de fraca coerência central, o que pode responder em parte pela observação incessante do próprio corpo e dificuldade de interação com outros indivíduos (Booth, 2006).

A avaliação da coerência central é realizada através do cálculo do índice de coerência central, onde é obtido a partir dos resultados do índice de estilo e de ordem (Booth, 2006; Carolina Lopez, Tchanturia, Stahl, & Treasure, 2009). Essa avaliação é realizada através do teste Figura Complexa de Rey (Oliveira & Rigoni, 2010) no qual é solicitado que o indivíduo copie, com maior precisão possível o desenho mostrado.

No estudo realizado por Happé (2013), observou-se uma tendência para detalhes sobre a integração global em vários transtornos alimentares, no entanto, este perfil foi mais acentuado em pessoas com AN. Foi avaliada a coerência central em pacientes recuperados, no entanto, a literatura demonstra que esses indivíduos exibem um perfil intermediário, em que o seu desempenho se encontra entre aqueles com AN e controles saudáveis.

Lang et al.(2014) afirmam que essa observação de que este viés no processamento de informação continua a estar presente em ambos, tanto no paciente em fase aguda quanto no recuperado, o que sugere que a coerência central fraca pode ser um endofenótipo do transtorno alimentar.

A avaliação neuropsicológica da habilidade visuo espacial revelou que aspectos de processamento de detalhes e integração global (coerência central) mostraram correlações com conectividade dessa área do cérebro no grupo de AN. Os achados identificaram que pacientes com AN apresentaram dificuldades visuo espaciais específicas e podem explicar a falha do processo de integração visual, informação perceptual, e somato sensorial que pode sustentar o distúrbio de imagem corporal (Swinbourne & Touyz, 2007; Kate Tchanturia, Smith, et al., 2013).

A preferência para o processamento detalhado sobre integração global não é específica da AN, e tem sido observado em outras doenças, como por exemplo, o TOC (Davies et al., 2012; Lang, Stahl, et al., 2014) e transtorno do espectro autista (2008). Tais distúrbios apresentam semelhanças nos estilos cognitivos em vários domínios, incluindo fraca coerência central e de flexibilidade/rigidez cognitiva. Além disso, também tem sido realizado estudos que têm traçado um paralelo entre o perfil socioemocional do TOC e traços autísticos com pacientes com AN (Lang, Stahl, et al., 2014). Estas taxas de comorbidade elevadas, juntamente com traços neuropsicológicos compartilhados e sintomatologia clínica, sugerem fortemente que esses transtornos compartilham um mecanismo subjacente comum. Tal pensamento evidencia ainda mais a importância de adaptar os tratamentos para as populações com transtorno alimentar, por exemplo incorporando o trabalho com foco na neurocognição e emoção, e no treinamento dessas habilidades (2014).

Evidências científicas mostram alterações de flexibilidade cognitiva e na coerência central. No entanto, faz-se necessário a atualização desses dados, através de uma compreensão estatística dos resultados apresentados nas pesquisas que investigam o funcionamento executivo de pessoas com AN. Assim, um dos objetivos deste trabalho foi a revisão da literatura sobre o funcionamento executivo em pacientes diagnosticados com AN, através de uma abordagem meta-analítica sobre essa literatura para identificar a existência de comprometimentos das FEs em pacientes com AN, em comparação com controles saudáveis.

1.4 Reabilitação Neuropsicológica nos Transtornos Alimentares: anorexia nervosa

Segundo a Organização Mundial de Saúde OMS (“WHO | Rehabilitation,” 2020), a reabilitação neuropsicológica (RN) pode ser definida, em seu conceito mais amplo, como um conjunto de procedimentos e técnicas que visam promover o reestabelecimento do mais alto nível de adaptação física, psicológica e social do indivíduo capacitado. A RN também pode ser definida como um processo que possibilita o alcance do potencial máximo de recuperação, bem como lidar ou conviver melhor com as dificuldades cognitivas, emocionais, comportamentais e sociais resultantes de lesão cerebral ou quadro neurobiológico.

A RN engloba um conjunto de intervenções voltadas para problemas não apenas cognitivos, mas também emocionais, comportamentais, sociais e familiares, visando recuperar ou restaurar a função cognitiva comprometida, potencializar a plasticidade cerebral ou a reorganização funcional por meio das áreas cerebrais preservadas, compensar as dificuldades cognitivas com meios alternativos ou auxílios externos que possibilitem a melhor adaptação funcional, bem como modificar o ambiente com tecnologia assistida ou outros meios de adaptação às dificuldades individuais de cada paciente (Noggle & Dean, 2013; Wilson, 2008).

Estudos sobre a plasticidade neuronal a cada dia apresentam mais evidências da alta capacidade de adaptação e reorganização do sistema nervoso, através de estímulos específicos (Kolb, Harker, & Gibb, 2017; Magee & Grienberger, 2020; Patton, Blundon, & Zakharenko, 2019). O fenômeno de plasticidade cerebral, neural ou neuronal pode ser caracterizado como a capacidade do sistema nervoso central em adaptar-se em resposta a mudanças ambientais, da experiência, do comportamento ou de algum acometimento cerebral de modo duradouro, seja uma lesão ou uma disfunção.

Nos últimos anos tem crescido substancialmente pesquisas investigando o impacto da neuropsicologia no tratamento dos transtornos alimentares, com o objetivo de avaliar a relação entre vários mecanismos do processamento cognitivo e os comportamentos

alimentares, a fim de obter uma melhor compreensão do perfil neuropsicológico, e consequentemente, a intervenção mais adequada para reabilitação cognitiva.

1.5 Terapia de Remediação Cognitiva

Muitos fatores contribuem para a causa e manutenção da AN. Existem evidências que sugerem influência de fatores genéticos, biológicos e do desenvolvimento (Jacobi, Hayward, De Zwaan, Kraemer, & Agras, 2004). Além disso, linhas convergentes de pesquisa propõem que determinados traços de personalidade tendem a manter a doença (Schmidt & Treasure, 2006). Tais traços estão relacionados a transtornos de personalidade obsessivo compulsivas que se associam ao início da doença (Crane et al., 2007). Em pessoas com AN, isso se nota com frequência (M E Roberts, Tchanturia, & Treasure, 2010; Marion E. Roberts, Tchanturia, Stahl, Southgate, & Treasure, 2007b; Kate Tchanturia et al., 2004) além de oposição a regras (Southgate, Tchanturia, & Treasure, 2009).

A flexibilidade tem sido descrita como a habilidade de se mover entre múltiplas tarefas, operações ou padrões mentais (M. D. Lezak, 2012; Miyake et al., 2000). Problemas na flexibilidade podem resultar em inflexibilidade cognitiva, e.g. abordagens rígidas e concretas ao resolver problemas e comportamento vinculado a estímulos, ou inflexibilidade de resposta (ex. Comportamento estereotipado ou perseverativo). Existem evidências fortes de pesquisa em laboratórios de neuropsicologia que indicam traços de inflexibilidade cognitiva em pacientes com AN (M E Roberts, Demetriou, Treasure, & Tchanturia, 2007; M E Roberts et al., 2010; Kate Tchanturia et al., 2004; Kate Tchanturia, Campbell, Morris, & Treasure, 2005; Tenconi et al., 2010). Essas amplas dificuldades de flexibilidade são evidentes em indivíduos com AN tanto na fase aguda da doença quanto na fase de recuperação do peso ideal (K Tchanturia, Morris, Surguladze, & Treasure, 2002; Kate Tchanturia et al., 2004). A noção de que a flexibilidade cognitiva é vista como tarefa difícil por pacientes com AN tem encontrado validação a medida em que pacientes têm sido constantemente descritos clinicamente como tendo estilos de pensamento persistentes, rígidos, conformados e obsessivos (Casper, Hedeker, & McClough, 1992; Helen Davies, Liao, Campbell, & Tchanturia, 2009; Vitousek & Manke, 1994).

Flexibilidade cognitiva implica em mudança de resposta de acordo com contingências ambientais. Um exemplo disso pode ser a mudança de rotinas para se adequar às demandas familiares, de amigos ou trabalho. Por exemplo, nas múltiplas tarefas exigidas para cozinhar uma refeição ao mesmo tempo em que cuida de uma criança. Neste caso, ambos ambientes

precisam ser mantidos em paralelo, e as respostas precisam alternar constantemente. Então, pensar de modo flexível, pode ser difícil se você prefere se concentrar em uma tarefa isolada por vez de forma meticulosa.

A TRC é uma técnica de reabilitação cognitiva que utiliza exercícios cognitivos em setting clínico, baseados em tarefas de alternância cognitiva, que visam impulsionar o engajamento em trabalhos psicológicos futuros, bem como promover a viabilidade de tornar pequenas mudanças diárias em um hábito rotineiro, que podem fornecer subsídios para grandes mudanças para comportamentos problemáticos ligados ao comer, autoimagem, peso e relacionamentos problemáticos.

A TRC tem o objetivo de, além de dar aos indivíduos uma oportunidade de fortalecer conexões cerebrais através dos exercícios, é também uma forma de encorajamento e reflexão sobre os estilos de pensar, incluindo pequenas tarefas comportamentais dando ao paciente senso de bem-estar relacionado à conclusão de uma tarefa, bem como ajudando a mentalizar e internalizar modelos de pensar diferentes.

Segundo Tchanturia as evidências do uso da TRC em pacientes com AN é baseada nos seguintes critérios:

- Não existe tratamento baseado em evidências forte o suficiente para adultos com AN. O National Institute of Clinical Excellence em 2004 resumiu as evidências para pesquisa em AN. Concluir que para pacientes jovens a terapia familiar é altamente recomendada, mas por conta de estudos limitados e resultados não promissores para adultos com AN, nenhuma recomendação pôde ser feita (NICE Guidelines, 2004).
- Existem evidências de pesquisas que pessoas com AN têm dificuldades em alternar entre estratégias cognitivas (M E Roberts et al., 2010; Kate Tchanturia et al., 2005).
- Pessoas com AN tendem a focar extensivamente em detalhes ao invés de observar situações como um todo (pensamento fragmentado mais do que integrado) (C. Lopez, Tchanturia, Stahl, & Treasure, 2008a).
- Uma grande proporção de casos de AN são resistentes ao tratamento (Gizewski et al., 2010; J. D. Lock & Fitzpatrick, 2009; Steinhausen, 2002; Steinhausen & Weber, 2009).
- Pessoas com AN severa julgam ser difícil aderir ao tratamento, ou falar sobre comida ou dores emocionais.

- TRC fornece um ambiente seguro e motivacional, um espaço onde os pacientes podem pensar sobre seus pensamentos e que provê a oportunidade para iniciar pequenas mudanças.

Vários resultados têm sido apresentados, através de estudos realizados utilizando o TRC com pacientes com AN, e têm apresentado evidências através de dados quantitativos e qualitativos: (1) baixa taxa de desistência (Kate Tchanturia et al., 2008), (2) a performance dos pacientes em tarefas cognitivas mudou de forma significativa (Southgate, Tchanturia, & Treasure, 2008), (3) melhora da auto avaliação dos pacientes em estratégias cognitivas (Genders et al., 2008) e (4) feedback positivo de modo geral para este tratamento foram dados por pacientes e terapeutas (H Davies & Tchanturia, 2005; Oldershaw, Hambrook, Tchanturia, Treasure, & Schmidt, 2010; K Tchanturia, Whitney, & Treasure, 2006; Kate Tchanturia et al., 2008, 2007; Kate Tchanturia & Lock, 2011; Whitney, Easter, & Tchanturia, 2008)(Davies and Tchanturia, 2005; Tchanturia et al., 2006, 2007; 2008; Tchanturia & Hambrook, 2009; Tchanturia & Lock, 2010; Whitney et al., 2008), evidências também indicam benefícios de longo prazo da TRC (Genders et al, 2008).

O uso da Terapia de remediação cognitiva em pessoas com AN, foi inicialmente desenvolvido e aplicado pela equipe do Instituto de Psiquiatria do South London and Maudsley NHS Foundation Trust, na Unidade de Transtornos Alimentares, do King's College de Londres, no Reino Unido. Assim, considerando a eficácia da intervenção, a partir das evidências científicas, é que esta pesquisa buscou viabilizar o uso da TRC na intervenção com a população brasileira, o que faz parte dos objetivos desta tese.

1.6 OBJETIVOS

Ainda existem lacunas de conhecimento na literatura sobre a avaliação e reabilitação neuropsicológica de pessoas com AN. Esta tese contribuirá para preencher estas lacunas de conhecimento a partir dos seguintes objetivos:

OBJETIVO GERAL:

Investigar dados atuais das principais alterações cognitivas de pessoas com AN, através do uso de instrumentos adequados para a avaliação neuropsicológica, bem como subsidiar o uso de técnicas adaptadas para a população brasileira para a intervenção cognitiva.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Propiciando diretrizes, baseadas em evidências científicas, de instrumentos que permitam a construção de protocolos e procedimentos baseados na prática clínica, para a avaliação neuropsicológica de pessoas com anorexia nervosa.
- Revisar a literatura sobre o funcionamento executivo em pacientes diagnosticados com AN. Nosso principal objetivo é conduzir uma abordagem meta-analítica sobre essa literatura para identificar se existem comprometimentos da FE em pacientes com AN, em comparação com controles saudáveis.
- Traduzir e adaptar culturalmente, para o contexto brasileiro, o manual da Terapia de Remediação Cognitiva (TRC).

CAPÍTULO 2 - PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA NA ANOREXIA NERVOSA: DIRETRIZES DE MELHORES PRÁTICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS.

A preocupação em traduzir os diferentes níveis de funcionamento nos comportamentos alimentares, considerando as manifestações neuropsicológicas como endofenótipos e experiências impostas pelo meio, e entender tudo isso à luz da neurociência, tem se tornado uma das áreas de investigação, com grandes avanços nos últimos tempos (Broomfield, Stedal, & Touyz, 2021; Jauregui-Lobera, 2014; Kristin Stedal, Scherer, Touyz, Hay, & Broomfield, 2021) . Acompanhando esse fato, vem ocorrendo uma demanda crescente da avaliação neuropsicológica como meio, não só de auxílio diagnóstico, mas também para a identificação dos déficits cognitivos e estabelecimento de prognósticos, bem como a seleção de técnicas de intervenção e tratamento, inclusive reabilitação neuropsicológica e cognitiva (M. Lezak, 2012; L. F. et al. Malloy-Diniz, 2010). A neuropsicologia tem como objetivo investigar a complexidade das atividades mentais e o sistema neuronal por meio do uso de testes neuropsicológicos.

Existe uma grande diversidade de testes de avaliação neuropsicológica para a investigação dos diversos domínios do funcionamento cognitivo (K Stedal, Frampton, Landrø, & Lask, 2012). Mais de um instrumento pode ser utilizado para a avaliação de um mesmo processo cognitivo, em que é necessário, para a escolha do instrumento, considerar a especificidade e sensibilidade dos testes para as funções a serem examinadas (M. Lezak, 2012; L. F. et al. Malloy-Diniz, 2010; Spreen & Strauss, 2006).

Aos considerarmos o fato da diversidade de instrumentos na avaliação dos processos neuropsicológicos, e o perfil de funcionamento neuropsicológico de pessoas com AN, com características específicas no funcionamento executivo, nos processos atencionais, de memória e nas habilidades visuoperceptivas, é que se levantou o questionamento: Quais os instrumentos mais indicados para a avaliação neuropsicológicas de pessoas com AN?

Esse capítulo descreve um estudo de revisão de literatura que teve como objetivo propiciar um direcionamento, baseado em evidências científicas, de instrumentos que permitam a construção de protocolos e procedimentos baseados na prática clínica, para a avaliação neuropsicológica de pessoas com AN. Assim, preenchendo esta lacuna do conhecimento, buscou-se identificar quais os instrumentos específicos e mais utilizados na

investigação do funcionamento cognitivo, considerando o perfil e os traços apresentados na sintomatologia da doença.

Esse capítulo foi submetido na revista International Journal of Eating Disorders, versão em inglês.

Protocolo de Submissão: IJED-22-0255

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA NA ANOREXIA NERVOSA: RECOMENDAÇÕES DE PRÁTICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS.

Andreza Carla de Souza Lopes¹, Máira Stivaleti Colombarolli², Táki Athanássios Cordás³

¹The University of São Paulo (USP), Neurosciences and Behavior Programme, Eating Disorders Programme (AMBULIM), Medicine School, Institute and Department of Psychiatry, Clinical Hospital, São Paulo, Brazil.

²Department of Psychology, Faculty of Philosophy, Sciences and Letters of University of São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil.

³Psychiatrist - Eating Disorders Programme (AMBULIM), Institute and Department of Psychiatry, Clinical Hospital, USP, São Paulo, Brazil. Post-Graduation Program in Neuroscience and Behavior at USP, São Paulo, Brazil. Institute and Department of Psychiatry, Medicine School, USP, São Paulo, Brazil.

Correspondência do Autor

Andreza Carla de Souza Lopes
 Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas - HCFMUSP
 Programa de Transtornos Alimentares - AMBULIM
 Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, 785
 Cerqueira César, São Paulo - SP, Brasil
 05403-010
 Tel: +5511 2661-6975
 Email: andrezacarla@usp.br

RESUMO

O objetivo desse estudo é propiciar um direcionamento, baseado na experiência clínica de um serviço de atendimento à pacientes com anorexia nervosa – AN e na revisão de evidências científicas, de instrumentos que permitam a construção de protocolos e procedimentos baseados na prática clínica, para a avaliação neuropsicológica de pessoas com AN. Foi realizada uma revisão narrativa de literatura, nas bases de dados PubMed, Psychnet e Cochrane Library, onde foram selecionados apenas artigos de revisão sistemática, metanálise e artigos de revisão de literatura, dos últimos 10 anos (2012 a 2022). Foram identificados 22 artigos de interesse e os 5 mais relevantes, foram revisados em detalhes. A partir deles, desenvolvemos recomendações sobre os instrumentos mais indicados para a avaliação neuropsicológica na AN. Devido a sintomatologia do transtorno, considerando os aspectos de funcionamento cognitivo, os traços de personalidade, e uma vasta opção de instrumentos neuropsicológicos para avaliação das funções cognitivas, faz-se necessário o desenvolvimento de um protocolo adequado que direcione a investigação do funcionamento cognitivo associados à AN.

Palavras-chave: Avaliação Neuropsicológica, Anorexia Nervosa, Protocolo.

Resumo em inglês simples

Este estudo tem como objetivo fornecer um direcionamento para a construção de um protocolo de avaliação neuropsicológica de pessoas com o diagnóstico de anorexia nervosa,

baseado nas evidências científicas apresentadas em pesquisas que avaliaram o funcionamento cognitivo na anorexia nervosa, bem como baseado na experiência clínica de um serviço especializado no atendimento deste público-alvo. Foi realizada uma revisão narrativa de literatura, com artigos publicados entre os anos de 2012 e 2022, e desenvolvido, a partir dos resultados, uma série de recomendações de testes que podem ser utilizados na construção deste protocolo de avaliação neuropsicológica, contribuindo para o direcionamento das melhores estratégias na avaliação cognitiva do perfil neuropsicológico na anorexia nervosa. Esse estudo é justificado considerando que a análise e identificação de déficits cognitivos na anorexia nervosa, pode contribuir não somente no processo diagnóstico, bem como na definição de estratégias para o tratamento e reabilitação neurocognitiva.

Introdução

A Anorexia Nervosa (AN) é um transtorno alimentar caracterizado pela restrição da ingestão alimentar para fins de redução ou controle de peso, que pode levar à desnutrição. Esse transtorno normalmente se apresenta como um quadro crônico associado a complicações clínicas decorrentes da desnutrição e dos métodos compensatórios para o controle de peso, tais como: alterações dermatológicas, odontológicas, hematológicas, nos sistemas digestório, cardiovascular, imunológico, reprodutivo, endocrinológico, osteomuscular e no sistema neurológico, apresentando alterações neuropsiquiátricas e neuropsicológicas (1–4).

Dentre os vários fatores envolvidos na etiologia dos transtornos alimentares, a disfunção no sistema nervoso central e as alterações cognitivas presentes nessa condição tem sido investigada (5–7). Argumenta-se em diversas pesquisas científicas, que o funcionamento cognitivo e comportamentos observados na AN podem ser conceituados em termos de problemas neuropsicológicos (8). Por exemplo, déficits de funcionamento executivo, como baixa capacidade de resolução de problemas, podem levar a dificuldades em lidar com situações novas (9,10). Assim, a necessidade de controle observada em muitos dos pacientes com AN pode ser resultado do desejo de minimizar a exposição a situações desconhecidas. Problemas de mudança de cenário podem causar inflexibilidade cognitiva e comportamental. Coerência central fraca (a incapacidade de alcançar um equilíbrio entre atenção global e detalhada) tem sido implicada em erros de estimativa de tamanho corporal (11,12). Assim, dentre as diversas avaliações realizadas no processo diagnóstico, a avaliação neuropsicológica de pacientes com AN, tem a finalidade de investigar a ocorrência de déficits cognitivos associados à essa patologia.

A avaliação neuropsicológica é realizada através da aplicação de técnicas de entrevistas, instrumentos de avaliação, quantitativos e qualitativos, das funções que compõem

a cognição, que abrange processos de atenção, percepção, memória, linguagem e funções executivas (13,14). Instrumentos neuropsicológicos estão sendo cada vez mais usados para examinar populações psiquiátricas, para determinação diagnóstica e para auxiliar no planejamento do tratamento. Todavia, existe uma gama de instrumentos para avaliação desses processos cognitivos, que possibilitam o raciocínio acerca de hipóteses diagnósticas, identificam de maneira pormenorizada o tipo e a extensão da alteração cognitiva, discriminam as funções cognitivas preservadas ou comprometidas, a presença de alterações comportamentais e de humor, bem como o impacto nas atividades de vida diária, ocupacional, social e pessoal do indivíduo (15,16).

Nos últimos anos, houve um aumento significativo de pesquisas com pessoas com AN, que têm documentado resultados de avaliações neuropsicológicas para levantamento do funcionamento cognitivo (8,17–19). Tais resultados trazem evidências científicas observadas através de uma variedade de testes neuropsicológicos que são usados para identificar alterações cognitivas que estão presentes na sintomatologia do transtorno. Considerando esses sintomas, e o perfil de funcionamento neuropsicológico, faz-se importante estabelecer parâmetros de eficácia e utilidade clínica para a escolha dos testes de um protocolo de avaliação, a fim de orientar a coleta de informações que sejam úteis para compreensão do caso, bem como para o processo de reabilitação cognitiva de pacientes com AN.

No Brasil, essa avaliação tem sido realizada de forma pioneira por uma equipe especializada, no Programa de Transtornos Alimentares (AMBULIM) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HCFMUSP), criado em 1992. Conforme o aumento da demanda de pacientes com transtornos alimentares e os avanços dos estudos científicos na área, há mais de 10 anos, verificou-se, dentro da prática clínica, a necessidade da implementação da avaliação neuropsicológica, observando a importante relação entre a qualidade do funcionamento cognitivo dos pacientes com AN e a capacidade de adesão e resposta às intervenções. Assim, o processo de avaliação neuropsicológica com pessoas com AN passou a ser parte não só do processo diagnóstico, mas também parte importante da intervenção.

Considerando, tanto a diversidade de instrumentos neuropsicológicos quanto as especificidades do contexto clínico da avaliação e tratamento da AN, o presente estudo visa fazer uma revisão narrativa da literatura acerca dos procedimentos de avaliação neuropsicológica no contexto da AN. Essa revisão busca, portanto, identificar e discutir procedimentos de avaliação neuropsicológica apresentados na literatura da área, a partir de artigos de revisão sistemática, publicados nos últimos dez anos. A partir das informações,

objetiva-se propor um modelo de processo avaliativo das características neuropsicológicas de pacientes com AN, a partir das evidências de eficácia dos instrumentos para o contexto, bem como de sua utilidade clínica, a partir da prática profissional.

Metodologia

A presente revisão narrativa se baseou em estudos de revisão sistemática e metanálise publicados nas bases de dados PubMed, PsycNET e Cochrane Library, a partir da busca das seguintes palavras-chave: “Anorexia Nervosa”, “Neuropsicologia”, “Testes Neuropsicológicos” e “Avaliação Neuropsicológica”. A sintaxe de busca foi: (“Anorexia Nervosa” OR “AN”) AND (“Neuropsychological Assessment” OR “Cognitive Assessment” OR “Neuropsychological tests” OR “Neuropsychology”).

Foram selecionados apenas artigos de revisão sistemática, metanálise e artigos de revisão de literatura, dos últimos 10 anos (2012 a 2022); 22 artigos foram identificados, dos quais 5 foram revisados em detalhes por preencherem os critérios de inclusão de apresentação de instrumentos que avaliassem todas as funções cognitivas em pessoas com AN.

Cada artigo foi classificado em categorias de acordo com um sistema de classificação derivado a partir do método *Grading of Recommendations Assessment, Developing and Evaluation* (GRADE) (Tabela 1) (20). Através do método GRADE a qualidade da evidência reflete o grau de confiança no resultado apresentado, podendo ser classificada em quatro níveis: alta, moderada, baixa ou muito baixa. Segundo Galvão e Pereira (21), se a revisão sistemática apresentou o resultado de um desfecho classificado como de qualidade alta, entende-se que pesquisas futuras dificilmente modificam o efeito observado; ao passo que um desfecho de qualidade muito baixa provavelmente terá suas estimativas alteradas com a publicação de novos estudos.

O estudo focou em seis grandes domínios neuropsicológicos (quociente de inteligência, atenção, memória, funções executivas e habilidades visuoespaciais) e catorze subdomínios (Tabela 2). Esses domínios foram alinhados de acordo com a classificação feita por Lezak (15) e de estudos anteriores de populações de pacientes com AN (22,23). Os testes incluídos foram identificados de acordo com as principais atividades funcionais avaliadas, pelo uso relatado na maioria dos estudos de revisão incluídos, e de acordo com a sua utilidade clínica, a partir da experiência prática(15). A escolha dos instrumentos não se limitam ao subtipo de diagnóstico, idade média dos participantes, índice de massa corporal (IMC), anos de escolaridade, desempenho em testes de inteligência, comorbidades e gravidade do

transtorno alimentar, apesar desses fatores serem importantes no processo de avaliação.

Resultados e Discussão

Foram selecionados 5 artigos de revisão sistemática e metanálise que foram revisados em detalhes. Todos os estudos incluíram amostras de pacientes com AN grave, com duração de vários anos de ocorrência, com faixa etária entre 15 e 29 anos de idade e IMC médio de 15 kg/m² (Tabela 1). Essa pesquisa identificou, através da análise dos estudos, uma lista de instrumentos neuropsicológicos padronizados, que foram mais usados nas pesquisas, com desenhos metodológicos diversos, tais como os ensaios controlados, ensaios controlados randomizados, bem como estudos transversais.

A maioria dos estudos que investigam o funcionamento neuropsicológico em AN, se concentraram em domínios cognitivos únicos e, frequentemente, utilizaram mais de um instrumento para avaliação da função, o que é preconizado no processo de avaliação neuropsicológica (24). Os testes foram listados de acordo com a função avaliada, considerando o perfil neuropsicológico da AN (Tabela 2).

Quociente de Inteligência

Nos estudos de revisão analisados, o QI foi frequentemente avaliado utilizando o National Adult Reading Test (NART) (25) e as Escalas Wechsler de Inteligência para adultos – WAIS (26). Nos estudos realizados por Reville (19) e Broomfield (17) mostram que a literatura sobre o QI na AN traz resultados variáveis, indicando que as diferenças no QI são sutis e podem ser influenciadas por uma variedade de fatores. Uma meta-análise de QI em AN, traz uma diferença no uso dos dois instrumentos (27), que são as medidas mais comuns e confiáveis de avaliação da inteligência. O NART(25) é um teste de leitura de palavras (50 palavras curtas de pronúncia irregular) amplamente utilizado em pesquisas e práticas clínicas como uma estimativa da capacidade intelectual pré-mórbida. Tem alta validade de construção como medida de inteligência geral e altos níveis de confiabilidade.

As Escalas de Inteligência Wechsler, instrumento padrão ouro de avaliação da inteligência, fornecem uma estimativa atual de QI nas versões adulto (WAIS) (26) e na avaliação de crianças e adolescentes (WISC) (28). Essas escalas são compostas de baterias intelectuais abrangentes que alternam testes verbais com testes visuais-perceptivos e de construção (desempenho) como procedimento padrão.

A avaliação do quociente de inteligência (QI) tem sido um dos processos importantes

na avaliação neuropsicológica de pessoas com AN, pois pode ser um indicador de presença ou não de um prejuízo cognitivo a ser considerado, diante do quadro sintomatológico do transtorno. Segundo Lopez (27), a avaliação da inteligência deve estar incluída como uma medida, devido ao efeito que pode ter no desempenho das tarefas neuropsicológicas, bem como na contribuição dos desfechos de tratamento, gravidade dos sintomas e recuperação. Em nossa prática clínica, observamos que o dado de QI nos dá um direcionamento de uma estimativa do nível cognitivo pré-mórbido do paciente, podendo contribuir na compreensão se há de fato uma deterioração em relação ao perfil cognitivo atual com o anterior.

O teste de QI em escala completa é dividido em subescalas que compreendem escalas verbais (informações, comprimento de dígito, vocabulário, aritmética, compreensão, semelhanças) e escalas de desempenho (conclusão de imagem, arranjo de imagem, design de bloco, montagem de objeto e símbolo de dígito (27).

A escolha dos instrumentos para avaliação da inteligência parte do princípio, não somente dos referenciais de padronização, mas também àqueles que apresentam uma melhor resposta de utilização, quando comparados a outras medidas de avaliação da função. Ainda é importante considerar, a facilidade de aplicação do instrumento, principalmente considerando o funcionamento do paciente diante da tarefa, pois pessoas com AN apresentam um comportamento mais lentificado, devido ao estado nutricional, e uma certa impaciência para a realização das atividades, o que tem sido observado em nossa prática clínica. Ao comparar os dois principais instrumentos citados pela literatura, observa-se uma diferença de desempenho, não somente por avaliarem a função considerando momentos diferentes, no caso o NART (25) faz uma avaliação da capacidade intelectual pré-mórbida e, as Escalas Wechsler (26) avaliam a capacidade intelectual atual, mas também por apresentarem resultados diferentes na avaliação de pacientes com AN.

Na revisão sistemática realizada por Lopez et al., (27), o NART (25) foi utilizado avaliando 365 pacientes em 14 estudos, onde o QI médio variou entre 96,1 a 116,8, utilizando um modelo de efeitos aleatórios que revelou uma estimativa da diferença média padronizada de 0,72 com intervalo de confiança de 95% de 0,53 e 0,91. Esse resultado mostra que esses pacientes pontuaram acima da média do QI da população normativa. Já nos estudos com pacientes avaliados com as Escalas Wechsler, onde foram avaliadas 484 pacientes em 16 estudos, foram utilizadas as versões ampliada e reduzida (WAIS e WASI) (26,29). O QI médio dos 16 estudos variou de 96,5 a 117,6. Utilizando-se uma meta-análise de efeitos aleatórios, a estimativa de efeito foi de $d = 0,40$, com intervalo de confiança de 95%, de 0,18 a 0,61, em todos os estudos. Essa estimativa de 0,40 traduz que os pacientes com AN

pontuam acima da média do QI da população normativa.

Levantam-se, nesta presente revisão, algumas questões sobre a utilização dos dois instrumentos, considerando os resultados heterogêneos apresentados. Primeiro, e é de consenso com a maioria dos estudos, é que pessoas com AN têm maiores escores médios de QI em comparação com a média dos dados normativos; segundo é que embora os dois instrumentos estejam altamente correlacionados, um avalia o QI pré-mórbido e o outro mede a capacidade atual, onde no NART (25) é identificado um melhor desempenho no QI verbal dos pacientes, baseado predominantemente nas habilidades verbais. No entanto, sabe-se que geralmente essas habilidades estão preservadas em pessoas com AN (22,30) e que os maiores prejuízos são identificados nas outras habilidades visuoespaciais e mistas, que são avaliadas de forma mais pormenorizadas pelas escalas Wechsler. A partir daí, os autores levantam a discussão de que pode ser possível que aqueles estudos que usam as Escalas de Wechsler com tamanhos de efeito mais baixos, estejam demonstrando diferenças no desempenho das amostras que não são evidentes em dados de QI em larga escala (por exemplo, diferenças de desempenho versus QI verbal ou escores mais baixos em escalas envolvendo habilidades espaciais visuais). Bem como, as escalas de Wechsler utilizadas nos estudos incluídos nesta revisão são compostas de diferentes escalas (por exemplo, WAIS (26), WISC (28), versão curta, e assim por diante) e não houve uso consistente de um único instrumento.

Diante do exposto, os dois instrumentos, tanto o NART quanto às Escalas Wechsler, apresentam informações válidas e a escolha de utilização dos instrumentos, vai depender da natureza e dos objetivos de cada estudo. Outro fator importante a ser considerado, é que o estado de desnutrição, sintomas de ansiedade, depressão e comportamentos obsessivos, têm um profundo efeito físico e cognitivo nas pessoas com AN, e podem ter uma influência importante na avaliação dos resultados dos testes neuropsicológicos (31).

Recomendação

- As Escalas Wechsler de Inteligência (WAIS, WASI e WISC) (26,28,29) são instrumentos padrão-ouro de avaliação do quociente de inteligência, e utilizam vários subtestes que avaliam, tanto as habilidades verbais quanto as habilidades visuoespaciais, velocidade de processamento e memória de trabalho, através dos índices que compilam os resultados dos subtestes e que auxiliam na avaliação do perfil cognitivo e no desempenho geral da inteligência, ou seja no quociente de inteligência. Recomendamos a utilização da sua versão reduzida (WASI) (29), na avaliação de pessoas com AN, tendo em vista que as escalas abrangem os processos cognitivos necessários para

identificação de prejuízos ou não no funcionamento cognitivo global, nos dando uma estimativa do QI, têm uma aplicação mais rápida, considerando não só o tempo de aplicação, bem como a resposta do indivíduo no processo de avaliação. Vale ressaltar que diante de uma estimativa de um déficit cognitivo na escala, sugere-se a ampliação da avaliação para a escala ampliada, para pormenorização dos dados avaliados e confirmação dos resultados.

Atenção

Nas revisões sistemáticas avaliadas nesse estudo, foram identificados dois instrumentos para avaliação da atenção (17,24), considerando os subdomínios em que foram encontradas alterações. Os testes mais utilizados foram: Trail Making Test – A(32) e o Teste d2-R(33) de atenção – Revisado. O Trail Making Test – A (32), avalia velocidade de processamento de informação e o Teste d2-R (33) de atenção – Revisado. Ambos avaliam atenção sustentada e são instrumentos que têm validade científica comprovada e, que na nossa prática, são instrumentos essenciais na investigação de déficits atencionais, com aplicação rápida e de baixo custo.

A atenção é um processo cognitivo que envolve focar a mente de maneira clara e vívida em uma tarefa ou objeto em detrimento de outros (17). Pessoas com AN mostram vieses atencionais para corpos magros, estímulos alimentares, forma corporal e estímulos ativos (19). Alterações atencionais (atenção seletiva, sustentada e velocidade de processamento) são relatados em vários estudos que avaliam indivíduos com AN, causando impactos significativos (34–41).

Pessoas com AN apresentam alterações, tanto na velocidade de processamento quanto na atenção sustentada, principalmente quando estão num quadro de desnutrição significativa, com o peso corporal considerado grave ($IMC < 14,5$), onde passam a apresentar suscetibilidade para interferência atencional (34,37,42).

Na avaliação neuropsicológica dos aspectos atencionais, não há um consenso nos estudos em relação ao uso de testes identificados como “padrão-ouro” de utilização, mas sim foram encontrados aqueles que são mais usados, considerando o subdomínio que se quer avaliar. Por outro lado, a avaliação dos processos atencionais, não tem sido um dos principais focos de estudo em pessoas com AN, tendo em vista que os outros déficits cognitivos apresentam maiores evidências com relação a sintomatologia do transtorno.

Recomendação

- O Trail Making Test – A (32) é um dos testes mais utilizados para avaliação atencional em pessoas com AN. É um teste neuropsicológico de atenção visual

que fornece informações de atenção visual, velocidade de processamento e atenção sustentada. Este teste é considerado altamente vulnerável aos efeitos da lesão cerebral (32), além de ser eficaz para a avaliação da população com AN, sendo de fácil e rápida aplicação

- Teste d2-R (33) é um instrumento que requisita que o indivíduo estabeleça um foco atencional e iniba a atenção a todas as condições possíveis, realizando a atividade o mais rápido possível ao longo de um tempo determinado, o que nos fornece informações importantes sobre a flutuação da performance atencional ao longo do tempo, sendo assim, também classificado como uma medida de atenção sustentada (43). Recomendamos seu uso como teste complementar para avaliação desse processo atencional, devido sua rápida aplicação, de ser de baixo custo e aplicável em contexto ambulatorial e hospitalar, apesar de não ter normas específicas para a população com AN.

Memória

Nos estudos de revisão analisados os testes mais utilizados para avaliação da memória foram o teste de memória lógica das escalas Wechsler de memória – WMS(44) e o Teste de Aprendizagem Auditivo-Verbal de Rey- RAVLT (17,45,46). A justificativa para uso desses instrumentos se dá, não só por serem o “padrão-ouro” de avaliação de processos mnemônicos, mas também por conseguirem avaliar com mais precisão esses processos em vários quadros clínicos, por serem de fácil aplicação e com um custo baixo.

Embora existam muitas formas de memória, em um sentido geral essa capacidade neuropsicológica é considerada como a persistência da aprendizagem, que pode mais tarde ser resgatada se codificada e armazenada efetivamente (24). A memória é central para todas as funções cognitivas e provavelmente para tudo o que é caracteristicamente humano no comportamento de uma pessoa, para aprendizado e acesso intencional à armazenamentos de conhecimento, bem como a capacidade de “lembrar” no futuro (15).

Em nossa experiência clínica e na literatura científica, observamos que alterações de memória podem se dar por várias situações clínicas e que têm um impacto direto na vida do indivíduo. Estudos identificaram déficits, nos pacientes com AN independente do subtipo, com respeito à memória imediata e tardia (41,47,48). Esses déficits persistiram em pacientes que tiveram ganho de peso (49). O declínio mnemônico pôde ser visto, ao mesmo tempo, como um traço característico estável dos sintomas da doença ou um efeito cicatriz do quadro de oscilação da desnutrição, que pode desempenhar um papel importante na manutenção da doença.

Recomendação

- A utilização dos subtestes das Escalas Wechsler de Memória – WMS(44) se dá por serem um instrumento de avaliação de última geração que aborda de forma abrangente a complexidade da relação cérebro/comportamento envolvida na aprendizagem e na memória. O subteste que recomendamos é a memória lógica, que avalia a memória episódica. Ele apresenta uma tradução para o português, com as histórias foram adaptadas para a realidade brasileira, e tendo seu uso em pesquisas científicas. Consiste em duas histórias que são lidas em voz alta, em que o examinador instrui o examinando a começar no início da história e repetir o que é lembrado sobre cada história. Depois que essas instruções são dadas, o examinador diz ao examinando para lembrar o máximo possível das histórias, porque ele será solicitado a contar as histórias novamente mais tarde (Wechsler, 2009). É recomendado o uso do subteste memória lógica, pois além de apresentar um baixo custo, sua aplicação é rápida e de fácil correção.
- O Teste de Aprendizagem Auditivo-Verbal de Rey- RAVLT (45) utiliza uma lista de palavras, com o uso frequente no idioma brasileiro, que apresenta etapas de evocação imediata, a evocação tardia e uma tarefa de reconhecimento. O teste avalia a memória declarativa episódica e fornece informações essenciais sobre medidas de aprendizagem auditivo-verbal, índices de interferência e a capacidade de retenção de informações, bem como a memória de reconhecimento. O teste foi desenvolvido para uso neuropsicológico, com sensibilidade na detecção de dificuldades relacionadas à memória em transtornos mentais e síndromes neurológicas, incluindo epilepsia, demência, transtorno bipolar, depressão maior, dentre outros. É recomendado devido sua fácil aplicação e pela capacidade de avaliar não só os processos mnemônicos, mas também a capacidade de aprendizagem auditivo-verbal, bem como a retenção das informações.

Funções Executivas

Diferentemente das outras funções cognitivas, nos estudos de revisão analisados, encontramos vários instrumentos que são usados de forma mais frequente, por já apresentarem uma normativa para esta população, pela facilidade de aplicação no contexto hospitalar e ambulatorial, pela sua utilidade no contexto de tratamento e intervenção cognitiva e que, apesar de avaliarem o mesmo processo cognitivo, o fazem a partir de estratégias diferentes, o que justifica o fato de utilizarmos mais de um instrumento para a convalidação dos resultados. Assim, é importante também frisar que, como as FEs apresentam vários

processos, alguns são mais investigados nos estudos com pessoas com AN, por apresentarem alterações mais significativas nesses quadros, tais como: controle inibitório, flexibilidade cognitiva, memória operacional, planejamento e tomada de decisão.

As funções executivas – FEs são um conjunto de processos que são responsáveis por orientar, dirigir e gerenciar funções cognitivas, emocionais e comportamentais, particularmente durante a resolução ativa de novos problemas (16). São processos que estão envolvidos em todos os comportamentos do ser humano: a capacidade de manter e trabalhar com informações, focar pensamentos, filtrar distrações, mudar de perspectiva, estabelecer objetivos, planificar, gerir, prever e antecipar tarefas, tomar decisões, dentre outros (15,50–53).

Na avaliação do controle inibitório, os testes mais utilizados na avaliação de pessoas com AN, foram o Hayling completion test (54), o colour word interference condition 4, subteste do The Delis-Kaplan Executive Function System - D-KEFS (55) e o Stroop and word test (15). A avaliação do controle inibitório envolve processos de controle do comportamento, da atenção e dos pensamentos/emoções, em que exige que o indivíduo tenha o controle das interferências (atenção e inibição cognitiva) e tenha capacidade de inibição de respostas, permitindo sua ação sobre o ambiente. Os três testes mais utilizados têm o objetivo em comum de avaliar o processo de controle inibitório, nos processos de iniciação e inibição verbal, as mesmas características e forma de aplicação. O Color Word Interference Condition 4(55) e o Stroop and Word Test(56) avaliam o controle inibitório através do efeito Stroop, que é considerado um dos instrumentos mais utilizados para avaliação das FEs.

A flexibilidade cognitiva é considerada como um dos fatores básicos do funcionamento executivo e refere-se à habilidade de mudar o foco atencional, perspectivas, prioridades ou regras e adaptar-se às demandas do ambiente, ser capaz de considerar diferentes abordagens a uma situação ou problema (53). Os testes que utilizamos em nossa prática clínica na avaliação da flexibilidade de pessoas com AN, são: o Trail making test - B(32), o subteste Trail Making Test Condition 4, do The Delis-Kaplan Executive Function System - D-KEFS (55), o Brixton Spatial Anticipation Test (54) e o Wisconsin Card Sort Test – WCST (57), e também são as referências mais utilizadas na literatura (8,17,24,58).

Esse estudo identificou que o Trail making test foi o teste mais utilizado nas baterias que avaliaram paciente com AN (8,17,24) É importante ressaltar que, o Trail Making Test Condition 4 (32), do The Delis-Kaplan Executive Function System - D-KEFS (55), apresenta o mesmo paradigma e a mesma forma de aplicação do TMT-B(32). No estudo realizado por Stedal (8) um total de 11 estudos relataram resultados usando o TMT-B (32), em que

identificaram déficits consistentes de flexibilidade em pacientes com AN. Assim, observa-se que este paradigma apresenta uma normativa na avaliação da nossa população, além de se apresentar como um teste barato e de rápida aplicação.

O Brixton Spatial Anticipation Test (54) e o Wisconsin Card Sort Test – WCST (57), são testes que também avaliam flexibilidade cognitiva, numa condição mais complexa de avaliação da função, apresentando o mesmo paradigma neuropsicológico, neste caso, há uma alteração de contingência espacial, que não requer nenhuma habilidade verbal. Nessas atividades são avaliadas a quantidade de erros perseverativos realizados pelos indivíduos, que é o indicador mais utilizado para determinar a habilidade de flexibilidade cognitiva nestes testes. Na pesquisa realizada por Miles et al. (59) resultados mistos de estudos foram identificados utilizando o Brixton (54) e WCST (57), onde pacientes adultos com AN tiveram um desempenho significativamente pior no Brixton (54). Já os resultados com o WCST (57) foram comparados com os resultados de outros testes (Teste de Fluência Verbal e TMT-B(32)), onde os pacientes apresentaram desempenho semelhante, por demandarem não só da flexibilidade, mas de outros processos cognitivos. Assim, é preciso levar em consideração, que "por definição, as funções executivas operam em outros processos cognitivos" (16), o que pode se entender que processos cognitivos não executivos estarão envolvidos na resolução dessas tarefas, gerando, conseqüentemente, diferença nos resultados dos desempenhos dos indivíduos.

O processo de memória operacional/ memória de trabalho refere-se à habilidade de sustentar a informação na mente, por um tempo limitado, enquanto a utiliza para solução de algum problema, atualiza informações necessárias a uma atividade ou realizar outra tarefa ao mesmo tempo (51,60). Os testes mais utilizados na avaliação neuropsicológica da memória operacional de pessoas com AN, encontrados em nosso estudo, foram o Dígitos, da Escala Wechsler de Inteligência para Adultos – WAIS (26) e o Letter number sequencing, da Wechsler Memory Scale – WMS (8,17,24,44). Os dois testes avaliam a capacidade de manutenção, sequenciamento e manipulação de informações mentais.

O planejamento é um processo do funcionamento executivo em que o indivíduo, partindo de um ponto inicial, traça um objetivo, buscando as melhores estratégias para poder alcançá-lo (51). Este mapeamento ocorre não no mundo real, mas em um “espaço de modelagem” onde as conseqüências das ações podem ser observadas (61). Estudos mostraram que pacientes com AN tiveram desempenho muito baixo nos testes que avaliaram planejamento, sendo compatível com características perfeccionistas e de rigidez de personalidade, levando-nos a investigar a dificuldade no funcionamento executivo e sua

correlação com os sintomas da AN (62).

O teste citado para a avaliação do planejamento foi o Torre de Londres - TOL, que é um meio de avaliar várias funções executivas importantes, incluindo planejamento espacial, aprendizado de regras, inibição de resposta impulsiva e perseverativa e a capacidade de estabelecer e manter o conjunto instrucional. O TOL foi desenvolvido por Shallice (63) e desde então foram estudadas várias variantes (Torre de Londres, Torre de Hanói e Torre de Toronto) (53), tendo como evidências de que o lobo frontal está envolvido nos processos de planejamento. Desde então, o uso do TOL tornou-se incrivelmente difundido, usado para avaliar uma série de distúrbios clínicos (61). Em nossa prática clínica, ele é utilizado por ser um teste um custo barato, por apresentar uma facilidade tanto na aplicação quanto na correção.

A tomada de decisão, é um processo importante de investigação em pessoas com AN. É um processo multidimensional do funcionamento executivo, que envolve a tentativa de escolha de uma entre várias alternativas em situações que incluam algum nível de incerteza sobre possíveis desfechos (15,51,53). Há estudos com resultados consistentes de déficit na tomada de decisão em pessoas com AN (64–70). A pesquisa sobre tomada de decisão em AN também tem sido limitada pelo uso de um único teste em estudos, o Iowa Gambling Task - IGT, para medir um conceito complexo como tomada de decisão. Apesar de não o mais adequado, tem sido o teste utilizado nas pesquisas com essa população (71).

O IGT é proposto como uma tarefa para avaliar a tomada de decisão sob condições de incerteza, mas, segundo alguns autores, a tarefa também pode avaliar a tomada de decisão sob condições de risco (72), enquanto outros sugerem que o desempenho do IGT pode estar relacionado ao comprometimento da aprendizagem reversa (73). Esses processos podem impactar as habilidades de tomada de decisão em pessoas que sofrem de AN. Por exemplo, o conhecido estilo de pensamento rígido, expresso em problemas de flexibilidade, pode interferir nas habilidades de aprendizado de reversão (71).

A avaliação neuropsicológica das FEs pode ser realizada através de instrumentos que contribuem para identificar de forma objetiva, por meio de medidas e parâmetros, comparativos de desempenho e o grau de comprometimento dos diferentes processos. Em pessoas com AN, esse é um dos processos cognitivos mais avaliados pois, através de nossa prática clínica, identificou-se que muitos processos apresentam alterações significativas, em que as FEs são negativamente impactadas pelos sintomas do transtorno, com alterações comportamentais importantes. A perturbação no controle e regulação emocional seria uma hipótese, o que revela não só a importância da avaliação neuropsicológica, bem como a

necessidade do desenvolvimento de intervenções específicas para a reabilitação das FEs nesses indivíduos (58,59,74–78).

Recomendação

- **CONTROLE INIBITÓRIO**

- Hayling completion test (54) - Consiste em duas seções com 15 sentenças, cada uma faltando a última palavra. O examinador lê em voz alta cada sentença para o sujeito, que é solicitado a dar uma resposta verbal. Na seção 1, o sujeito é solicitado a completar a frase de forma sensata o mais rápido possível. Na seção 2, pede-se ao sujeito que dê uma palavra que não esteja relacionada à sentença em todos os sentidos. A recomendação para o uso do Hayling se dá pela praticidade na sua aplicação e correção.
- Color word interference condition 4 - The Delis-Kaplan Executive Function System - D-KEFS (55) e Stroop and word test (15) - é um teste neuropsicológico amplamente utilizado para avaliar a capacidade de inibir a interferência cognitiva que ocorre quando o processamento de um recurso de estímulo específico impede o processamento simultâneo de um segundo atributo de estímulo, conhecido como Efeito Stroop (56). Estes testes são recomendados, não somente por serem padrão-ouro na avaliação do controle inibitório, mas por apresentarem um baixo custo na aplicação, pela praticidade de serem rápidos e por apresentarem uma normativa para avaliação de pessoas com AN.

- **FLEXIBILIDADE COGNITIVA**

- TMT-B e Trail Making Test Condition 4 - The Delis-Kaplan Executive Function System - D-KEFS (55) - são uma medida de controle executivo que englobe a flexibilidade para mudar o curso de uma atividade em andamento e a capacidade para lidar com mais de um estímulo ao mesmo tempo. A recomendação se dá, não apenas pela sua fácil aplicação e rapidez, mas também por apresentarem uma normativa bem estabelecida para a avaliação de pessoas com AN.
- Já a recomendação do Wisconsin Card Sort Test – WCST (57) se dá por ser o padrão-ouro de avaliação da flexibilidade, apesar de ser um teste de difícil aplicação e por ser cansativo para o examinando. No entanto, ele é um teste que se faz necessária a sua utilização, considerando que, é o mais utilizado na avaliação de pessoas com AN, apresentando uma normativa consolidada. É

um teste neuropsicológico que é frequentemente usado para medir processos cognitivos de nível superior como atenção, perseverança, pensamento abstrato, e flexibilidade cognitiva. É usado para medir comportamentos perseverativos que se referem à insistência de um indivíduo no comportamento errado. Além disso, para poder mudar de categoria, é preciso ter alta flexibilidade intelectual e habilidade na formação de conceitos.

- **MEMÓRIA OPERACIONAL**

- Dígitos - Escala Wechsler de Inteligência para Adultos – WAIS (26) – nessa atividade, na primeira parte, é necessário repetir os números na sequência falada pelo examinador. Já na segunda parte, o examinando deve ouvir a lista de números e repetir na ordem inversa, o que requer a capacidade, não só atencional, mas a memória de trabalho para organizar mentalmente a sequência numérica. Sua recomendação se dá pela praticidade na aplicação e correção.
- A recomendação do Letter number sequencing - Wechsler Memory Scale – WMS (44) se dá por ser um teste complementar ao Dígitos na avaliação da memória operacional, pois apresenta o mesmo paradigma de aplicação, além de ser de baixo custo. É uma tarefa que consiste em combinações de números e letras, que aumentam de comprimento ao longo das tentativas, em que o examinando repete os números e as letras em ordem, recitando primeiro os números mais baixos e depois recitando as letras em ordem alfabética.

- **PLANEJAMENTO**

- Torre de Londres – TOL (16,55) - O objetivo da tarefa é mover o disco variando em tamanho de pequeno a grande em três pinos para construir uma torre designada no menor número de movimentos possível. Na avaliação do planejamento, recomendamos a utilização do TOL, pois além de trazer certa ludicidade para o processo avaliativo, tendo em vista ser um processo cansativo para as pessoas com AN, sua aplicação e correção são simples, com efetividade na avaliação dos resultados.

- **TOMADA DE DECISÃO**

- Iowa Gambling Task – IGT (79) - a tarefa enfatiza o aprendizado de combinações de recompensa e punição. As escolhas são classificadas como vantajosas ou desvantajosas. A pontuação líquida do IGT é calculada como a

diferença entre o número de escolhas vantajosas e desvantajosas, sendo que pontuações mais altas indicam melhor desempenho. Também avaliamos se um sujeito entendeu a contingência da tarefa usando as mesmas perguntas do que publicado anteriormente. A recomendação do IGT se dá por ser um dos poucos testes para a avaliação da tomada de decisão, pela sua aplicação informatizada, facilitando não só a aplicação como a apuração dos resultados, além de ser o teste mais reconhecido na literatura para avaliação desta função.

Além dos testes neuropsicológicos aplicados, nos estudos de revisão analisados, foi revelado o uso de escalas de autoavaliação do funcionamento executivo e do funcionamento adaptativo, partindo do pressuposto da avaliação da percepção do paciente sobre o seu funcionamento, sendo caracterizadas pela sua validade ecológica, viabilidade, baixo custo e facilidade de aplicação. As escalas recomendadas são:

- BRIEF-SR Behavior Rating Inventory of Executive Function Self-Report (80) - A escala clínica mede diferentes áreas do funcionamento executivo (Inibição, Flexibilidade, Controle Emocional, Monitor, Memória de Trabalho, Planejamento/Organização, Organização de Materiais e Conclusão de Tarefas). Possui ainda duas escalas de validade (Inconsistência e Negatividade) além dos índices mais amplos (Regulação Comportamental e Metacognição) e uma pontuação geral, o Global Executive Composite.
- DFLex Detail and Flexibility questionnaire (81) - escala de autorrelato de 24 itens que mede dois aspectos do funcionamento neurocognitivo; rigidez cognitiva (dificuldade com mudança de conjunto/flexibilidade) e atenção aos detalhes (coerência fraca).
- A ASR (Adult Self-Report) é uma escala ASEBA (Achenbach System of Empirically Based Assessment) (82) que se destina a adultos de 18 a 59 anos e permite traçar o perfil do funcionamento adaptativo do indivíduo avaliado, assim como verificar indicativos de transtornos específicos.

Habilidades Visuoespaciais/ Visuoperceptivas

Os testes mais utilizados para avaliação dessas habilidades visuoespaciais, visuoespaciais e coerência central foram: o Subteste Cubos – Escalas Wechsler de Inteligência e o Figuras Complexas de Rey (17,24). Os cubos é um subteste que avalia a organização perceptual e visual, a conceitualização abstrata (análise do todo em suas partes que a compõem) e a formação de conceito não verbal e visualização espacial.

Já o teste Figuras Complexas de Rey (83) é uma medida neuropsicológica popular de

coerência central em que o participante é solicitado a fazer uma cópia direta de uma figura complexa. A forma como o participante desenha a figura pode oferecer insights sobre seu estilo de processamento. Estudos utilizando o teste mostra que os participantes foram solicitados a fazer uma cópia direta da forma e uma de memória, e, tanto a cópia quanto a evocação tardia foram usadas para medir a coerência central, usando o sistema de pontuação de Booth (84). Esse sistema de pontuação incorpora tanto a ordem em que o participante escolhe desenhar os elementos (se a preferência é por elementos globais ou detalhados) quanto o estilo em que eles são desenhados (fragmentados ou coerentes) (85).

O processamento perceptivo é uma área de interesse particular em AN, principalmente, devido a sua relação com a distorção da imagem corporal (M. C. Reville et al., 2016). Essa é uma vivência muito presente em nosso atendimento as pessoas com AN, pois além de identificarmos o sintoma característico da doença, nos testes neuropsicológicos são identificadas alterações importantes nessas habilidades. Uma revisão da literatura sugere que pessoas com AN apresentam problemas em modalidades perceptuais (48,86). Além das dificuldades visuoespaciais e visuoperceptivas, a coerência central também é uma capacidade neuropsicológica comumente prejudicada em pacientes com AN.

A coerência central é fundamentada na psicologia da Gestalt, que supõe que estruturas coerentes integradas formam a base do processamento e da percepção (19). Também postula que o todo estruturado é diferente da soma das partes configuráveis, em que o processamento da informação segue uma rede hierárquica, desde estruturas globais até estruturas mais locais, onde os elementos globais têm precedência. Várias pesquisas demonstram que pessoas com AN têm processamento global ruim (85,87,88), com processamento focado em detalhes, avaliados através de uma medida neuropsicológica.

Recomendação

- Subteste cubos – Escalas Wechsler de Inteligência para adultos (26) – subteste que avalia o componente espacial da percepção em um nível conceitual e a habilidade construtiva. É recomendado para a avaliação neuropsicológica de pessoas com AN, pois além de já fazer parte do protocolo de avaliação do quociente de inteligência, é de fácil aplicação. No entanto, apresenta uma certa complexidade para os pacientes, pois o seu o aumento do nível de dificuldade
- Figuras complexas de Rey (83) – teste de cópia de uma figura complexa que envolve dois elementos independentes sendo medidos e formando um índice de coerência, com pontuações mais altas indicando um estilo de desenho mais coerente.

Recomendações gerais

- Avaliar o perfil neuropsicológico de pessoas com AN, tem o objetivo de auxiliar, não somente na definição diagnóstica, mas na contribuição dos desfechos de tratamento, gravidade dos sintomas e recuperação.
- A avaliação neuropsicológica precisa considerar os fatores clínicos que estão envolvidos nos quadros de AN, como: o IMC, sintomas de ansiedade, depressão e comportamentos obsessivos, que, quando alterados, podem ter um profundo efeito físico e cognitivo, influenciando nos resultados dos testes neuropsicológicos. Observamos através da nossa prática clínica que, é importante avaliar os pacientes quando estiverem com IMC e os sintomas depressivos estáveis para não haver interferência nos resultados dos testes.
- Além dos fatores clínicos mencionados anteriormente, o subtipo de diagnóstico, anos de escolaridade, desempenho em testes de inteligência e gravidade do transtorno alimentar, são variáveis que precisam ser consideradas na análise dos resultados, pois podem ser diferenciais para a determinação dos resultados.
- O uso da bateria de testes neuropsicológicos quando associados à exames de imagens podem contribuir para a compreensão do funcionamento neurocognitivo e identificação do perfil neuropsicológico do paciente.

Considerações Finais

Essas recomendações baseiam-se na experiência clínica do nosso ambulatório embasados nos estudos de pesquisas científicas que têm sido desenvolvidas ao longo dos anos com pessoas com AN. Atualizações regulares de recomendações baseadas em evidências científicas, para a escolha dos melhores instrumentos de avaliação neuropsicológica de pessoas que apresentam um quadro de transtornos alimentar grave, como a AN, precisam ser constantemente atualizadas, pois são fatores chave para a segurança do paciente, no uso de instrumentos de avaliação apropriados e no desenvolvimento de planos de intervenção neuropsicológica/ cognitiva adequados para o perfil neurocognitivo de cada indivíduo.

Referências

1. APA. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais : DSM-5. 5. edição. Porto

- Alegre: Artmed; 2014. p. 948.
2. Halmi K. Transtornos de alimentação: anorexia nervosa, bulimia nervosa e obesidade. In: Hales R, Yudofsky S, Gabbard G, editors. *Tratado de psiquiatria clínica*. Artmed; 2012. p. 1819.
 3. Sadock BJ, Sadock VA. *Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 9ª. Porto Alegre: Artmed; 2007. 1584 p.
 4. Salzano F, Aratangy E, Azevedo A, Pisciolaro F, Maciel A, Cordás TA. Transtornos alimentares. In: *Clínica psiquiátrica*. Barueri: Manole; 2011. p. 1155.
 5. Duchesne M, Mattos P, Appolinário JC, de Freitas SR, Coutinho G, Santos C, et al. Assessment of executive functions in obese individuals with binge eating disorder. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010;32(4):381–8.
 6. Lopes AC de SL. Avaliação dos aspectos neuropsicológicos de pacientes com anorexia nervosa em internação hospitalar. Biblioteca Digital USP: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47135/tde-07022017-113718/pt-br.php>; 2016.
 7. Roberts ME, Tchanturia K, Stahl D, Southgate L, Treasure J. A systematic review and meta-analysis of set-shifting ability in eating disorders. *Psychol Med*. 2007/01/30. 2007;37(8):1075–84.
 8. Stedal K, Frampton I, Landrø NI, Lask B. An examination of the ravello profile--a neuropsychological test battery for anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev*. 2012;20(3):175–81.
 9. Lounes N, Khan G, Tchanturia K. Assessment of cognitive flexibility in anorexia nervosa--self-report or experimental measure? A brief report. *J Int Neuropsychol Soc*. 2011/07/07. 2011;17(5):925–8.
 10. Roberts ME, Tchanturia K, Treasure JL. Exploring the neurocognitive signature of poor set-shifting in anorexia and bulimia nervosa. *J Psychiatr Res*. 2010/04/20. 2010;44(14):964–70.
 11. Hamatani S, Tomotake M, Takeda T, Kameoka N, Kawabata M, Kubo H, et al. Impaired central coherence in patients with anorexia nervosa. *Psychiatry Res*. 2018;259:77–80.
 12. Lang K, Lopez C, Stahl D, Tchanturia K, Treasure J. Central coherence in eating disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *World J Biol Psychiatry*. 2014 Dec 1;15(8):586–98.
 13. Fuentes D, Malloy-Diniz L, Camargo C, Cosenza R. *Neuropsicologia: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed; 2014.
 14. Malloy-Diniz LF, Fuentes D, Mattos P, Abreu N. *Avaliação Neuropsicológica*. 2ª Edição. Porto Alegre: Artmed; 2018.
 15. Lezak M. *Neuropsychological assessment*, 5th ed. Oxford: Oxford University Press; 2012.
 16. Spreen O, Strauss E. *A compendium of neuropsychological tests: administration, norms, and commentary*. New York: Oxford University Press; 2006.
 17. Broomfield C, Stedal K, Touyz S. The Neuropsychological Profile of Severe and Enduring Anorexia Nervosa: A Systematic Review. *Front Psychol*. 2021 Aug 2;12.
 18. Hemmingsen SD, Wesselhoeft R, Lichtenstein MB, Sjøgren JM, Støving RK. Cognitive improvement following weight gain in patients with anorexia nervosa: A systematic review. *Eur Eat Disord Rev*. 2021 May 1;29(3):402–26.
 19. Reville M-C, O'Connor L, Frampton I. Literature Review of Cognitive Neuroscience and Anorexia Nervosa. *Curr Psychiatry Rep*. 2016;18(2):18.
 20. GRADE handbook [Internet]. [cited 2022 Mar 4]. Available from: <https://gdt.gradepro.org/app/handbook/handbook.html>

21. Galvão TF, Pereira MG. Avaliação da qualidade da evidência de revisões sistemáticas. *Epidemiol e Serviços Saúde*. 2015 Mar;24(1):775–8.
22. Tchanturia K, Campbell IC, Morris R, Treasure J. Neuropsychological studies in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2005 Apr;37 Suppl(SUPPL.).
23. Weider S, Indredavik MS, Lydersen S, Hestad K. Neuropsychological function in patients with anorexia nervosa or bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2014/04/11. 2014;
24. Stedal K, Scherer R, Touyz S, Hay P, Broomfield C. Research Review: Neuropsychological functioning in young anorexia nervosa: A meta-analysis. *J Child Psychol Psychiatry*. 2021;
25. Hazel N, Willison J. *The National Adult Reading Test (NART)*. Winsdor: NFER-Nelson; 1991.
26. Wechsler D. *WAIS-III: Escala de Inteligência Wechsler para Adultos -Manual para Administração e Avaliação*. 1. Ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004.
27. Lopez C, Stahl D, Tchanturia K. Estimated intelligence quotient in anorexia nervosa: a systematic review and meta-analysis of the literature. *Ann Gen Psychiatry*. 2010 Dec 23;9:40.
28. Wechsler D. *Escala de Inteligência Wechsler para Crianças: WISC-IV. Manual de instruções para aplicação e avaliação. Adaptação e Padronização Brasileira*. 4ª Edição. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2013.
29. Wechsler D. *Escala Wechsler Abreviada de Inteligência - WASI*. São Paulo: Pearson; 2014.
30. Southgate L, Tchanturia K, Treasure J. *Eating Disorders: New Research*. In: *Neuropsychological studies in eating disorders: a review*. Hauppauge, NY, USA: Nova Science Publishers; 2006. p. 1–69.
31. Koyama KI, Asakawa A, Nakahara T, Amitani H, Amitani M, Saito M, et al. Intelligence quotient and cognitive functions in severe restricting-type anorexia nervosa before and after weight gain. *Nutrition*. 2012 Nov 1;28(11–12):1132–6.
32. McKinlay A. Trail Making Test. In: Goldstein S, Naglieri JA, editors. *Encyclopedia of Child Behavior and Development*. Boston, MA: Springer US; 2011. p. 1499–500.
33. Brickenkamp R, Schmidt-Atzert L, Liepmann D. *Teste d-2 Revisado (d-2R)*. São Paulo: Hogrefe; 2019.
34. Bosanac P, Kurlender S, Stojanovska L, Hallam K, Norman T, McGrath C, et al. Neuropsychological study of underweight and “weight-recovered” anorexia nervosa compared with bulimia nervosa and normal controls. *Int J Eat Disord*. 2007;40(7):613–21.
35. Giel KE, Friederich H-C, Teufel M, Hautzinger M, Enck P, Zipfel S. Attentional processing of food pictures in individuals with anorexia nervosa--an eye-tracking study. *Biol Psychiatry*. 2011;69(7):661–7.
36. Giel KE, Kullmann S, Preißl H, Bischoff SC, Thiel A, Schmidt U, et al. Understanding the reward system functioning in anorexia nervosa: Crucial role of physical activity. *Biol Psychol*. 2013 Dec;94(3):575–81.
37. Gillberg IC, Billstedt E, Wentz E, Anckarsater H, Rastam M, Gillberg C. Attention, executive functions, and mentalizing in anorexia nervosa eighteen years after onset of eating disorder. *J Clin Exp Neuropsychol*. 2009/10/27. 2010;32(4):358–65.
38. Hatch A, Madden S, Kohn MR, Clarke S, Touyz S, Gordon E, et al. In first presentation adolescent anorexia nervosa, do cognitive markers of underweight status change with weight gain following a refeeding intervention? *Int J Eat Disord*. 2010 May;43(4):295–306.
39. Kim YR, Kim CH, Cardi V, Eom JS, Seong Y, Treasure J. Intranasal oxytocin attenuates attentional bias for eating and fat shape stimuli in patients with anorexia

- nervosa. *Psychoneuroendocrinology*. 2014;44:133–42.
40. Pinhas L, Fok KH, Chen A, Lam E, Schachter R, Eizenman O, et al. Attentional biases to body shape images in adolescents with anorexia nervosa: An exploratory eye-tracking study. *Psychiatry Res*. 2014 Dec 15;220(1–2):519–26.
 41. Sherman BJ, Savage CR, Eddy KT, Blais MA, Deckersbach T, Jackson SC, et al. Strategic memory in adults with anorexia nervosa: are there similarities to obsessive compulsive spectrum disorders? *Int J Eat Disord*. 2006 Sep;39(6):468–76.
 42. Hatch A, Madden S, Kohn M, Clarke S, Touyz S, Williams LM. Anorexia nervosa: Towards an integrative neuroscience model. *Eur Eat Disord Rev*. 2010;18(3):165–79.
 43. Malloy-Diniz LF, Schlottfeldt CGFM, Serpa AO. *Teste d-2 Revisado (d-2R). Adaptação e Padronização Brasileira*. São Paulo: Hogrefe; 2019.
 44. Wechsler D. *Wechsler Memory Scale - WMS - IV*. 4th Editio. San Antonio: The Psychological Corporation; 2009.
 45. Malloy-Diniz LF, De Paula J. J. *Teste de Aprendizagem Auditiva-Verbal de Rey - RAVLT*. 1ª Edição. Vetor; 2018.
 46. Stedal K, Dahlgren CL. Neuropsychological assessment in adolescents with anorexia nervosa - exploring the relationship between self-report and performance-based testing. *J Eat Disord*. 2015;3(1).
 47. Rose M, Frampton IJ, Lask B. Central coherence, organizational strategy, and visuospatial memory in children and adolescents with anorexia nervosa. *Appl Neuropsychol Child*. 2014;3(4):284–96.
 48. Zuchova S, Kubena AA, Erler T, Papezova H. Neuropsychological variables and clinical status in anorexia nervosa: relationship between visuospatial memory and central coherence and eating disorder symptom severity. *Eat Weight Disord*. 2013;18(4):421–8.
 49. Nikendei C, Funiok C, Pfuller U, Zastrow A, Aschenbrenner S, Weisbrod M, et al. Memory performance in acute and weight-restored anorexia nervosa patients. *Psychol Med*. 2010/06/10. 2011;41(4):829–38.
 50. Barkley R. *Executive Functions: what they are, how they work, and why they evolved*. New York, NY: The Guilford Press; 2012.
 51. Malloy-Diniz LF et al. *Avaliação Neuropsicológica*. Porto Alegre: Artmed; 2010.
 52. Malloy-Diniz L, Mattos P, Abreu N, Fuentes D. *Neuropsicologia: aplicações clínicas*. Porto Alegre: Artmed; 2016.
 53. Seabra AG, Laros JA, Macedo EC, Abreu N. *Inteligência e Funções Executivas: avanços e desafios para a avaliação neuropsicológica*. São Paulo: Memnon; 2014.
 54. Burgess PW, Shallice T. *The Hayling and Brixton Tests*. London, England: Thames Valley Test Company Limited; 1997.
 55. Delis DC, Kaplan E, Kramer JH. *D-KEFS Examiner's Manual*. San Antonio: The Psychological Corporation; 2001.
 56. Scarpina F, Tagini S. The stroop color and word test. *Front Psychol*. 2017 Apr 12;8(APR):557.
 57. Heaton RK. *Teste Wisconsin Classificação de Cartas*. São Paulo: Hogrefe; 2019.
 58. Jáuregui-Lobera I. Executive functions in anorexia nervosa. *Nutr Hosp*. 2014;29(3):500–7.
 59. Miles S, Gnatt I, Phillipou A, Nedeljkovic M. Cognitive flexibility in acute anorexia nervosa and after recovery: A systematic review. *Clin Psychol Rev*. 2020 Nov 1;81:101905.
 60. Baddeley A, Eysenck MW, Anderson MC. *Memória*. Porto Alegre: Artmed; 2011.
 61. Newman SD, Pittman G. The Tower of London: a study of the effect of problem structure on planning. *J Clin Exp Neuropsychol*. 2007 Apr;29(3):333–42.

62. Lindner SE, Fichter MM, Quadflieg N. Decision-making and planning in full recovery of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2012;45(7):866–75.
63. Shallice T. Specific impairments of planning. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 1982;298(1089):199–209.
64. Abbate-Daga G, Buzzichelli S, Amianto F, Rocca G, Marzola E, McClintock SM, et al. Cognitive flexibility in verbal and nonverbal domains and decision making in anorexia nervosa patients: a pilot study. *BMC Psychiatry*. 2011/10/11. 2011;11:162.
65. Brogan A, Hevey D, Pignatti R. Anorexia, bulimia, and obesity: shared decision making deficits on the Iowa Gambling Task (IGT). *J Int Neuropsychol Soc*. 2010 Jul;16(4):711–5.
66. Cavedini P, Bassi T, Ubbiali A, Casolari A, Giordani S, Zorzi C, et al. Neuropsychological investigation of decision-making in anorexia nervosa. *Psychiatry Res*. 2004 Jul;127(3):259–66.
67. Fagundo AB, de la Torre R, Jiménez-Murcia S, Agüera Z, Granero R, Tárrega S, et al. Executive functions profile in extreme eating/weight conditions: from anorexia nervosa to obesity. Laks J, editor. *PLoS One*. 2012 Aug;7(8):e43382.
68. Liao PC, Uher R, Lawrence N, Treasure J, Schmidt U, Campbell IC, et al. An examination of decision making in bulimia nervosa. *J Clin Exp Neuropsychol*. 2009;31(4):455–61.
69. Tchanturia K, Liao PC, Uher R, Lawrence N, Treasure J, Campbell IC. An investigation of decision making in anorexia nervosa using the Iowa Gambling Task and skin conductance measurements. *J Int Neuropsychol Soc*. 2007;13(4):635–41.
70. Tchanturia K, Liao PC, Forcano L, Fernández-Aranda F, Uher R, Treasure J, et al. Poor decision making in male patients with anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev*. 2012;20(2):169–73.
71. Adoue C, Jaussent I, Olie E, Beziat S, Van den Eynde F, Courtet P, et al. A further assessment of decision-making in anorexia nervosa. *Eur Psychiatry*. 2014/10/01. 2015;30(1):121–7.
72. Brand M, Franke-Sievert C, Jacoby GE, Markowitsch HJ, Tuschen-Caffier B. Neuropsychological Correlates of Decision Making in Patients With Bulimia Nervosa. *Neuropsychology*. 2007 Nov;21(6):742–50.
73. Maia T V., McClelland JL. A reexamination of the evidence for the somatic marker hypothesis: What participants really know in the Iowa gambling task. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2004 Nov 9;101(45):16075–80.
74. Dann KM, Hay P, Touyz S. Are poor set-shifting and central coherence associated with everyday function in anorexia nervosa? A systematic review. *J Eat Disord*. 2021 Dec 1;9(1).
75. Fuglset TS. Is set-shifting and central coherence in anorexia nervosa influenced by body mass index, anxiety or depression? A systematic review. *BMC Psychiatry*. 2021 Dec 1;21(1).
76. Lander R, Heled E, Gur E. Executive functioning and spatial processing in anorexia nervosa: an experimental study and its significance for the allocentric lock theory. *Eat Weight Disord*. 2020 Aug 1;25(4):1039–47.
77. Lang K, Tchanturia K. A Systematic Review of Central Coherence in Young People with Anorexia Nervosa. *J Child Adolesc Behav* 2014 23. 2014 Jun 13;2(3):1–5.
78. Wu M, Brockmeyer T, Hartmann M, Skunde M, Herzog W, Friederich HC. Set-shifting ability across the spectrum of eating disorders and in overweight and obesity: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2014/07/30. 2014;44(16):3365–85.
79. Bechara A. Iowa Gambling Task. *Professional Manual*. U.S.A.: Parinc; 2007.
80. Guy SC, Gerard A, Gioia, Peter K. Isquith. BRIEF-SR: Behavior rating inventory of

- executive function--self-report version: Professional manual. Psychological assessment Resources; 2004.
81. Roberts ME, Barthel FM, Lopez C, Tchanturia K, Treasure JL. Development and validation of the Detail and Flexibility Questionnaire (DFlex) in eating disorders. *Eat Behav.* 2011/07/12. 2011;12(3):168–74.
 82. Achenbach TM, Rescorla LA. Manual for the ASEBA Adult Forms & Profiles. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families; 2003.
 83. Oliveira M, Rigoni M. Figuras Complexas de Rey: teste de cópia e de reprodução da memória de figuras geométricas complexas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2010.
 84. Booth RDL. Local-global processing and cognitive style in autism spectrum disorders and typical development. 2006;
 85. Lang K, Roberts M, Harrison A, Lopez C, Goddard E, Khondoker M, et al. Central Coherence in Eating Disorders: A Synthesis of Studies Using the Rey Osterrieth Complex Figure Test. *PLoS One.* 2016 Nov 1;11(11):e0165467.
 86. Gaudio S, Brooks SJ, Riva G. Nonvisual multisensory impairment of body perception in anorexia nervosa: a systematic review of neuropsychological studies. *PLoS One.* 2014 Oct 10;9(10).
 87. Lopez C, Tchanturia K, Stahl D, Treasure J. Central coherence in eating disorders: a systematic review. *Psychol Med.* 2008 Oct;38(10):1393–404.
 88. Lopez C, Tchanturia K, Stahl D, Treasure J. Weak central coherence in eating disorders: a step towards looking for an endophenotype of eating disorders. *J Clin Exp Neuropsychol.* 2009 Jan;31(1):117–25.

Tabela 1 – Resumo dos estudos incluídos na Revisão da Literatura

Autor (Ano)	Pesquisa	Nº artigos	Idade (MD)	N AN	BMI	Função	Testes	Evidência (GRADE) *
Stedal et al. (2011) ⁸	MA	15	16 – 28	396	13,7 ~ 19	QI	WAIS, WASI	ALTA
						FE (Controle Inibitório)	D-KEFS, Hayling, Brixton	
						FE (Flexibilidade Cognitiva)	TMT-B	
						Habilidades Visuoespaciais	RCFT	
Jauregui—Lobera et al. (2014) ⁵⁸	RS	70	-	49	-	FE (Controle Inibitório)	Hayling Sentence Competition Test, Stroop, Color and Word Test	BAIXO
						FE (Flexibilidade Cognitiva)	WCST,	
						FE (Tomada de Decisão)	IGT	
Stedal et al. (2021) ²⁴	MA	50	± 25.7	1778	± 15.8	QI	WAIS	ALTA
						Atenção	d2, CPT (commission errors), TMT-A, SAT	
						Memória	RAVLT, CVLT, AVLT, HVLTL, WMS, RCFT, COWA, VFT, CWIT	
						FE (Controle Inibitório)	Go/No-go (omission errors), SST RT,	
						FE (Flexibilidade Cognitiva)	TMT-B, WCST, Brixton, Berg,	
						FE (Memória Operacional)	Digit span, letter number sequencing - WMS	
						FE (Planejamento)	TOH, TOL	
Habilidades Visuoespaciais	Block design - WAIS							
Stedal et al. (2021) ²⁴	MA	16	± 15.5	665	± 15.5	QI	WAIS, Verbal Fluency Test	ALTA
						Atenção	TMT A, CPT,	
						Memória	WMS	

						FE (Controle Inibitório)	Color-Word Interference Test	
						FE (Flexibilidade Cognitiva)	WCST, Brixton, TMT B	
						FE (Memória Operacional)	Digit Span Test	
						FE (Planejamento)	TOL	
						Habilidades Visuoespaciais	RCFT	
Broomfield et al. (2021) ¹⁷	RS	8	± 29.8	166	± 14.6	QI	WAIS, NART	MODERADA
						Atenção	D2, Cog Track.	
						Memória	WMS, Doors and People Test	
						FE (Flexibilidade)	WCST, BERGS	
						Habilidades Visuoespaciais	RCFT	

RS = Revisão Sistemática; MA = Metanálise; RCFT = Rey Complex Figure Test; WAIS = Wechsler Adult Intelligence Scale; D-KEFS = The Delis-Kaplan Executive Function System; TMT = Trail Making Test; WCST = Wisconsin Card Sorting Test; IGT = Iowa Gambling Task; d2-R= D2 – Revisado; TOH = Tower of Hanoi; TOL = Tower of London; SAT = Spatial Anticipation Test; CPT = Continuous Performance Test; VFT = Verbal Fluency Test; COWA = Controlled Oral Word Association test; BERG's = Berg's Card Sorting Test; RAVLT = Rey Auditory Verbal Learning Test; CVLT = California Verbal Learning Test; AVLT = Auditory Verbal Learning Test; HVLT = Hopkins Verbal Learning Test; WMS = Wechsler Memory Scale; SST = Stop Signal Task; RT = Reaction time; CWIT = Color Word Inference Test.

*Evidence GRADE: High, Moderate, Low, Very Low.

Tabela 2 – **Recomendações de Instrumentos de Avaliação Neuropsicológica na AN**

Domínio	Subdomínio	Desenvolvedor do Teste	Teste	Breve Descrição
Quociente de Inteligência (QI)	Performance de QI	Escala de Inteligência Wechsler para adultos - WAIS-III /Escala Wechsler Abreviada de Inteligência - WASI (26,29)		Tarefas divididas em subtestes que avaliam vários domínios do funcionamento cognitivo, com o objetivo de determinação do quociente de inteligência.
Atenção	Atenção Sustentada	Trail Making Test – A (32)		O examinando deve traçar linhas para conectar círculos numerados consecutivamente em uma folha de trabalho.
		Teste d-2 – Revisado (33)		A tarefa consiste em selecionar símbolos alvo dentre símbolos similares, sob pressão do tempo.
Memória	Memória Episódica	Wechsler Memory Scale – WMS (44)	Logical Memory	Duas histórias são apresentadas oralmente. O examinado é convidado a recontar as histórias de memória. O examinado é solicitado a recontar ambas as histórias depois de 30 minutos. Em seguida, o examinado também é questionado com perguntas sim/não sobre ambas as histórias.
	Memória Episódica Auditivo/Verbal e Aprendizagem	Teste de Aprendizagem Auditiva Verbal de Rey RAVLT (45)		Consiste em uma lista de 15 palavras (lista A) que é lida em voz alta para o sujeito, por cinco vezes consecutivas, seguida por um teste de evocação espontânea. Depois da quinta tentativa, uma lista de interferência, também composta por 15 palavras (lista B), é lida para o sujeito, sendo seguida da evocação da mesma. Logo após a tentativa B1, é pedido ao sujeito que recorde as palavras da lista A, sem que ela seja, nesse

				momento, reapresentada (tentativa A6). Após um intervalo de 20 minutos, pede-se ao sujeito que se lembre das palavras da lista A (tentativa A7) sem que a lista seja lida para ele. Após a tentativa A7 é feito o teste de memória de reconhecimento
Função Executiva	Controle Inibitório	Hayling and Brixton (54)	Hayling Sentence Completion test.	Consiste em duas seções com 15 sentenças, cada uma faltando a última palavra. O examinador lê em voz alta cada sentença para o sujeito, que é solicitado a dar uma resposta verbal. Na seção 1, o sujeito é solicitado a completar a frase de forma sensata o mais rápido possível. Na seção 2, pede-se ao sujeito que dê uma palavra que não esteja relacionada à sentença em todos os sentidos.
		The Delis-Kaplan Executive Function System - D-KEFS (55)	Color Word Interference Condition 4.	O participante precisa nomear a tinta de calor na qual uma lista de nomes de cores é preparada (como tarefa Stroop).
	Flexibilidade Cognitiva	Stroop Task – Parte 3 (15)		Consiste em três cartões, cada um contendo seis linhas de quatro itens. Na parte D (Pontos), o sujeito deve nomear o mais rápido possível a cor de 24 pontos impressos em azul, verde, vermelho ou amarelo. Na parte W (Words) é semelhante à parte D, exceto que os pontos são substituídos por palavras comuns impressas em letras minúsculas. O examinando é solicitado a nomear as cores em que os estímulos são impressos e desconsiderar seu conteúdo verbal. A Parte C (Cores) é semelhante às

			Partes D e W, mas aqui os estímulos agrupados são os nomes das cores “azul, verde, vermelho e amarelo”, impressos em letras minúsculas para que a cor impressa nunca corresponda ao nome da cor.	
		The Delis-Kaplan Executive Function System - D-KEFS (55)	Trail Making Test Condition 4	O participante precisa nomear a tinta de calor na qual uma lista de nomes de cores é preparada (como tarefa Stroop).
		Trail Making Test B (15)		A parte B do TMT avalia a capacidade de flexibilidade. O participante deve ligar os círculos contendo números (1-13) e letras (A-L) em ordem crescente enquanto alterna entre números e letras (1-A-2-B) sem levantar o lápis. Cronometrado.
		Wisconsin Card Sort Test – WCST (57)		O participante classifica o cartão alvo para uma pilha de cartões que correspondem à cor, forma ou número do cartão alvo guiados apenas pelo feedback. A categoria (geralmente) muda a cada 10 tentativas.
	Memória Operacional	Escala de Inteligência Wechsler para adultos - WAIS-III (26)	Dígitos	Consiste em duas tarefas de repetição de uma sequência de números em ordem direta e inversa empregadas na avaliação principalmente da atenção.
		Wechsler Memory Scale – WMS (44)	Letter Number sequencing	O aplicador lê em voz alta uma série de números e letras e o examinando deverá repeti-los, colocando os números em ordem crescente e as letras em ordem alfabética.
	Planejamento	The Delis-Kaplan Executive Function System - D-KEFS (55)	Tower of London/Torre de Londres	O examinador coloca de dois a cinco discos nos pinos em uma posição inicial predeterminada e exhibe uma imagem da torre

				a ser construída. A tarefa do examinando é mover os discos pelos três pinos para construir a torre alvo no menor número de movimentos possível.
	Tomada de Decisão	Iowa Gambling Test – IGT (79)		É um jogo em que o sujeito tem de escolher cartas de quatro baralhos diferentes (A, B, C, D). O objetivo do jogo é ganhar o máximo dinheiro possível ou evitar perder, sendo atribuído ao sujeito um crédito inicial de 2.000 dólares. Sempre que o indivíduo seleciona uma carta recebe uma recompensa monetária, mas em algumas cartas a recompensa é seguida de perda variável de dinheiro. Cada baralho tem uma sequência pré-definida de recompensas e punições. O sujeito desconhece o número de cartas por baralho e o número de escolhas que tem de fazer.
Habilidades Visuo Espaciais	Coerência Central	Figuras Complexas de Rey (83)	Índice de Coerência Central	O participante realiza a cópia uma figura geométrica complexa. O índice de coerência central é calculado com base no mais difícil (elementos globais ou locais) e no estilo de construção (contínuo ou fragmentado).
	Percepção Visual	Figuras Complexas de Rey (83)		Essa atividade é semelhante à anterior.
		WAIS-III/WASI (26,29)	Block Design	O examinando utiliza cubos coloridos para produzir até 13 figuras de duas cores, sendo que há um tempo limite para cada montagem.

Tabela 3 – Inventários

Domínio	Instrumento	Breve Descrição
Funções Executivas	BRIEF-SR Behavior Rating Inventory of Executive Function Self-Report (80)	Avalia o comprometimento da função executiva para participantes de 11 a 18 anos. Duas pontuações resumidas: Índice de Regulação do Comportamento (subescalas Inibição, Mudança e Controle Emocional) e Índice Metacognitivo (Iniciar, Memória de Trabalho, Planejar/Organizar, Organização das subescalas Materiais e Monitor) e um Global Executive Composite Score (resumo de todas as subescalas).
	DFLex Detail and Flexibility questionnaire (81)	24 itens que avaliam rigidez cognitiva e atenção aos detalhes na vida diária.

CAPÍTULO 3 - REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA E SUA META-ANÁLISE ACERCA DOS PREJUÍZOS DO FUNCIONAMENTO EXECUTIVO E DA COERÊNCIA CENTRAL EM PACIENTES COM ANOREXIA NERVOSA.

O perfil neurocognitivo de pessoas com AN tem sido investigado de forma acentuada no meio científico, por ser um dos fatores importantes, não somente no processo diagnóstico, mas como um dos pontos cruciais no tratamento do transtorno. O funcionamento executivo e o processo de coerência central, têm sido foco dessa investigação, buscando entender até que ponto os déficits no funcionamento executivo e na coerência central contribuem para o desenvolvimento da doença, sua manutenção e o potencial de recuperação (C. Lopez et al., 2008a; Carolina Lopez et al., 2009; Wu et al., 2014).

As funções executivas são definidas como o conjunto de habilidades que formam processos cerebrais, e que permite ao indivíduo controlar e regular comportamentos, emoções e pensamentos, com o fim de atingir um objetivo (M. D. Lezak, 2004). Elas são compostas por habilidades interrelacionadas e de alto nível de processamento cognitivo, cujo impacto se reflete no funcionamento afetivo-emocional, motivacional, comportamental e social (L. Malloy-Diniz et al., 2016). Várias habilidades compõem as funções executivas, e alterações no funcionamento dessas habilidades têm um impacto importante no dia a dia dos indivíduos. Estudos revelam que em pessoas com AN, são encontrados déficits importantes na flexibilidade cognitiva, tomada de decisão e controle inibitório, processos do funcionamento executivo (Dann, Hay, & Touyz, 2021; Lang, Stahl, Espie, Treasure, & Tchanturia, 2014a; Reville, O'Connor, & Frampton, 2016; Wu et al., 2014).

Outro componente importante do funcionamento cognitivo em que são encontradas alterações importantes em pessoas com AN, diz respeito à coerência central. Sua definição refere-se ao estilo de processamento da informação, onde são identificados o estilo de processamento global e local, que envolvem, respectivamente, focar em um quadro maior, e o local, seu foco está no processamento de detalhes (F. Happé, 2013). Pessoas com AN apresentam déficit na coerência central, por apresentarem foco excessivo nos detalhes em detrimento do todo. Desta forma, apresentam atenção excessiva à detalhes em relação ao peso e à ingesta calórica, perdendo o foco sobre os riscos causados pelo transtorno (De Sampaio et al., 2013; Lang et al., 2016a; Carolina Lopez et al., 2009).

Diante desse contexto conceitual, esse capítulo descreve um estudo de revisão sistemática da literatura e metanálise sobre o esse funcionamento executivo e a coerência central em pacientes diagnosticados com AN, fazendo uma comparação com pessoas sem o diagnóstico. Assim, preenchendo esta lacuna no conhecimento sobre o tema, essa metanálise investigou qual o nível desse comprometimento neurocognitivo, especificamente da flexibilidade cognitiva, tomada de decisão, velocidade de processamento e coerência central. Buscou-se ainda verificar se os instrumentos comumente utilizados para avaliar dessas funções são sensíveis para identificar essas deficiências em pacientes com AN quando comparados a controles saudáveis, investigando se as variáveis de idade, tempo de diagnóstico e início da AN influenciam no comprometimento desses déficits neurocognitivos em pacientes com AN.

Esse capítulo foi submetido na revista *European Eating Disorders Review*, versão em inglês.

Protocolo de Submissão: ERV-R-2022-06-3049

Déficit no funcionamento executivo e coerência central em pacientes com Anorexia Nervosa: revisão de literatura e metanálise.

Andreza Carla de Souza Lopes¹, Maira Colombarolli², Ruth Bartelli Grigolon³, Paula Costa Teixeira⁴, Táki Athanássios Cordás⁵

^{1,4} The University of São Paulo (USP), Neurosciences and Behavior Programme, Eating Disorders Programme (AMBULIM), Medicine School, Institute and Department of Psychiatry, Clinical Hospital, São Paulo, Brazil.

²Department of Psychology, Faculty of Philosophy, Sciences and Letters of the University of São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil.

³Department of Psychiatry of the Federal University of São Paulo.

⁵Psychiatrist - Eating Disorders Programme (AMBULIM), Institute and Department of Psychiatry, Clinical Hospital, USP, São Paulo, Brazil. Post-Graduation Program in Neuroscience and Behavior at USP, São Paulo, Brazil. Institute and Department of Psychiatry, Medicine School, USP, São Paulo, Brazil.

Correspondência do Autor

Andreza Carla de Souza Lopes
Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas - HCFMUSP
Programa de Transtornos Alimentares - AMBULIM
Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, 785
Cerqueira César, São Paulo - SP, Brasil
05403-010
Tel: +5511 2661-6975
Email: andrezacarla@usp.br

Resumo

O presente estudo teve como objetivo revisar a literatura sobre o funcionamento executivo e coerência central de pacientes diagnosticados com anorexia nervosa (AN), tendo como principal objetivo conduzir uma abordagem meta analítica sobre essa literatura para identificar se existem comprometimento das funções executivas (FE) e na coerência central (CC) em pacientes com AN em comparação com controles saudáveis. Foi realizada na metodologia, uma revisão da literatura com metanálise em estudos publicados entre os anos 2000 e 2019 que avaliaram as FE de pacientes com AN. A busca de dados foi realizada nas bases de dados PsycINFO, PubMed, Scopus, e LILACS, onde foram encontrados um total de 1427 artigos, sendo desses 21 artigos elegíveis. O presente estudo acrescenta à literatura sobre neuropsicologia da AN, pois combina evidências de estudos anteriores, usando uma abordagem meta-analítica, para medir a magnitude do déficit em habilidades específicas de FE, ou seja, flexibilidade cognitiva, tomada de decisão e central coerência. Os resultados revelam que os pacientes com AN têm déficits consistentes na flexibilidade e na tomada de decisão, independentemente do status do peso, mas a coerência central é mais prejudicada para AN grave/extremo abaixo do peso. Além disso, fornecemos evidências adicionais de que a flexibilidade visual, medido pelo WCST, é mais importante em pacientes com AN, mas não a flexibilidade verbal (conforme medido pelo TMT-B). Isso sugere que a primeira poderia ser uma medida mais sensível para deficiências de FE em pacientes com AN.

Palavras-chave: Avaliação Neuropsicológica, Anorexia Nervosa, Função Executiva, Coerência Central.

Introdução

A anorexia nervosa (AN) é um transtorno alimentar complexo que apresenta um quadro de distorção da imagem, restrição e desnutrição alimentar, com características diagnósticas importantes e traços de personalidade que contribuem para a manutenção da doença (1,2). Esses traços de personalidade envolvem comportamentos obsessivos compulsivos, perfeccionismo e que, com a progressão da doença, podem levar a alterações neurocognitivas importantes. O prejuízo no funcionamento neurocognitivo é observado através de maior rigidez e um processamento global deficiente (3,4).

As funções executivas são definidas como o conjunto de habilidades que formam processos cerebrais, e que permite ao indivíduo controlar e regular comportamentos, emoções e pensamentos, com o fim de atingir um objetivo (5). Elas são compostas por habilidades interrelacionadas e de alto nível de processamento cognitivo, cujo impacto se reflete no funcionamento afetivo-emocional, motivacional, comportamental e social (6). Várias habilidades compõem as funções executivas, e alterações no funcionamento dessas

habilidades têm um impacto importante no dia a dia dos indivíduos. Estudos revelam que em pessoas com AN, são encontrados déficits importantes na flexibilidade cognitiva, tomada de decisão e controle inibitório, processos do funcionamento executivo (7–10).

A flexibilidade cognitiva é uma habilidade do funcionamento executivo, definida como a capacidade de realizar mudanças pensamentos ou comportamentos de acordo com as mudanças demandadas por uma tarefa ou pelo ambiente (5). Para pessoas com AN, distorções cognitivas inflexíveis, com uma forte presença da perseverança na rigidez de pensamentos relacionados a preocupações com o peso e a forma corporal, podem conduzir à cronicidade e manutenção da doença (11,12). Outra característica importante no funcionamento neurocognitivo de pacientes com AN refere-se à coerência central (CC), cujo conceito versa sobre dois estilos de processamento da informação: o processamento global e o local (13). O processamento global envolve focar no quadro maior, enquanto o processamento local envolve processar os detalhes que compõe esse quadro maior. A maioria dos indivíduos saudáveis apresentam um processamento perceptivo global em detrimento dos detalhes que o compõem. Já pacientes com AN exibem o efeito oposto, com atenção excessiva aos detalhes em detrimento da visão global. Como consequência disso, clinicamente, supõe-se que as alterações na CC resultem na atenção excessiva a detalhes em relação ao peso e a ingesta calórica, perdendo o foco sobre o aumento dos riscos causados pelo transtorno (14,15).

Diante da descrição dos possíveis prejuízos neurocognitivos, o presente estudo teve como objetivo revisar a literatura sobre o funcionamento executivo e coerência central em pacientes diagnosticados com AN. Nosso objetivo foi realizar uma meta-análise para avaliar a magnitude dessas deficiências em pacientes com AN leve e moderado versus grave/extremo baixo peso, em oposição aos seus controles quando avaliados usando diferentes tipos de medidas de FE. Especificamente, focamos nas habilidades de flexibilidade cognitiva, avaliadas pelo Wisconsin Card Sorting Test - WCST (16) e Trail Making Test - TMT-B (17), tomada de decisão, avaliada com o Iowa Gambling Task - IGT, (18) e coerência central avaliada com o Teste de Figuras Complexas de Rey-Osterrich - ROCF (19).

Método

Seleção de dados

Realizamos a presente revisão meta-analítica seguindo as diretrizes PRISMA (20) para revisões sistemáticas. Foi realizado o registro da pesquisa no PROSPERO, que é um banco de dados internacional de revisões sistemáticas registradas prospectivamente em saúde e assistência social, bem-estar, saúde pública, educação, crime, justiça e desenvolvimento internacional, onde há um resultado relacionado à saúde, cujo registro é CRD42020171382. Declaramos a questão de pesquisa como *"Existe um comprometimento das funções executivas entre pacientes diagnosticados com Anorexia Nervosa, em comparação com seus controles, avaliados com diferentes medidas de FE (Wisconsin Card Sorting Test, Iowa Gambling Task, Trail Making Test e Rey-Osterrich Complex Teste de Figuras) "?* Complementarmente, buscamos responder também se esse comprometimento seria diferente para pacientes com AN leve/moderado versus grave/extremo baixo peso.

Para responder à questão da pesquisa, realizamos uma revisão sistemática em quatro bases de dados: PsycINFO, PubMed, Scopus e LILACS em outubro/2019. As consultas da pesquisa usaram os seguintes termos: "Anorexia Nervosa" AND ("Executive function" OR "Executive functions" OR "Cognitive control" OR "Cognitive Processes" OR "Cognitive ability" OR "Dysexecutive Syndrome" OR "Dysexecutive function"). Na PsycINFO e PubMed, nenhum filtro foi aplicado na busca. Na base Scopus, a busca foi feita em termos apresentados no título, resumo e palavras-chave, enquanto na LILACS a busca foi restrita às palavras do título. O resultado inicial da pesquisa nas bases de dados levou a um total de 1247 estudos.

Os critérios de inclusão incluíram estudos que relatassem pesquisas empíricas originais apresentando resultados de uma avaliação de FE em uma amostra adulta de AN. Os estudos devem relatar dados do Wisconsin Card Sorting Test (WCST) (16), o Iowa Gambling Task (IGT) (18), o Trail Making Test parte B (TMT-B) (17), ou as Figuras Complexas Rey-Osterrich Teste (ROCF) (19). Devem ser publicados após 2000, considerando a data de publicação dos critérios diagnósticos do DSM-IV-TR para o diagnóstico de AN. Estudos publicados em inglês, português, espanhol e italiano foram incluídos na presente revisão.

Os critérios de exclusão compreenderam estudos publicados em outros idiomas que não os mencionados anteriormente, revisões de literatura, textos editoriais, estudos qualitativos e estudos de caso. Amostras de adolescentes e idosos, bem como estudos experimentais com animais, também foram excluídos. Foram eliminados os estudos que não avaliaram a FE por meio de uma das medidas padronizadas mencionadas anteriormente, como tarefas experimentais e paradigmas. Após a aplicação dos critérios de exclusão, 93

textos completos foram analisados para serem incluídos no estudo. O processo de seleção da triagem dos estudos está resumido na Figura 1.

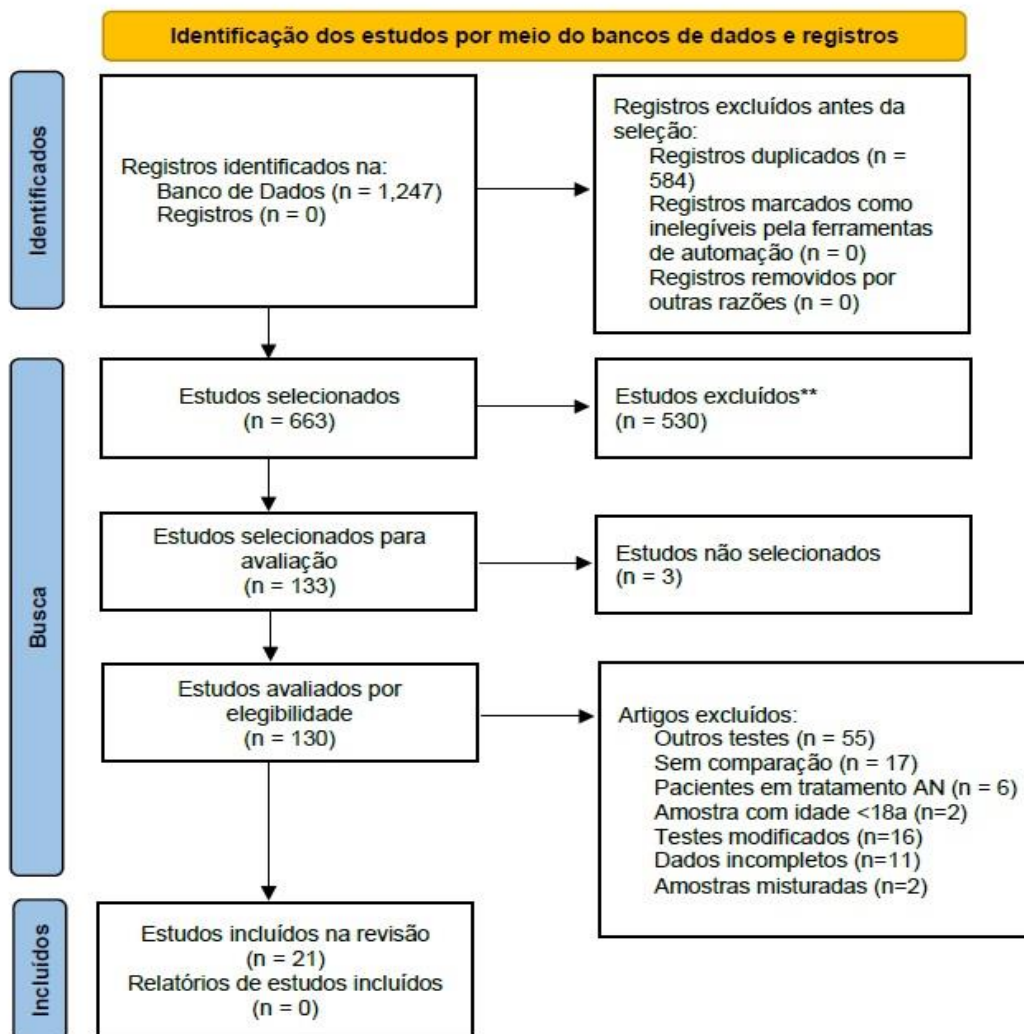


Figura 1. Fluxograma Prisma dos estudos selecionados.

Para a avaliação das FEs e CC, foram considerados apenas os estudos que utilizaram as seguintes medidas: Wisconsin Card Sorting Test (WCST), Iowa Gambling Task (IGT), Trail Making Test (TMT) e Rey-Osterrich Complex Figures Test (RCFT). Selecionamos essas medidas levando em consideração o fato de serem as medidas de FE específicas mais frequentemente usadas, conforme relatado por revisões anteriores (21,22) e todas têm inúmeras evidências que dão suporte quanto à sua validade na avaliação FE, além de amplos dados normativos para determinar pontos de corte para avaliar déficits nessas habilidades.

Procedimentos

Extração dos dados

Após a obtenção dos dados das bases de dados, os metadados dos estudos foram importados para o aplicativo web Rayyan (23), para prosseguir com a seleção dos estudos. Após a exclusão dos artigos duplicados, os resumos foram analisados independentemente pelos autores M.C. e R. G. As inconsistências foram então resolvidas pelo autor A.L.

Incluimos os dados finais em uma planilha para avaliação da qualidade e extração de dados. Desenvolvemos uma lista de verificação para extrair e resumir os estudos (por exemplo, características da amostra, desenhos de estudo, medidas, resultados etc.) Definimos variáveis de resultado para FE: erros perseverativos para WCST (16); resultados líquidos para IGT (18); índice de coerência para ROCF (19); e tempo em segundos para TMT-B (17). Para meta-analítica, os dados foram analisados por instrumento/subescala.

Avaliação de qualidade

A qualidade dos estudos foi avaliada usando a Lista de Verificação de Avaliação Crítica do Joanna Briggs Institute (JBI) para estudo transversal analítico (24). Essa ferramenta fornece uma lista de verificação diretiva para avaliar criticamente os principais componentes da qualidade metodológica de estudos transversais. As questões ajudam a avaliar criticamente possíveis fontes de viés nesses estudos, principalmente quanto à definição da amostra e descrição do recrutamento e validade da condição de interesse e confiabilidade da avaliação das variáveis.

Metanálise

O tamanho do efeito de interesse foi a diferença média padronizada (g de Hedges, doravante referido como “SMD”) entre os grupos de anorexia nervosa e controle. A variância amostral foi calculada usando a aproximação usual para grandes amostras. Ambos foram estimados através do pacote R metafor (25). Para explorar fontes potenciais de heterogeneidade entre estudos, realizamos um conjunto de duas meta-análise para cada resultado (IGT, ROCF, TMT, WCST): uma incluindo todos os estudos (“Total”) e outra incluindo apenas estudos com pacientes com anorexia nervosa com baixo peso grave/extremo.

Ajustamos a meta-análise de efeitos aleatórios para produzir inferências incondicionais além dos estudos incluídos (26). Aplicamos o estimador de máxima

verossimilhança restrita juntamente com o ajuste de Knapp e Hartung para gerar intervalos de confiança com propriedades mais próximas da nominal.³ A heterogeneidade estatística foi avaliada usando τ^2 (variância entre estudos) e I^2 . Todas as análises foram realizadas em R (R Environment versão 4.1.2).

Resultados

A busca e seleção resultaram em 21 estudos incluídos na revisão sistemática. Os estudos incluíram amostras clínicas de pacientes adultos com AN atual ($N = 1.227$), avaliados quanto a déficits de FE e comparados com controles saudáveis ($N = 1.408$). As amostras clínicas foram quase totalmente compostas por pacientes do sexo feminino, com média de idade de 25,2 anos ($\pm 6,8$), e todos os CS eram do sexo feminino. Três estudos incluíram pacientes com AN leve (IMC médio ≥ 17 kg/m²) (27-29), quatro relataram AN moderado (IMC médio variando de 16 e 16,99 kg/m²) (30-33) e 14 estudos incluíram amostras de pacientes com AN grave ou extrema (IMC médio < 16 kg/m²). Critérios diagnósticos de acordo com DSM-IV e DSM-IV-TR foram usados em todos, exceto em três estudos (32,34,35). Poucos estudos relataram a duração da doença, variando de menos de um ano (30) a 10 anos (29). Com exceção de um estudo longitudinal (36), todos os estudos incluídos usaram um desenho transversal.

A avaliação da qualidade revelou que a maioria dos estudos não forneceu informações sobre como os controles saudáveis foram avaliados quanto à presença de sintomatologia de AN ou outras condições psiquiátricas (30,32,33,35,37-42). Alguns estudos também não foram claros sobre como os fatores de confusão foram controlados, principalmente a escolaridade e a presença de transtornos mentais no grupo controle (30,33,43,44). Para poucos estudos, informações insuficientes foram fornecidas sobre os critérios de inclusão e exclusão (29,38), o cenário em que os participantes foram recrutados (35,38,42) e como os fatores de confusão foram identificados (33,43,44).

Meta-análise

Os resultados são mostrados nas Figuras 2 – 5. Em relação ao resultado do IGT, exibido na Figura 2, são 9 estudos com pacientes com anorexia nervosa variando de baixo peso “Moderado” a “Grave/Extremo”. Quando todos os estudos foram agregados (Total), o SMD geral foi de 1,39 (intervalo de confiança de 95% [IC], 0,16, 2,62), juntamente com altos

níveis de heterogeneidade entre os estudos ($\tau^2 = 2,14$). No entanto, ao considerar apenas estudos com pacientes com baixo peso grave/extremo, os resultados de heterogeneidade geral e entre os estudos foram menores (SMD [IC 95%], 0,76 [0,36, 1,17]; $\tau^2 = 0,09$).

Na Figura 3 são apresentados os resultados do teste ROCF, onde foram analisados 4 estudos, com pacientes variando de “Abaixo do peso” a Grave/Extremo”. Os resultados totais eram incertos com alta heterogeneidade (SMD [95% CI], 0,51 [-0,70, 1,73]; $\tau^2 = 0,54$). Por outro lado, apenas os resultados graves/extremos foram mais precisos e menos heterogêneos (SMD [95% CI], 0,12 [-0,18, 0,42]; $\tau^2 = 0$). Para o TMT-B (Figura 4), onde foram analisados 7 estudos, os resultados apresentaram o padrão oposto, ou seja, resultados mais heterogêneos e incertos no subconjunto grave/extremo: total (SMD [95% CI], 0,51 [- 0,08, 1,11]; $\tau^2 = 0,36$), apenas grave/extremo (SMD [IC 95%], 0,63 [-0,25, 1,51]; $\tau^2 = 0,45$). Por fim, o WCST foi utilizado na maioria dos estudos ($n = 11$). Os resultados, apresentados na Figura 5, foram precisos juntamente com pouca heterogeneidade entre os estudos para a amostra total de estudos (SMD [95% CI], 0,50 [0,34, 0,66]; $\tau^2 = 0,02$), e apenas pacientes graves/extremos (SMD [IC 95%], 0,39 [0,25, 0,53]; $\tau^2 = 0$).

Discussão

O presente estudo teve como objetivo revisar sistematicamente a literatura sobre déficits de FE em pacientes adultos com AN em comparação a controles saudáveis para ampliar as diferenças de desempenho de acordo com o tipo de medida. Analisamos 21 estudos que investigaram a FE em pacientes com AN usando os quatro testes mais usados para avaliar as habilidades específicas da FE: WCST e TMT-B para avaliar a flexibilidade cognitiva, IGT para avaliar a tomada de decisão e ROCF para avaliar a coerência central. Esta é a primeira meta-análise a fornecer evidências de que a avaliação da FE pode ser capturada de forma diferente em diferentes medidas e diferentes níveis de gravidade da AN.

Nossos achados sugerem que os déficits na FE são diferentes entre os diferentes níveis de gravidade da AN e os tipos de medidas usadas para avaliá-la. Especificamente, descobrimos que WCST e IGT identificam déficits na FE em pacientes com AN de forma mais consistente em todos os níveis de gravidade do distúrbio. Ao mesmo tempo, os efeitos do TMT-B e do ROCF foram menos consistentes nos estudos para casos leves/moderados e graves/extremos de AN. Isso sugere que os déficits de AN podem ser mais intensos em relação a mudança de perspectiva e tomada de decisão, principalmente em casos graves.

Essa revisão confirma a ideia de mudança de perspectiva como um dos déficits neuropsicológicos centrais na AN e revela que os efeitos são consistentes em todos os níveis de gravidade. No entanto, a flexibilidade cognitiva perceptiva parece ser mais prejudicada do que a mudança de conjunto verbal, pois vemos os tamanhos de efeito dos escores WCST versus TMT-B. Essa diferença já foi relatada em diferentes estudos (45), onde o desempenho no WCST foi pior em pacientes com AN, mas o desempenho no TMT-B foi levemente pior quando comparado aos controles. Embora não tenhamos explorado a diferença entre os subtipos de AN nesta revisão, também identificamos que pacientes com baixo peso grave e extremo têm um déficit significativo e forte na mudança de conjunto. Estudos anteriores identificaram que o subtipo restritivo da AN tende a ter pior desempenho no WCST, e também são aqueles que tendem a ter menor peso corporal (46), o que sugere que essas características da doença podem estar clinicamente ligadas entre si (47).

Também observamos que a tomada de decisão é afetada de forma consistente em pacientes com AN, independentemente da gravidade da doença. Isso é um pouco diferente de estudos anteriores, onde pacientes com AN não tiveram desempenho significativamente pior do que HC em tarefas de tomada de decisão (48). Esta revisão encontrou um tamanho de efeito médio em déficits de pacientes com AN, com um tamanho de efeito forte para o grupo de pacientes com baixo peso grave/extremo. Estudos anteriores identificaram que os pacientes com AN atuais tiveram desempenho significativamente pior do que o HC, enquanto os pacientes com AN recuperados tiveram um desempenho em comparação com o HC, sugerindo que a fome pode desempenhar um papel no desempenho inferior na tarefa. No entanto, as curvas de aprendizado sugerem que tanto os pacientes com AN atuais quanto os recuperados são insensíveis às perdas, o que revela que as dificuldades em regular a tomada de decisão sobre condições de risco podem ser características de seu funcionamento (30,49). Alguns estudos investigaram déficits na tomada de decisão em condições de peso extremo e descobriram que tanto pacientes extremamente abaixo do peso quanto pacientes com excesso de peso apresentavam sensibilidade prejudicada a perdas e tendem a insistir em baralhos desvantajosos no IGT, sugerindo que há um importante déficit de autorregulação ligado a esta incapacidade (30,50).

Considerando o funcionamento da coerência central em pessoas com AN, observamos nessa revisão que a presença de déficits nesse processo é observada em pacientes com quadros mais graves, confirmando os resultados encontrados em estudos que pessoas com AN que consideram coerência central fraca como um endofenótipo dessas condições, no qual pode desencadear importantes traços comportamentais e cognitivos, como perfeccionismo,

medo de erros e mudanças. Além disso, a relativa dificuldade no processamento integrativo pode explicar em parte o descaso com seu estado de saúde e suas consequências a longo prazo (40,51,52).

Embora a presença de déficits de FE seja uma questão recorrente na literatura científica, essa revisão ajuda a elucidar a natureza desses déficits e tem potencial importância na avaliação e tratamento desse distúrbio. Por exemplo, as dificuldades de FE são um aspecto importante da rigidez de pensamento que é comumente observada em pacientes com AN, onde os pensamentos sobre seu próprio corpo e aparência podem se tornar persistentes e muito difíceis de gerenciar com baixa probabilidade de remissão sem tratamento a longo prazo. (47,50).

Considerações Finais

Neste estudo, elucidamos o perfil dos déficits de função executiva em pacientes com AN de acordo com o status de peso, em comparação com seus controles, e fornecemos mais evidências sobre o papel da inanição e dos métodos de avaliação nos déficits relatados na literatura. Esses resultados devem, no entanto, ser observados à luz de algumas limitações. Primeiro, não incluímos estudos inéditos e não recuperamos dados de fontes diferentes das bases de dados citadas, o que pode representar um viés caso informações importantes estejam faltando na análise. Além disso, não realizamos uma análise de meta-regressão para observar o efeito de variáveis específicas nos resultados. No entanto, considerando a escassez de dados e a heterogeneidade do estudo, decidimos preservar o poder de análise e interpretação dos dados; portanto, nos concentramos apenas no status de peso dos participantes para análise de subgrupo.

Em conclusão, o presente estudo acrescenta à literatura sobre neuropsicologia da AN, pois combina evidências de estudos anteriores, usando uma abordagem meta-analítica, para medir a magnitude do déficit em habilidades específicas de FE, ou seja, mudança de conjunto/flexibilidade cognitiva, tomada de decisão, e coerência central. Os resultados revelam que os pacientes com AN têm déficits consistentes na mudança de set e na tomada de decisão, independentemente do status do peso, mas a coerência central é mais prejudicada para AN grave/extremo abaixo do peso. Além disso, fornecemos evidências adicionais de que o mudança de perspectiva visual, medido pelo WCST, é mais importante em pacientes com AN, mas não a mudança de perspectiva verbal (conforme medido pelo TMT-B). Isso sugere

que a primeira poderia ser uma medida mais sensível para deficiências de FE em pacientes com AN.

Agradecimentos

Gostaríamos de agradecer a equipe do Núcleo de Pesquisa e Ensino NUPE-AMBULIM pelo apoio no desenvolvimento desta pesquisa.

Conflito de Interesse

Nenhum dos autores tem conflitos de interesse a relatar.

ORCID

Andreza Carla de Souza Lopes - <https://orcid.org/0000-0003-1129-3681>

Maira Colombaroli – <https://orcid.org/0000-0002-2551-2593>

Ruth Bartelli Grigolon – <https://orcid.org/0000-0003-0038-9530>

Paula Costa Teixeira - <https://orcid.org/0000-0001-5988-5358>

Táki Athanássios Cordás - <https://orcid.org/0000-0003-3929-0175>

Referências

1. APA. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais : DSM-5. 5. edição. Porto Alegre: Artmed; 2014. p. 948.
2. Banos RM, Cebolla A, Moragrega I, Van Strien T, Fernandez-Aranda F, Aguera Z, et al. Relationship between eating styles and temperament in an Anorexia Nervosa, Healthy Control, and Morbid Obesity female sample. *Appetite*. 2014/02/01. 2014;76:76–83.
3. Treasure J, Schmidt U. The cognitive-interpersonal maintenance model of anorexia nervosa revisited: a summary of the evidence for cognitive, socio-emotional and interpersonal predisposing and perpetuating factors. *J Eat Disord*. 2013;1:13.
4. Fonville L, Giampietro V, Williams SCR, Simmons A, Tchanturia K. Alterations in brain structure in adults with anorexia nervosa and the impact of illness duration. *Psychol Med*. 2014 Jul;44(9):1965–75.
5. Lezak M. *Neuropsychological assessment*, 5th ed. Oxford: Oxford University Press; 2012.
6. Malloy-Diniz LF, Mattos P, Abreu N, Fuentes D. *Neuropsicologia: aplicações clínicas*. Porto Alegre: Artmed; 2016.
7. Dann KM, Hay P, Touyz S. Are poor set-shifting and central coherence associated with everyday function in anorexia nervosa? A systematic review. *J Eat Disord*. 2021 Dec 1;9(1).
8. Lang K, Stahl D, Espie J, Treasure J, Tchanturia K. Set shifting in children and adolescents with anorexia nervosa: an exploratory systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord*. 2014;47(4):394–9.
9. Reville MC, O'Connor L, Frampton I. Literature Review of Cognitive Neuroscience and Anorexia Nervosa. *Curr Psychiatry Rep*. 2016 Feb 1;18(2):1–8.

10. Wu M, Brockmeyer T, Hartmann M, Skunde M, Herzog W, Friederich HC. Set-shifting ability across the spectrum of eating disorders and in overweight and obesity: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2014 Dec 6;44(16):3365–85.
11. Sproch LE, Anderson KP, Sherman MF, Crawford SF, Brandt HA, Sproch LE, et al. A randomized controlled trial of group cognitive remediation therapy for anorexia nervosa: Effects on set-shifting tasks for inpatient adults and adolescents. *Int J Eat Disord*. 2019;52(9):1004–14.
12. Tchanturia K, Harrison A, Davies H, Roberts M, Oldershaw A, Nakazato M, et al. Cognitive flexibility and clinical severity in eating disorders. *PLoS One*. 2011;6(6):e20462.
13. Happé F. Weak Central Coherence. In: Volkmar FR, editor. *Encyclopedia of Autism Spectrum Disorders*. New York, NY: Springer New York; 2013. p. 3344–6.
14. Weinbach N, Perry A, Sher H, Lock JD, Henik A. Weak central coherence in weight-restored adolescent anorexia nervosa: Characteristics and remediation. *Int J Eat Disord*. 2017;50(8):924–32.
15. Hamatani S, Tomotake M, Takeda T, Kameoka N, Kawabata M, Kubo H, et al. Impaired central coherence in patients with anorexia nervosa. *Psychiatry Res*. 2018;259:77–80.
16. Heaton KR, Chelune GJ, Talley JL, Kay GG, Curtiss G. *Manual do Teste Wisconsin de Classificação de Cartas*. 2ª Edição. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2019.
17. McKinlay A. Trail Making Test. In: Goldstein S, Naglieri JA, editors. *Encyclopedia of Child Behavior and Development*. Boston, MA: Springer US; 2011. p. 1499–500.
18. Bechara A. *Iowa Gambling Task Professional Manual*. Florida: Psychological assessment Resources; 2007.
19. Oliveira M, Rigoni M. *Figuras Complexas de Rey: teste de cópia e de reprodução da memória de figuras geométricas complexas*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2010.
20. Page MJ, Moher D, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021 Mar 29;372.
21. Smith KE, Mason TB, Johnson JS, Lavender JM, Wonderlich SA. A systematic review of reviews of neurocognitive functioning in eating disorders: The state of the literature and future directions. *Int J Eat Disord*. 2018 Aug 1;51(8):798.
22. Suchy Y. Executive Functioning: Overview, Assessment, and Research Issues for Non-Neuropsychologists. *Ann Behav Med*. 2009 Apr 1;37(2):106–16.
23. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan — a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*. 2016.
24. Moola S, Munn Z, Tufanaru C, Aromataris E, Sears K, Sfec R, et al. Chapter 7: Systematic Reviews of Etiology and Risk. *JBI Man Evid Synth*. 2020;
25. Viechtbauer W. Conducting Meta-Analyses in R with the metafor Package. *J Stat Softw*. 2010 Aug 5;36(3):1–48.
26. Hedges L V., Vevea JL. Fixed- and Random-Effects Models in Meta-Analysis. *Psychol Methods*. 1998 Jan 1;3(4):486–504.
27. Fagundo AB, de la Torre R, Jiménez-Murcia S, Agüera Z, Granero R, Tárrega S, et al. Executive functions profile in extreme eating/weight conditions: from anorexia nervosa to obesity. Laks J, editor. *PLoS One*. 2012 Aug;7(8):e43382.
28. Roberts ME, Tchanturia K, Treasure JL. Is attention to detail a similarly strong candidate endophenotype for anorexia nervosa and bulimia nervosa? *World J Biol Psychiatry*. 2013;14(6):452–63.
29. Steinglass JE, Walsh BT, Stern Y. Set shifting deficit in anorexia nervosa. *J Int Neuropsychol Soc*. 2006 May;12(3):431–5.

30. Brogan A, Hevey D, Pignatti R. Anorexia, bulimia, and obesity: shared decision making deficits on the Iowa Gambling Task (IGT). *J Int Neuropsychol Soc.* 2010/04/22. 2010;16(4):711–5.
31. Galimberti E, Fadda E, Cavallini MC, Martoni RM, Erzegovesi S, Bellodi L. Executive functioning in anorexia nervosa patients and their unaffected relatives. *Psychiatry Res.* 2012/11/06. 2013;208(3):238–44.
32. Tokley M, Kemps E. Preoccupation with detail contributes to poor abstraction in women with anorexia nervosa. *J Clin Exp Neuropsychol.* 2007;29(7):734–41.
33. Wollenhaupt C, Wilke L, Erim Y, Rauh M, Steins-Loeber S, Paslakis G. The association of leptin secretion with cognitive performance in patients with eating disorders. *Psychiatry Res.* 2019;276:269–77.
34. Buzzichelli S, Marzola E, Amianto F, Fassino S, Abbate-Daga G. Perfectionism and cognitive rigidity in anorexia nervosa: Is there an association? *Eur Eat Disord Rev.* 2018;26(4):360–6.
35. Spitoni GF, Aragonaa M, Bevacqua S, Cotugno A, Antonucci G. An ecological approach to the behavioral assessment of executive functions in anorexia nervosa. *Psychiatry Res.* 2018;259:283–8.
36. Bodell LP, Keel PK, Brumm MC, Akubuiro A, Caballero J, Tranel D, et al. Longitudinal examination of decision-making performance in anorexia nervosa: Before and after weight restoration. *J Psychiatr Res.* 2014;56(1):150–7.
37. Cavedini P, Bassi T, Ubbiali A, Casolari A, Giordani S, Zorzi C, et al. Neuropsychological investigation of decision-making in anorexia nervosa. *Psychiatry Res.* 2004/08/07. 2004;127(3):259–66.
38. Chan TW, Ahn WY, Bates JE, Busemeyer JR, Guillaume S, Redgrave GW, et al. Differential impairments underlying decision making in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a cognitive modeling analysis. *Int J Eat Disord.* 2013/11/19. 2014;47(2):157–67.
39. Fagundo AB, de la Torre R, Jimenez-Murcia S, Aguera Z, Granero R, Tarrega S, et al. Executive functions profile in extreme eating/weight conditions: from anorexia nervosa to obesity. *PLoS One.* 2012/08/29. 2012;7(8):e43382.
40. Lopez C, Tchanturia K, Stahl D, Booth R, Holliday J, Treasure J. An examination of the concept of central coherence in women with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* 2008 Mar;41(2):143–52.
41. Nakazato M, Tchanturia K, Schmidt U, Campbell IC, Treasure J, Collier DA, et al. Brain-derived neurotrophic factor (BDNF) and set-shifting in currently ill and recovered anorexia nervosa (AN) patients. *Psychol Med.* 2009;39(6):1029–35.
42. Perpiñá C, Segura M, Sánchez-Reales S. Cognitive flexibility and decision-making in eating disorders and obesity. *Eat Weight Disord.* 2017;22(3):435–44.
43. Abbate-Daga G, Buzzichelli S, Amianto F, Rocca G, Marzola E, McClintock SM, et al. Cognitive flexibility in verbal and nonverbal domains and decision making in anorexia nervosa patients: a pilot study. *BMC Psychiatry.* 2011/10/11. 2011;11:162.
44. Cavedini P, Zorzi C, Bassi T, Gorini A, Baraldi C, Ubbiali A, et al. Decision-making functioning as a predictor of treatment outcome in anorexia nervosa. *Psychiatry Res.* 2006 Dec;145(2–3):179–87.
45. Stedal K, Broomfield C, Hay P, Touyz S, Scherer R. Neuropsychological functioning in adult anorexia nervosa: A meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev.* 2021 Nov 1;130:214–26.
46. Meule A, Schlegl S, Voderholzer U. Seasonal and subtype differences in body mass index at admission in inpatients with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* 2020 May 1;53(5):537–40.

47. Westwood H, Stahl D, Mandy W, Tchanturia K. The set-shifting profiles of anorexia nervosa and autism spectrum disorder using the Wisconsin Card Sorting Test: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2016 Jul 1;46(9):1809–27.
48. Giannunzio V, Degortes D, Tenconi E, Collantoni E, Solmi M, Santonastaso P, et al. Decision-making impairment in anorexia nervosa: New insights into the role of age and decision-making style. *Eur Eat Disord Rev*. 2018 Jul 1;26(4):302–14.
49. Tchanturia K, Liao PC, Uher R, Lawrence N, Treasure J, Campbell IC. An investigation of decision making in anorexia nervosa using the Iowa Gambling Task and skin conductance measurements. *J Int Neuropsychol Soc*. 2007 Jul;13(4):635–41.
50. Verharen JPH, Danner UN, Schröder S, Aarts E, van Elburg AA, Adan RAH. Insensitivity to Losses: A Core Feature in Patients With Anorexia Nervosa? *Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging*. 2019 Nov 1;4(11):995–1003.
51. Fuglset TS. Set-shifting, central coherence and decision-making in individuals recovered from anorexia nervosa: a systematic review. *J Eat Disord*. 2019;7:22.
52. Lang K, Lopez C, Stahl D, Tchanturia K, Treasure J. Central coherence in eating disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *World J Biol Psychiatry*. 2014;15(8):586–98.

Tabela 1. Resumo dos estudos incluídos na Revisão

Autores, data	N N (%F)	Idade M (DP)	IMC M (DP)	Critério Diagnóstico	Gravidade da doença	Duração da doença	GC N (%F)	Idade M (DP)	BMI M (DP)	Desenho do Estudo	Testes
Abbate-Daga et al., 2011	30 (100%)	24.1 (6.2)	15.6 (1.7)	DSM-IV	Grave	5.2	30 (100%)	24.7 (2.6)	21 (2.2)	Transversal	IGT, WCST
Abbate-Daga et al., 2014	94 (100%)	24.7 (7.3)	15.2 (2.0)	DSM-IV-TR	Grave	7.1	59 (100%)	25.1 (3.2)	20.6 (2.0)	Transversal	WCST
Aloi et al., 2015	45 (100%)	22.8 (5.6)	15.5 (1.4)	DSM-IV	Grave	n.i.	45 (100%)	25.6 (3.5)	20.0 (1.6)	Transversal	TMT-B, IGT, REY, WCST
Bodell et al., 2014	22 (100%)	25.6 (5.8)	15.8 (2.3)	DSM-IV-TR	Grave	5.9	20 (100%)	25.6 (5.8)	n.i.	Longitudinal	IGT
Brogan et al., 2010	22 (100%)	29.1 (7.4)	16.0 (2.0)	DSM-IV-TR	Moderado	0.9	20 (100%)	27.8 (7.0)	21.6 (1.4)	Transversal	IGT
Buzzichelli et al., 2018	85 (100%)	23.7 (6.7)	15.1 (1.9)	DSM-5	Grave	6.2	71 (100%)	24.8 (3.1)	20.8 (2.2)	Transversal	TMT-B, WCST
Cavedini et al., 2004	59 (97%)	22.8 (3.9)	14.7 (3.7)	DSM-IV	Extremo	n.i.	82 (100%)	30.9 (10.7)	n.i.	Transversal	WCST, IGT
Cavedini et al., 2006	18 (100%)	22.6 (4.6)	14.2 (1.7)	DSM-IV	Extremo	5.2	30 (100%)	22.6 (4.1)	n.i.	Transversal	IGT
Chan et al., 2014	94 (94%)	25.6 (8.5)	15.5 (1.9)	DSM-IV	Grave	n.i.	67 (100%)	25.5 (6.7)	20.6 (1.8)	Transversal	IGT
Fagundo et al., 2012	35 (100%)	28.1 (8.2)	17.2 (1.4)	DSM-IV-TR	Leve	n.i.	137 (100%)	24.8 (7.0)	21.5 (2.7)	Transversal	IGT, WCST
Galimberti et al., 2013	29 (100%)	24.1 (6.8)	16.2 (4.0)	DSM-IV-TR	Moderado	6	29 (100%)	28.6 (11.9)	n.i.	Transversal	IGT, WCST
Lopez et al., 2008	42 (100%)	28.4 (9.6)	15.8 (1.7)	DSM-IV	Grave	n.i.	42 (100%)	26.3 (6.4)	21.9 (2.7)	Transversal	REY
Murphy et al., 2002	16 (100%)	22.3 (4.4)	14.8 (1.2)	DSM-IV	Extremo	n.i.	16 (100%)	25.3 (2.6)	22.0 (2.6)	Transversal	TMT-B, REY
Nakazato et al., 2009	29 (100%)	28.3 (11)	15.6 (1.6)	DSM-IV	Grave	1.6	28 (100%)	26.9 (5.8)	22.3 (2.5)	Transversal	WCST
Perpina et al., 2017	18 (100%)	22.3 (7.6)	15.9 (1.2)	DSM-IV-TR	Grave	n.i.	30 (100%)	31.9 (13.5)	23.2 (3.5)	Transversal	IGT, WCST
Roberts et al., 2010	68 (100%)	24.6 (7.2)	17.9 (4.9)	DSM-IV	Leve	7.7	88 (100%)	28.4 (8.5)	22.1 (1.8)	Transversal	REY
Spitoni et al., 2018	62 (100%)	28.1 (2.6)	15.0 (1.9)	DSM-5	Grave	3.8	70 (100%)	27.3 (4.3)	22.8 (6.9)	Transversal	TMT-B
Steinglass et al., 2006	15 (100%)	25.6 (6.0)	19.0 (1.0)	DSM-IV	Leve	10.8	11 (100%)	24.0 (3.1)	22.1 (1.8)	Transversal	TMT-B, WCST
Terhoeven et al., 2017	27 (100%)	26.0 (8.0)	14.5 (2.0)	DSM-IV	Grave	9.3	30 (100%)	24.6 (2.3)	22.8 (2.5)	Transversal	TMT-B
Tokley et al., 2007	24 (100%)	21.8 (5.3)	16.8 (1.5)	Clinical Assessment	Moderado	n.i.	24 (100%)	22.0 (5.0)	22.6 (4.3)	Transversal	TMT-B
Wollenhaupt et al., 2019	10 (100%)	29.5 (11.6)	16.4 (1.4)	DSM-IV	Moderado	n.i.	20 (100%)	34.9 (11.1)	21.8 (2.1)	Transversal	WCST

*Nível de gravidade do IMC: Leve: IMC \geq 17 kg/m²; Moderado: IMC 16-16,99 kg/m²; Grave: IMC 15-15,99 kg/m²; Extremo: IMC < 15 kg/m² (1)

n.i. = não informado; M= Média; DP= Desvio padrão; IMC = Índice de massa corporal; GC = Grupo controle; DSM-IV, DSM-IV-TR, DSM-5 = Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais; TMT-B = Trail Making Test; IGT = Iowa Gambling Test; RCFT = Rey Complex Figure Test; WCST = Wisconsin Card Sorting Test.

Tabela 2. Avaliação da qualidade dos estudos incluídos de acordo com JBI Critical Appraisal Checklist para estudo transversal analítico

	1. Os critérios de inclusão na amostra foram claramente definidos?	2. Os sujeitos do estudo e o cenário foram descritos em detalhes?	3. A exposição foi medida de forma válida e confiável?	4. Foram usados critérios objetivos e padrão para a medição da condição?	5. Foram identificados fatores de confusão?	6. As estratégias para lidar com os fatores de confusão foram declaradas?	7. Os resultados foram medidos de forma válida e confiável?	8. Foi utilizada análise estatística apropriada?
Abbate-Daga et al., 2011	Sim	Sim	Sim	Sim	Indefinido	Indefinido	Sim	Sim
Abbate-Daga et al., 2014	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Aloi et al., 2015	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Bodell et al., 2014	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Brogan et al., 2010	Sim	Sim	Indefinido	Sim	Sim	Indefinido	Sim	Sim
Buzzichelli et al., 2018	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Cavedini et al., 2004	Sim	Sim	Indefinido	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Cavedini et al., 2006	Sim	Sim	Indefinido	Sim	Indefinido	Indefinido	Sim	Sim
Chan et al., 2014	No	Indefinido	Indefinido	Indefinido	Sim	Sim	Sim	Sim
Fagundo et al., 2012	Sim	Sim	Indefinido	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Galimberti et al., 2013	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Lopez et al., 2008	Sim	Sim	Indefinido	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Murphy et al., 2002	Sim	Sim	Indefinido	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Nakazato et al., 2009	Sim	Sim	Indefinido	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Perpina et al., 2017	Sim	Indefinido	Indefinido	Sim	Sim	No	Sim	Sim
Roberts et al., 2010	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Spitoni et al., 2018	Sim	Sim	Indefinido	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Steinglass et al., 2006	Indefinido	Indefinido	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Terhoeven et al., 2017	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Tokley et al., 2007	Sim	Sim	Indefinido	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Wollenhaupt et al., 2019	Sim	Sim	Indefinido	Sim	Indefinido	Indefinido	Sim	Sim

Figura 2 – Forest Plot IGT

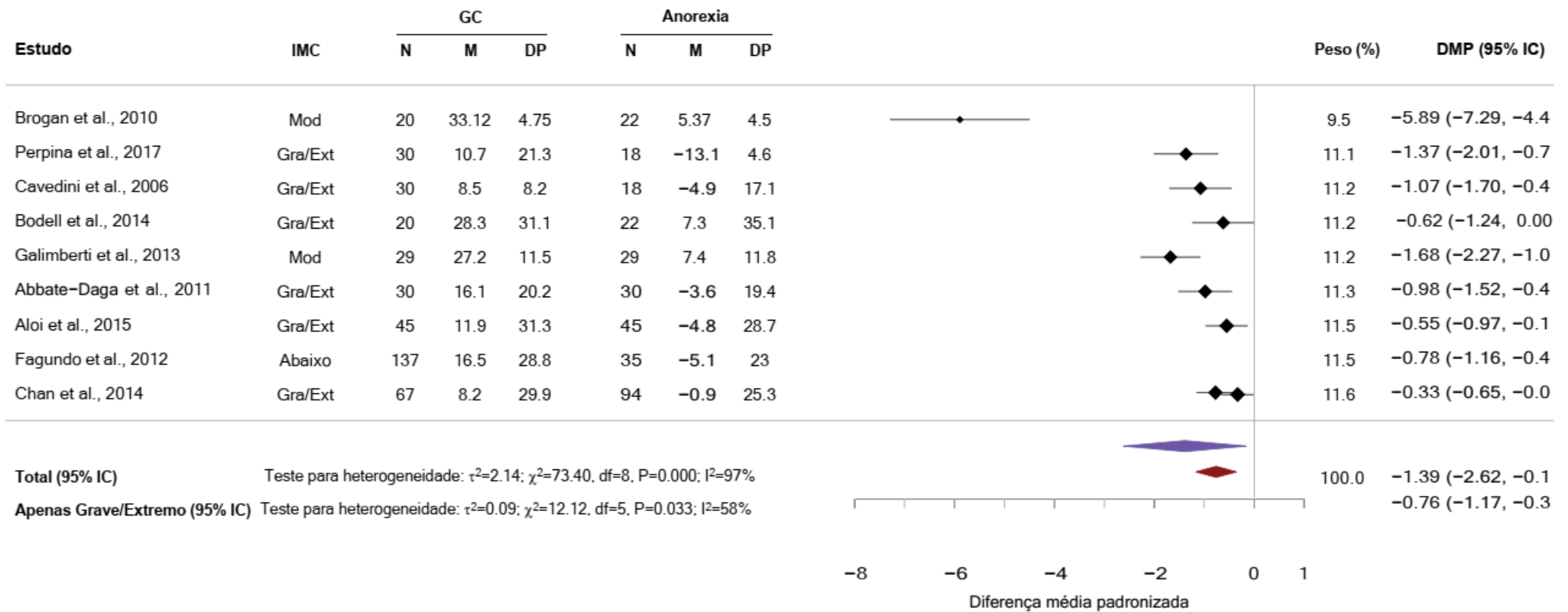


Figura 3 – Forest Plot Figuras Complexas de Rey

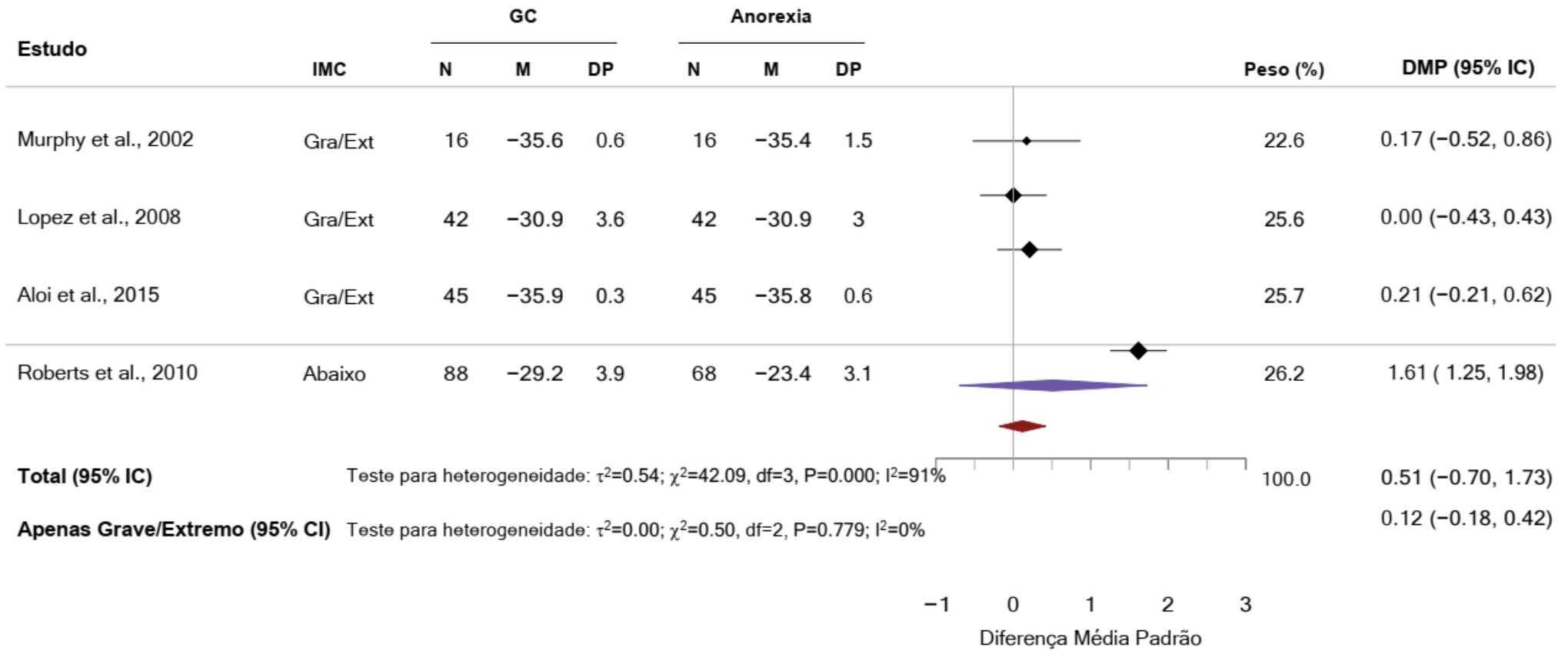


Figura 4– Forest Plot TMT

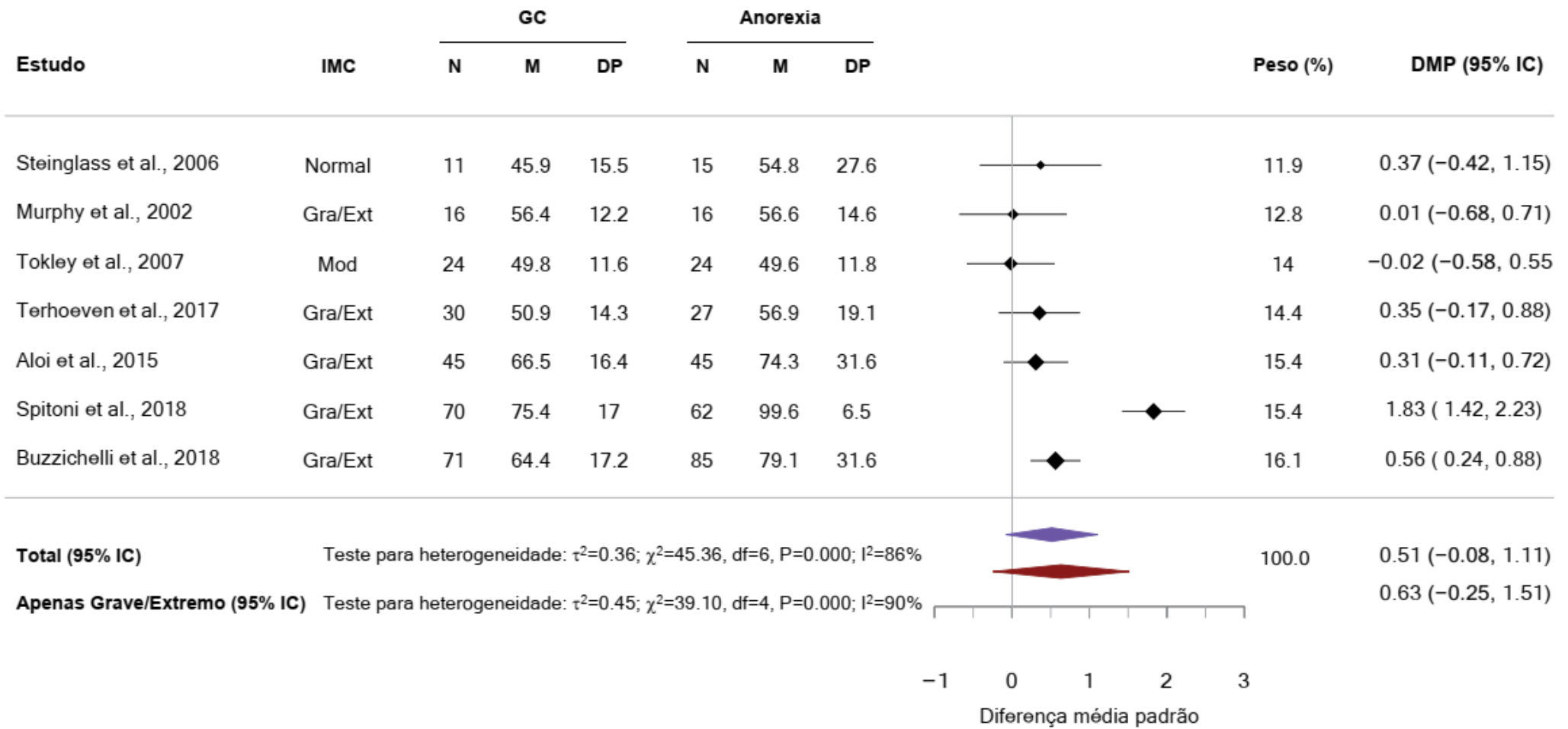
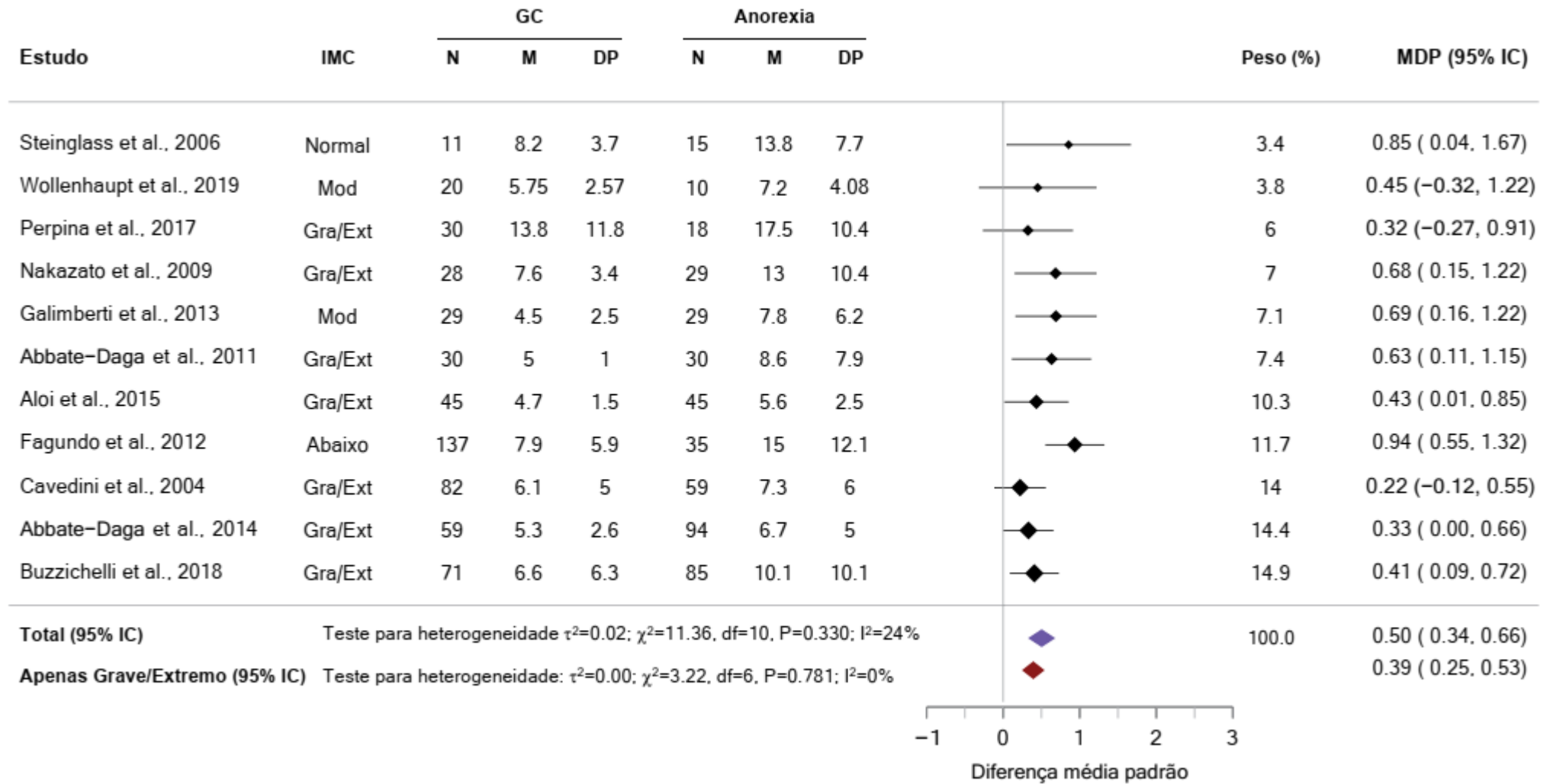


Figura 5 – Forest Plot WCST



CAPÍTULO 4 - TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO CULTURAL PARA O CONTEXTO BRASILEIRO, DO MANUAL DA TERAPIA DE REMEDIAÇÃO COGNITIVA (TRC).

Durante as últimas 3 décadas, pesquisas sobre o perfil neurocognitivo (Lang et al., 2016a; K Tchanturia et al., 2012) e sua importância no tratamento foram ativamente exploradas. Descobriu-se que a reabilitação de estilos cognitivos promete o cuidado personalizado de indivíduos com inúmeras doenças mentais, além de ser um alvo no desenvolvimento de intervenções comportamentais. Pesquisas com pessoas com AN foram surgindo de forma intensa, a partir da identificação do estilo cognitivo disfuncional, com alterações na flexibilidade cognitiva e no processamento global (Leppanen, Adamson, & Tchanturia, 2018; van Passel et al., 2016). O foco começou a mudar dos sintomas comportamentais do transtorno alimentar para o “quadro maior” da recuperação; abordando objetivos mais amplos para os pacientes e fornecendo estratégias para se reconectar com a vida fora de seu transtorno alimentar

Uma intervenção clínica chave visando estilos de pensamento, com crescente apoio empírico, é a terapia de remediação cognitiva (TRC) é uma intervenção que foi adaptada para identificar os processos neurocognitivos e incentivar a neuroreabilitação de pessoas com AN (Kate Tchanturia, 2014). A TRC tem o objetivo de ser uma intervenção breve, vista como um tratamento adjunto às outras intervenções. Consiste em exercícios com foco em estratégias e processos de pensamento, incentivando a flexibilidade cognitiva e o processamento global (Leppanen et al., 2018). A TRC aborda os processos de pensamento, em vez de conteúdo, através do treino de flexibilidade cognitiva, atenção, multitarefas e o processamento global, além de incluir tarefas com abordagens menos perfeccionistas (Sproch et al., 2019). A TRC é realizada de forma motivacional com uma abordagem colaborativa entre pacientes e terapeutas. Estudos revelam resultados significativos na adesão dos pacientes ao tratamento, melhora da sua capacidade de autoavaliação, melhora nos estilos cognitivos de flexibilidade e processamento global, através das avaliações neuropsicológicas (Leppanen et al., 2018; Kate Tchanturia, Larsson, & Brown, 2016).

Considerando a eficácia da TRC no tratamento de pessoas com AN, mostrada em estudos realizados em diversos centros de pesquisa internacionais (país: Reino Unido, EUA, Espanha, Itália) (Lindvall Dahlgren & Rø, 2014), foi que identificamos a necessidade de traduzir e adaptar o manual da TRC para estudos com a população brasileira (Versão

traduzida em anexo). Assim, este capítulo discorre sobre os passos iniciais de tradução e adaptação do manual da TRC para a população brasileira.

Esse capítulo foi submetido na revista *European Eating Disorders Review*, versão em inglês.

Protocolo de Submissão: ERV-RA-2022-05-3042.

Tradução e Adaptação Transcultural do Manual de Terapia de Remediação Cognitiva – TRC: intervenção cognitiva na Anorexia Nervosa.

Andreza Carla de Souza Lopes¹, Célia Almeida², Gabriela Nunes², Alisson Rogério Caetano de Siqueira^{3*}, Martha Falcão de Castro e Costa^{4*}, Felipe Quinto da Luz^{5,6*}, Livia Maria Cunha Bueno Villares da Costa^{7*}, Maria Rita Gascón^{8*}, Táki Athanássios Cordás⁹.

¹The University of São Paulo (USP), Neurosciences and Behavior Programme, Eating Disorders Programme (AMBULIM), Medicine School, Institute and Department of Psychiatry, Clinical Hospital, São Paulo, Brazil

²Eating Disorders Programme (AMBULIM), Medicine School, Institute and Department of Psychiatry, Clinical Hospital, USP, São Paulo, Brazil

³Psychologist, PHD in Neurodevelopment Disorders, Mackenzie University, Curitiba, Brazil.

⁴Psychologist, PHD in Pontifical Catholic University, Rio Grande do Sul, Brazil. Post-Graduation Program, University Martha Falcao – Wyden, Manaus, Brazil.

⁵The University of São Paulo, Medicine School, Institute of Psychiatry, Eating Disorders Program (AMBULIM), São Paulo, SP, Brazil.

⁶The University of Sydney, Faculty of Medicine and Health, The Boden Collaboration for Obesity, Nutrition, Exercise & Eating Disorders, Charles Perkins Centre, Sydney, NSW, Australia.

⁷Psychologist, post-Doctoral in sciences. Specialist in hospital psychology and psychoanalytic psychotherapy. University of São Paulo, Medicine School, São Paulo, Brazil.

⁸Psychologist, Post-Doctorate in Health Sciences, São Judas Tadeu University, São Paulo, Brazil.

⁹Psychiatrist - Eating Disorders Programme (AMBULIM), Institute and Department of Psychiatry, Clinical Hospital, USP, São Paulo, Brazil. Post-Graduation Program in Neuroscience and Behavior at USP, São Paulo, Brazil. Institute and Department of Psychiatry, Medicine School, USP, São Paulo, Brazil

*Equal contribution.

Correspondência do Autor

Andreza Carla de Souza Lopes

Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas - HCFMUSP

Programa de Transtornos Alimentares - AMBULIM

Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, 785

Cerqueira César, São Paulo - SP, Brasil

05403-010

Tel: +5511 2661-6975

Email: andrezacarla@usp.br

Resumo

Este estudo teve como objetivo realizar a adaptação transcultural da primeira versão adaptada para o Brasil, do Manual de Terapia de Remediação Cognitiva – TRC, realizando a equivalência semântica, conceitual e cultural. A flexibilidade cognitiva e a coerência central são processos cognitivos que estão presentes nas características de funcionamento identificadas em pessoas com anorexia nervosa. Eles são componentes identificados nos traços de personalidade relacionados a comportamentos obsessivos compulsivos, perfeccionistas e com vulnerabilidade para o desenvolvimento de estilos prejudicados de processamento cognitivo. Diante da presença desses prejuízos de funcionamento cognitivo é que surgiu a Terapia de remediação cognitiva como uma técnica de intervenção e reabilitação desses processos, visando a reabilitação do processamento inflexível e focado em detalhes que é consistente com observações clínicas de rigidez cognitivo-comportamental. Este estudo realizou a primeira versão adaptada para o Brasil, com a tradução e adaptação transcultural da intervenção neurocognitiva com pessoas com anorexia nervosa, que apresenta evidências científicas na intervenção nos processos de flexibilidade cognitiva e coerência central. É importante ressaltar a necessidade do desenvolvimento dos próximos passos de investigação da validade, fidelidade, eficácia e eficiência da intervenção na versão adaptada do manual do TRC, intencionando as possíveis modificações e adequações das técnicas com a população brasileira.

Introdução

A Anorexia Nervosa – AN é um transtorno alimentar que apresenta características diagnósticas que sofre influências tanto de fatores genéticos, biológicos e do desenvolvimento (1,2). Além dessas características, pesquisas relatam que determinados traços de personalidade contribuem para a manutenção da doença. Esses traços estão relacionados a comportamentos obsessivos compulsivos, perfeccionismos, e vulnerabilidade para o desenvolvimento de estilos de processamento cognitivo, tais como a flexibilidade cognitiva e coerência central fraca (3–7).

A flexibilidade cognitiva é um processo do funcionamento executivo em que é desenvolvida a habilidade de se mover entre múltiplas tarefas, operações ou padrões mentais (8,9). A inflexibilidade cognitiva é o resultado de problemas com flexibilidade, em que são identificadas respostas rígidas e concretas na resolução de problemas ou inflexibilidade nas respostas, e.g. comportamentos estereotipados ou perseverativos. Evidências científicas, avaliados a partir de testes neuropsicológicos, indicam a presença de traços de inflexibilidade cognitiva em pessoas com AN, e têm sido clinicamente descritos com estilos de pensamento persistentes, rígidos, conformados e obsessivos (10–15). Essas dificuldades são identificadas em pessoas com AN tanto na fase aguda da doença, quanto na fase de recuperação do peso, o que sugere que esse traço seja considerado um endofenótipo do transtorno (16,17). Para

pacientes com AN, distorções cognitivas inflexíveis conduzem e perpetuam a doença (18). A persistência na rigidez de pensamentos relacionados a preocupações com peso e a forma corporal, contribui para um prognóstico negativo do tratamento (19). Essa estrutura conceitual sugere que a inflexibilidade cognitiva pode ser um fator central na cronicidade da AN (20).

A coerência central refere-se à tendência normal de processar informações de maneira global ou holística, em vez de atenção excessiva aos detalhes. Em contraste, um foco no detalhe em detrimento da compreensão conceitual e contextual geral, é um viés de atenção conhecido como coerência central fraca (21). Uma revisão sistemática de Lopez, Tchanturia, Stahl e Treasure (6) revelou fortes evidências de dificuldades de processamento global na AN. Os pacientes apresentam tendência em se concentrar nos detalhes em detrimento da gestalt global da figura, apresentando evidências de um processamento global prejudicado (4,6,16).

A coerência central fraca é considerada um potencial fator etiológico ou de manutenção para a AN devido à propensão de se concentrarem excessivamente em detalhes individuais (e.g., peso corporal e forma) em oposição a conceitos mais amplos (e.g., senso mais amplo de si mesmo), que por sua vez influenciam o comportamento (5,22). A ideia fundamental de que indivíduos com transtornos alimentares, particularmente aqueles com AN, apresentam coerência central fraca com atenção excessiva aos detalhes e capacidade de processamento global reduzida, tem sido estudada em várias pesquisas, principalmente na busca de evidências de tratamentos para esses traços de funcionamento (23).

O baixo desempenho nessas duas áreas forma um perfil cognitivo de processamento inflexível e focado em detalhes que é consistente com observações clínicas de rigidez cognitivo-comportamental em indivíduos AN. Essa forma de funcionamento cognitivo é a base da intervenção da Terapia de Remediação Cognitiva – TRC. A TRC foi originalmente desenvolvida para uso em lesões cerebrais (24) e posteriormente desenvolvida para o uso em pacientes com psicose (25). Ao longo da última década, aumentaram as evidências de TRC com pessoas com AN, concebida como um tratamento adjuvante ao tratamento multiprofissional, através de intervenção breve, que consiste em vários exercícios cognitivos de flexibilidade cognitiva e processamento global (26). Ela aborda os processos de pensamento, e não o conteúdo, visando assim os processos cognitivos e não os recursos essenciais do transtorno alimentar. Esses exercícios cognitivos são baseados em tarefas de alternância cognitiva, que visam impulsionar o engajamento em trabalhos psicológicos futuros, bem como promover a viabilidade de tornar pequenas mudanças diárias em um hábito rotineiro, que podem fornecer subsídios para grandes mudanças para comportamentos problemáticos ligados ao comer, autoimagem, peso e relacionamentos problemáticos (27).

A TRC para anorexia tem sido estudada em diferentes contextos clínicos, incluindo laboratórios internacionais – e, claro, no Reino Unido (Institute of Psychiatry, King's College London) de onde se origina. O Manual de TRC foi desenvolvido por profissionais da equipe do Instituto de psiquiatria do King's College de Londres, no Reino Unido. Este inclui material prático, que engloba as razões para o uso da TRC na AN, roteiros para a introdução da TRC com pacientes, planejamento das sessões, exercícios, exemplos de casos e seu uso com pacientes de forma individual ou em grupo. A intervenção foi testada em pacientes internados com AN com um longo histórico da doença.

Evidências científicas têm sido apontadas, através de estudos realizados utilizando a TRC com pacientes com AN, e têm apresentado, através de dados quantitativos e qualitativos, os seguintes resultados: (1) baixa taxa de desistência (28) (2) a performance dos pacientes em tarefas cognitivas mudou de forma significativa, (7,17,29), (3) melhora da auto avaliação dos pacientes em estratégias cognitivas (7) e (4) feedback positivo de modo geral para este tratamento foram dados por pacientes e terapeutas (30), evidências também indicam benefícios de longo prazo da TRC (31).

Considerando as evidências científicas dos resultados apresentados do uso da Terapia de remediação cognitiva no tratamento de pessoas com AN, através dos estudos realizados em diversos centros de pesquisa, é que viu-se a necessidade da tradução e utilização desta técnica na intervenção com a população brasileira. Assim, este estudo teve como objetivo realizar a adaptação transcultural do Manual de Terapia de Remediação Cognitiva – TRC para o português brasileiro, de acordo com a autorização do Comitê de ética (CEP - Parecer: 3.489.796).

Método

A primeira fase, respeitando-se os direitos autorais, foi solicitada a autorização prévia da autora, para o desenvolvimento da versão culturalmente adaptada do manual para o português brasileiro (Apêndice x). A autorização foi obtida por meio de e-mail e a versão original do manual foi obtida no site da autora www.katetachanturia.com/publications.

As etapas para adaptação do TRC, foi realizada com base nas referências de adaptação transcultural de manuais que descrevem intervenções baseadas em evidência (32–35). A adaptação transcultural considerou as definições de equivalência semântica, conceitual e cultural, que é considerado um processo meticuloso de sintonização que contempla o contexto cultural e estilo de vida da população-alvo (36). O processo de adaptação transcultural

seguiram as considerações apontadas por Beaton (37), seguindo as etapas apresentadas na Figura 1.

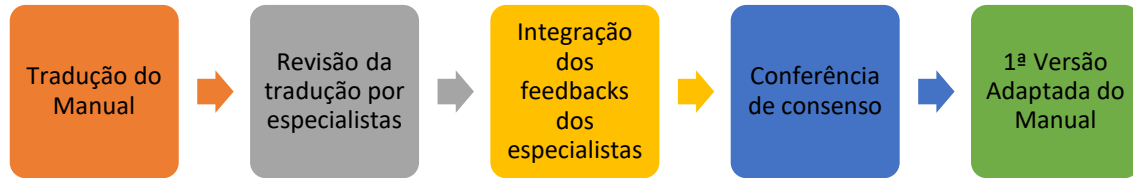


Figura 1. Etapas realizadas para a adaptação transcultural do Manual de Terapia de Remediação Cognitiva – TRC.

PROCEDIMENTOS

Etapa 1 – Tradução do Manual

O manual foi traduzido por uma psicóloga formada, com conhecimento e fluência da língua inglesa. A tradução foi realizada preservando todos os aspectos formais, estruturais e dos conteúdos característicos do manual original. Foram realizadas adaptações nas atividades considerado o contexto cultural da população-alvo, mantendo os componentes ativos do tratamento.

Etapa 2 – Revisão da tradução por especialistas

Após a realização da tradução, o manual foi dividido em 5 partes e distribuído entre cinco profissionais formados em psicologia, com doutorado, que trabalhavam com a psicologia cognitiva e com fluência na língua inglesa. O objetivo desta etapa foi fazer a revisão da tradução para a língua portuguesa, com base na leitura do manual original e o traduzido, visando fazer sugestões e/ou modificações, considerando a equivalência semântica, conceitual e cultural.

Na revisão por especialistas, as modificações se deram em relação ao significado das palavras, expressões, exemplos e situações que mantivessem a expressão do conteúdo original e que fossem adequadas ao contexto cultural do Brasil. Assim, todas as modificações se deram em relação ao conteúdo do manual, sem fazer alterações nas técnicas elencadas no manual original.

Os revisores receberam uma cópia do manual original e a versão traduzida. O manual foi dividido em partes: (1) Introdução e Descrição dos Módulos; (2) Exercícios; (3) Relatórios de caso e formato em grupo; (4) O que aprendemos com a TRC e a prática; (5) Benefícios da TRC a longo prazo, totalizando 5 partes que foram divididas entre os especialistas, onde cada um revisou uma parte. As revisões foram realizadas utilizando o corretor e a inserção de comentários do programa Microsoft Word, para que todas as alterações fossem registradas.

Etapa 3 – Integração dos feedbacks dos especialistas

Esta etapa foi realizada pelos pesquisadores, em que foram recebidos os arquivos com as sugestões e dúvidas dos revisores. Todas as considerações foram registradas em tabelas para posteriormente ser discutida na etapa de conferência de consenso com outros profissionais especialistas da área. Além das sugestões, as recomendações de adequação da tradução dos termos técnicos foram registradas para uma posterior checagem da concordância entre os conferencistas.

Etapa 4 – Conferência do consenso

Nesta etapa participaram os pesquisadores e outros 2 profissionais com experiência e conhecimento dos pressupostos de atendimento neuropsicológico de pessoas com transtornos alimentares, que não foram os mesmos que participaram da revisão da tradução. Esta etapa do processo teve como objetivo agrupar as novas modificações ao manual, considerando as equivalências semânticas, conceituais e culturais entre a versão original e a tradução para o português, bem como alcançar o consenso em relação as sugestões de alterações da tradução dos termos técnicos.

A conferência de consenso teve duração de 6 horas, realizada de forma online, obedecendo os critérios de modificação apenas das possíveis expressões e/ou palavras que se correspondessem melhor à realidade brasileira, considerando os conteúdos originais descritos no manual original.

Os critérios para a concordância em relação às questões indicadas pelos revisores, se deu a partir da concordância de 80% ou mais entre os avaliadores. Ao final desta etapa, foi produzida a 1ª versão do manual de Terapia de Remediação Cognitiva – TRC na língua portuguesa, adaptada para o contexto brasileiro.

Resultados e Discussão

As indagações que surgiram na etapa de revisão por especialistas foram analisadas na conferência de consenso e a integração dos feedbacks foram organizadas em duas categorias: (1) Indagações sobre a tradução e adaptação de expressões e palavras para a cultura brasileira, que diz respeito a dúvidas e adequação de termos e expressões mais apropriados para se buscar equivalência semântica e cultural entre as versões do manual; e, (2) Questões sobre a adequação de conhecimentos técnicos-científicos atualizadas para o contexto brasileiro.

As deliberações dessas duas categorias de questões foram discutidas na conferência. Na Tabela 1 estão descritas as indagações sobre a tradução e adaptação de expressões e palavras para a cultura brasileira, bem como as suas deliberações.

Tabela 1

Indagações sobre a tradução e adaptação de expressões e palavras para a cultura brasileira

Indagações levantadas pelos revisores	Deliberações do comitê de consenso
Tradução do termo “podem ser usadas”	Foi traduzido para “podem auxiliar”
Tradução da frase “os pacientes vão variar”	Foi traduzido para “existe variação no número de tarefas que os pacientes”.
Tradução do termo “Experimente”	Foi traduzido para “Assista”.
Tradução do termo “carta”	Foi traduzido para “Mensagem de Texto”
Excluir o termo “CD”	Mudado o termo para “leitor de mídias digitais”
Tradução do termo “MP3 Player”.	Foi traduzido para “player”.
Tradução do termo “despedida”	Traduzido para “finalização”
Tradução do termo “Considere”	Foi traduzido para “note”
Tradução do termo “projetado”	Foi traduzido para “desenhado”
Tradução do termo “forma”	Foi traduzido para “maneira”
Modificação da frase “Reflexões para o paciente sobre a tarefa”.	Alterado para “Perguntas sobre as reflexões do paciente sobre a tarefa”
Tradução do termo “Tarefa”	Foi traduzido para “exercício”
Tradução do termo “par de”	Foi traduzido para “duas ou três”
Tradução do termo “ela”	Foi traduzido para “a empresa”
Tradução do termo “sentença”	Foi traduzido para “frase”
Tradução da frase “Estou no aguardo por uma resposta sua”.	Foi traduzido para “Aguardarei por uma resposta sua”.
Tradução do termo “visão”	Foi traduzido para “pensamento”
Tradução do termo “em pessoa e por telefone”	Foi traduzido para “atendimento ao público e telefonista”
Tradução da frase “recibo de resposta para a reunião/noite de entrega e cheques”.	Foi traduzido para “folha de resposta”
Tradução do termo “bebidas e canapés”.	Foi traduzido para “comes e bebes”
Tradução da frase “há uma boa chance que você consiga ser hospedada em algum lugar”.	Foi traduzido para “é provável que consiga se hospedar em algum lugar”.
Tradução do termo “Mr.”	Foi traduzido para “Sr.”
Tradução da frase “Miss Lucy Saville Environmental Advisor Poole, Harbour comissários Harbour Office 20 New, Quay Road, Poole”.	Foi traduzido para “Lucy Saville-Orientadora Ambiental, Escritório dos Comissários do Porto de Poole”.
Tradução da frase “para o cargo na Poole Harbour Atividades Recreativas”.	Foi traduzido para “Para o setor de entretenimento no Porto de Poole”.
Tradução da frase “para ganhar experiência de primeira mão em	Foi traduzido para “, primeiro, para ganhar experiência em pesquisa e

pesquisa oficial e coleta de dados”.	coleta de dados”.
Tradução da frase “Comissão do Poole Harbour”.	Foi traduzido para “Comissão do Porto de Poole”.
Tradução do termo “circular”.	Foi traduzido para “compartilhar”.
Tradução do termo “permafrost”	Foi traduzido para “geleira”
Tradução do termo “encontrão”	Foi traduzido para “esbarrão” ou “empurrão”.
Tradução do termo “tiritar”	Foi traduzido para “tremor”.
Tradução do termo “pista e campo”	Foi traduzido para “atletismo”
Tradução do termo “rudimentar”	Foi traduzido para “básica”.
Tradução do termo “ala”	Foi traduzido para “enfermaria”
Tradução da frase “e com quem ela tinha estado por 10 anos”.	Foi traduzido para “e com o qual ela estava há 10 anos”.
Tradução do termo “patente”	Foi traduzido para “Outro ponto forte é a sua...”
Tradução do termo “e eles gostaram que não se concentrou em alimentos e comida”.	Foi traduzido para “e eles gostaram que não foi focada em comer alimentos”.
Tradução do termo “que pedimos”	Foi traduzido para “realizadas”
Tradução do termo “informar”	Foi traduzido para “auxiliar”
Tradução do termo “aplicar”	Foi traduzido para “utilizar”
Tradução do termo “aplicada”	Foi traduzido para “utilizada”
Tradução do termo “deem”	Foi traduzido para “ofereçam”
Tradução da frase “a forma como as habilidades que eles usam nas tarefas”.	Foi traduzido para “como as habilidades usadas nas tarefas”.
Tradução do termo “morna”	Foi traduzido para “cuidadosa”.
Tradução do termo “se seguir”	Foi traduzido para “ser feita”
Tradução do termo “irão surgir”	Foi traduzido para “surjam”
Tradução do termo “a tomada de”	Foi traduzido para “utilizar-se de”
Tradução do termo “ligando”	Foi traduzido para “vinculando”
Tradução do termo “finais”	Foi traduzido para “de finalização”
Tradução do termo “tiradas”	Foi traduzido para “retiradas”.
Modificação da frase “aspectos bons e possivelmente menos úteis de certas estratégias”.	Alterada para “os bons aspectos e aqueles possivelmente menos úteis sobre certas estratégias.”
Tradução da frase “eu era um estagiário YT na Brightsons, em North Street, Invertown, e obtive RSA I e II em Administração de Empresas com RSA II em Processamento de Texto”.	Foi traduzido para “eu era um estagiário da Brightsons advogados, em <i>North Street</i> , na Invertown e obtive o curso de secretariado RSA nível I e II em administração de empresas e RSA nível II em produção e processamento de texto”.
Tradução do termo “receberam supervisão de grupo semanal de um psicólogo clínico”.	Foi traduzido para “realizaram semanalmente supervisões em grupo com um psicólogo clínico”.
Tradução do termo “gerando”	Traduzido para “criando”
Tradução do termo “experimentando”	Traduzido para “experimentos”
Tradução da frase “mais substância para as áreas no meio”.	Traduzido para “dar mais importância para as áreas que estão no meio”

Tradução do termo “deram”	Traduzido para “ofereceram”
Tradução do termo “De modo importante”.	Traduzido para “Importante ressaltar que”.
Tradução do termo “notou”	Traduzido para “percebeu”
Tradução da frase “transmitiam informações sucintamente para alguém”.	Traduzido para “repassavam informações para alguém de forma sucinta”.
Tradução do termo “de uma forma”	Traduzido para “por um lado”
Tradução do termo “dá demasiada”	Traduzido para “fornece muita”
Adequação do termo “incentivam”	Adequado para “incentivaram”
Tradução do termo “uma bela esteirinha”	Tradução para “um belo descanso de mesa”
Tradução do termo “balconista”	Foi traduzido para “repcionista”.
Tradução do termo “morna”	Foi traduzido para o termo “calorosa”
Tradução do termo “direcionando”	Foi traduzido para o termo “abordando”
Tradução do termo “visado”	Foi traduzido para o termo “almejado”
Tradução do termo “ligando”	Foi traduzido para o termo “conectando”
Tradução do termo “ligavam”	Foi traduzido para o termo “relacionavam”
Tradução do termo “demasiada”	Foi traduzido para o termo “excessivas”
Tradução do termo “configurações”	Foi traduzido para o termo “situações”
Tradução do termo “reconheceram”	Foi traduzido para o termo “mencionaram”

Nota-se que surgiram várias dúvidas sobre a tradução de expressões e/ou palavras e sua adaptação para a cultura brasileira, considerando a tradução do termo em si, sua adequação ao contexto da frase no qual está inserido, levando em conta a equivalência semântica, conceitual e cultural a fim de não comprometer a versão original do manual. Por exemplo, foram realizadas adaptações a fim de atingir a equivalência cultural de termos preservando a intervenção do tratamento, na descrição de tarefas comportamentais realizadas pelos pacientes nas técnicas de relaxamento. No manual original são dadas sugestões de atividades para pequenas mudanças comportamentais fora das sessões, reforçando as estratégias que foram discutidas durante elas. Dentre essas atividades são sugeridas técnicas de relaxamento, com indicação de ouvir um álbum de músicas no *MP3 Player* e emprestar um *CD*. No entanto, com a evolução tecnológica, não se faz mais uso dessas mídias, sendo sugerido a adaptação para o uso da palavra “*player*” de forma a abranger outras possibilidades de acesso à recursos para a realização da atividade.

Foram realizadas adaptações na tradução de palavras, considerando o contexto brasileiro, observando seu melhor uso na frase, as regras da língua portuguesa e a semântica, que é o componente do sentido das palavras e da interpretação das sentenças e dos enunciados

(38). Essas dúvidas foram julgadas e adaptadas pela Comissão de consenso, a partir das sugestões dos revisores, considerando a tradução mais adequada ao contexto brasileiro, preservando o sentido original, como por exemplo, a frase “*os pacientes vão variar*”, que foi adequada para “*existe variação no número de tarefas que os pacientes...*”; e a frase “*Estou no aguardo por uma resposta sua*”, que foi adequada para “*Aguardarei por uma resposta sua*”. O processo de análise da adequação de palavras para a cultura brasileira requereu, da comissão de consenso, a decisão de compreender a colocação das palavras nas frases, entendendo o seu contexto e a forma como é empregada a fim de não modificar o sentido da frase, como no exemplo da frase “*mais substância para as áreas no meio*” que foi modificada, consensualmente, para “*dar mais importância para as áreas que estão no meio*”. De acordo com Matarazzo (34), essas modificações são necessárias para, além de considerar o contexto cultural da norma e da língua para qual está sendo traduzida, bem como manter o objetivo inicial da intervenção sem deixar de considerar o conteúdo culturalmente adaptado, ou seja, mantendo a ideia original preservada em sua versão adaptada.

Também houve necessidade de adequação de atividades buscando fazer a adaptação cultural, pois muitas atividades consideram o contexto utilizado na língua inglesa. Assim, no processo de adequação, observou-se que muitas atividades e termos têm uma apresentação no contexto brasileiro, no entanto, foram adaptadas para atender o objetivo da intervenção realizada no manual. Logo, a adaptação de termos e atividades é fundamental para buscar a equivalência cultural congruente.

Tabela 2

Indagações sobre a tradução, adaptação e inserção de expressões e palavras de termos técnicos-científicos para a cultura brasileira

Indagações levantadas pelos revisores	Deliberações do comitê de consenso
Tradução do termo “A terapia está aprendendo”	Foi traduzido para “A terapia é aprendido”
Tradução do termo “pacientes externos”	Foi traduzido para “ambulatórios”
Tradução do termo “No contexto externo”	Foi traduzido para “Em ambulatórios”
Tradução do termo “visão global”	Foi traduzido para “visão de um quadro mais amplo”
Alterar a frase “Os terapeutas de remediação cognitiva devem estar aptos para trabalhar com pacientes psiquiátricos, assim como ter treinamento especializado que os autorize a trabalhar com esta população”.	Modificada para “É esperado que os terapeutas de remediação cognitiva estejam aptos para trabalhar com pacientes, assim como possuir treinamento especializado que os autorize a trabalhar com esta população”.

Adequação na frase “Você se vê pega pensando nos detalhes da vida diária?”	Acrescentar a palavra “excessivamente”, a fim de deixar claro a evidência da situação.
Tradução do termo “intuição [insight]”	Foi traduzido para o termo “percepção”
Tradução do termo “inputs”	Foi traduzido para o termo “intervenções”
Adequação das leituras recomendadas para os pacientes	Com base na sugestão dos revisores, foi sugerido a inserção de leituras adequadas na língua da população-alvo, que se segue: Como Lidar com os Transtornos Alimentares: Guia Prático Para Familiares e Pacientes, Autor: Eduardo Wagner Aratangy (Editor), Helena Bonadia Buonfiglio (Editor); A vida perfeita não existe, Autora: Daiana Garbin; Fazendo as pazes com o corpo, Autora: Daiana Garbin; Como lidar com o Transtorno Obsessivo Compulsivo – TOC, Autora: Roberta Fernandes do Nascimento; A coragem de ser imperfeito, Autora: Brené Brown (Autor), Joel Macedo (Tradutor).

A Tabela 2 mostra questões relacionadas à tradução, adaptação e inserção de termos técnicos-científicos adequados para o contexto brasileiro, na tradução do manual de terapia de remediação cognitiva. Nesse ponto foi considerado pelos revisores questões sobre a tradução de termos utilizados na cultura brasileira correspondentes aos termos utilizados no manual original e que já apresentam evidências de uso com a população-alvo. Por exemplo, o uso do termo “*pacientes externos*”, expressão utilizada dentro na cultura inglesa para identificar os pacientes em atendimento que não em internação hospitalar, na sua tradução original, foi adaptado para o contexto brasileiro, designando àqueles em “*atendimento ambulatorial*”. Da mesma forma que o termo “No contexto externo” foi traduzido para o termo “Em ambulatório”, trazendo assim um reconhecimento de quem são esses pacientes, que não os que estão em atendimento de internação hospitalar.

Já em relação a termos técnicos-científicos, o uso da palavra “visão global” faz parte do entendimento sobre a definição do processo coerência central. Entretanto, houve questionamento dos revisores quanto ao uso do termo, sugerindo a modificação para o termo “visão de um quadro mais amplo”, podendo assim trazer mais clareza para a utilização no contexto brasileiro. Da mesma que os termos “intuição [insight]” e “inputs”, ambos apresentam significados diversos dependendo da linha teórica de atuação. No entanto,

considerando o contexto de intervenção da Terapia de remediação cognitiva, sugeriu-se a mudança dos termos para as palavras “percepção” e “intervenções”, respectivamente, respeitando o contexto de utilização no objetivo da intervenção, bem como dentro do contexto cultural brasileiro.

No manual original há uma lista de recomendações de leituras para pacientes, abrangendo as temáticas de: Transtornos Obsessivo Compulsivo, Perfeccionismo e autoestima, que estimulam a ampliação do conhecimento sobre os temas através da leitura. Logo, foi discutido pelos profissionais do Comitê de consenso quais poderiam ser as opções pertinentes na literatura brasileira para a população-alvo. Assim, a tabela 2 traz uma lista com sugestões de leitura, que foram sugeridas para serem adicionados na versão brasileira do manual.

É importante registrar as limitações desse estudo, considerando que, de acordo com estudos não há um consenso em relação aos passos para a adaptação de intervenções e de instrumentos (35), existindo outras formas de realização desse processo, não realizadas nesse estudo. O presente estudo não teve o objetivo de testar a viabilidade, aceitabilidade e fidelidade da intervenção, e sim a tradução e adaptação transcultural do manual de Terapia de Remediação Cognitiva, disponibilizando uma primeira versão em português, com equivalência semântica, conceitual e cultural. Entretanto, considera-se que estudos futuros para avaliação da viabilidade, aceitabilidade e fidelidade do uso da terapia de remediação cognitiva na anorexia nervosa com a população brasileira poderão ser realizados para aprimoramento da versão adaptada do manual. Assim, esse estudo, buscou cumprir as etapas iniciais de tradução e adaptação cultural, através da avaliação executadas por especialistas da área, realizando a equivalência semântica, conceitual e cultural do manual terapia de remediação cognitiva para a anorexia nervosa (32–35).

Considerações Finais

O presente estudo buscou descrever os primeiros passos da realização da adaptação transcultural do “*Manual de Terapia de Remediação Cognitiva – TRC*” para o português brasileiro, desenvolvido pela Dra. Kate Tchanturia, do Instituto de psiquiatria do King's College de Londres, no Reino Unido, seguindo as etapas das diretrizes com base nas referências de adaptação transcultural de manuais que descrevem intervenções baseadas em evidência fornecidas por Castro et al. (32), Goldstein et al. (33), Matarazzo et al. (34) e Maríñez-Lora et al. (35). Assim, como em outros realizados, tendo como base as diretrizes

referenciadas, identificou-se uma concordância em relação as dificuldades na realização da equivalência semântica, conceitual e cultural entre as versões dos manuais (39–41). Este estudo realizou a primeira versão adaptada para o Brasil, com a tradução e adaptação transcultural da intervenção neurocognitiva com pessoas com anorexia nervosa, que apresenta evidências científicas na intervenção nos processos de flexibilidade cognitiva e coerência central. É importante ressaltar a necessidade do desenvolvimento dos próximos passos de investigação da validade, fidelidade, eficácia e eficiência da intervenção na versão adaptada do manual do TRC, intencionando as possíveis modificações e adequações das técnicas com a população brasileira.

Agradecimentos

Felipe Quinto da Luz is supported by Young Investigator Fellowships and Grant from the São Paulo Research Foundation – FAPESP (2018/18028-2 and 2019/14622-0).

Andreza Carla de Souza Lopes - <https://orcid.org/0000-0003-1129-3681>

Célia Almeida - <https://orcid.org/0000-0002-1200-7969>

Gabriela Nunes - <https://orcid.org/0000-0003-1506-8393>

Alisson Rogério Caetano de Siqueira - <https://orcid.org/0000-0002-0472-196X>

Martha Falcão de Castro e Costa - <http://lattes.cnpq.br/4628139930955444>

Felipe Quinto da Luz - <https://orcid.org/0000-0002-2088-4099>

Lívia Maria Cunha Bueno Villares da Costa - <https://orcid.org/000-0002-6909-4477>

Maria Rita Gascón - <https://orcid.org/0000-0002-3260-9000>

Táki Athanássios Cordás - <https://orcid.org/0000-0003-3929-0175>

Referências

1. Stedal K, Broomfield C, Hay P, Touyz S, Scherer R. Neuropsychological functioning in adult anorexia nervosa: A meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev.* 2021 Nov 1;130:214–26.
2. Lopez C, Davies H, Tchanturia K. Neuropsychological Inefficiencies in Anorexia Nervosa Targeted in Clinical Practice: The Development of a Module of Cognitive Remediation Therapy. In: *Eating and its Disorders*. [“Department of Pediatrics and Surgery, Faculty of Medicine, University of Chile, Chile”, “Institute of Psychiatry, King’s College London, United Kingdom”]: John Wiley and Sons; 2012. p. 185–97.
3. Hamatani S, Tomotake M, Takeda T, Kameoka N, Kawabata M, Kubo H, et al. Impaired central coherence in patients with anorexia nervosa. *Psychiatry Res.* 2018;259:77–80.
4. Lang K, Tchanturia K. A Systematic Review of Central Coherence in Young People with Anorexia Nervosa. *J Child Adolesc Behav* 2014 23. 2014 Jun 13;2(3):1–5.
5. Lindner SE, Fichter MM, Quadflieg N. Central coherence in full recovery of anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev.* 2013 Mar;21(2):115–20.
6. Lopez C, Tchanturia K, Stahl D, Treasure J. Central coherence in eating disorders: A systematic review. Vol. 38, *Psychological Medicine*. 2008. p. 1393–404.
7. Leppanen J, Adamson J, Tchanturia K. Impact of Cognitive Remediation Therapy on Neurocognitive Processing in Anorexia Nervosa. *Front Psychiatry.* 2018 Mar 20;9(MAR):96.
8. Lezak MD. *Neuropsychological assessment*. 5th ed. Oxford ; New York: Oxford University Press; 2012. xxv, 1161 p.

9. Fuentes D, Malloy-Diniz L, Camargo C, Cosenza R. *Neuropsicologia: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed; 2014.
10. Tchanturia K, Anderluh MB, Morris RG, Rabe-Hesketh S, Collier DA, Sanchez P, et al. Cognitive flexibility in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *J Int Neuropsychol Soc*. 2004 Jul;10(4):513–20.
11. Tchanturia K, Campbell IC, Morris R, Treasure J. Neuropsychological studies in anorexia nervosa. Vol. 37, *International Journal of Eating Disorders*. 2005. p. S72-6; discussion S87-9.
12. Roberts ME, Demetriou L, Treasure JL, Tchanturia K. Neuropsychological profile in the overweight population: An exploratory study of set-shifting and central coherence. *Therapy*. 2007;4(6):821–4.
13. Roberts ME, Tchanturia K, Treasure JL. Exploring the neurocognitive signature of poor set-shifting in anorexia and bulimia nervosa. *J Psychiatr Res*. 2010 Oct;44(14):964–70.
14. Tenconi E, Santonastaso P, Degortes D, Bosello R, Titton F, Mapelli D, et al. Set-shifting abilities, central coherence, and handedness in anorexia nervosa patients, their unaffected siblings and healthy controls: exploring putative endophenotypes. *World J Biol Psychiatry*. 2010;11(6):813–23.
15. Jáuregui-Lobera I. Executive functions in anorexia nervosa. *Nutr Hosp*. 2014;29(3):500–7.
16. Smith KE, Mason TB, Johnson JS, Lavender JM, Wonderlich SA. A systematic review of reviews of neurocognitive functioning in eating disorders: The state-of-the-literature and future directions. *Int J Eat Disord*. 2018;51(8):798–821.
17. Sproch LE, Anderson KP, Sherman MF, Crawford SF, Brandt HA, Sproch LE, et al. A randomized controlled trial of group cognitive remediation therapy for anorexia nervosa: Effects on set-shifting tasks for inpatient adults and adolescents. *Int J Eat Disord*. 2019;52(9):1004–14.
18. Fairburn CG. *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York: Guilford Publications; 2008.
19. Vall E, Wade TD. Trail making task performance in inpatients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Eur Eat Disord Rev*. 2015;23(4):304–11.
20. Treasure J, Schmidt U. The cognitive-interpersonal maintenance model of anorexia nervosa revisited: A summary of the evidence for cognitive, socio-emotional and interpersonal predisposing and perpetuating factors. *J Eat Disord*. 2013 Apr 15;1(1):1–10.
21. Dann KM, Hay P, Touyz S. Are poor set-shifting and central coherence associated with everyday function in anorexia nervosa? A systematic review. *J Eat Disord*. 2021 Dec 1;9(1).
22. Danner UN, Sanders N, Smeets PAM, van Meer F, Adan RAH, Hoek HW, et al. Neuropsychological weaknesses in anorexia nervosa: set-shifting, central coherence, and decision making in currently ill and recovered women. *Int J Eat Disord*. 2012 Jul;45(5):685–94.
23. Lang K, Stahl D, Espie J, Treasure J, Tchanturia K. Set shifting in children and adolescents with anorexia nervosa: An exploratory systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord*. 2014;47(4):394–9.
24. Cicerone KD, Langenbahn DM, Braden C, Malec JF, Kalmar K, Fraas M, et al. Evidence-based cognitive rehabilitation: updated review of the literature from 2003 through 2008. *Arch Phys Med Rehabil*. 2011 Apr;92(4):519–30.
25. Wykes T, Huddy V, Cellard C, McGurk SR, Czobor P. A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: methodology and effect sizes. *Am J Psychiatry*. 2011

- May;168(5):472–85.
26. Tchanturia K, Lloyd S, Lang K. Cognitive remediation therapy for anorexia nervosa: current evidence and future research directions. *Int J Eat Disord*. 2013 Jul;46(5):492–5.
 27. Tchanturia K. *Cognitive Remediation Therapy for Anorexia Nervosa*. 2010.
 28. Tchanturia K, Davies H, Lopez C, Schmidt U, Treasure J, Wykes T. Neuropsychological task performance before and after cognitive remediation in anorexia nervosa: a pilot case-series. Vol. 38, *Psychological medicine*. 2008. p. 1371–3.
 29. Matallana D, Gempeler Rueda J, Rodríguez Guarín M, Otero P, Giraldo Arango D, Poveda M, et al. Procesamiento de estímulos novedosos como terapia de remediación cognitiva en pacientes con trastorno alimentario. *Rev mex trastor Aliment*. 2018;9(1):95–106.
 30. Tchanturia K, Lock J. Cognitive remediation therapy for eating disorders: Development, refinement and future directions. Vol. 6, *Current Topics in Behavioral Neurosciences*. Department of Psychological Medicine, King’s College London, London, United Kingdom Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Stanford University School of Medicine, Stanford, CA, United States Tchanturia, K. Department of Psychological Medicine, : Springer Verlag; 2011. p. 269–87.
 31. Genders R, Davies H, St. Louis L, Kyriacou O, Hambrook D, Tchanturia K. Long-term benefits of CRT for anorexia. *Br J Healthc Manag*. 2008 Dec 1;14(12 SUPPL.):15–9.
 32. Castro FG, Barrera M, Holleran Steiker LK. Issues and Challenges in the Design of Culturally Adapted Evidence-Based Interventions. *Annu Rev Clin Psychol*. 2010 Apr 27;6:213.
 33. Goldstein NES, Kemp KA, Leff SS, Lochman JE. Guidelines for Adapting Manualized Interventions for New Target Populations: A Step-Wise Approach Using Anger Management as a Model. *Clin Psychol (New York)*. 2012 Dec;19(4):385–401.
 34. Matarazzo BB, Hoffberg AS, Clemans TA, Signoracci GM, Simpson GK, Brenner LA. Cross-cultural adaptation of the Window to Hope: A psychological intervention to reduce hopelessness among US Veterans with traumatic brain injury. *Brain Inj*. 2014;28(10):1238–47.
 35. Maríñez-Lora AM, Boustani M, del Busto CT, Leone C. A Framework for Translating an Evidence-Based Intervention from English to Spanish. *Hisp J Behav Sci*. 2016 Feb 1;38(1):117–33.
 36. Reichenheim ME, Moraes CL. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Rev Saude Publica*. 2007 Aug;41(4):665–73.
 37. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2000 Dec 15;25(24):3186–91.
 38. Bechara E. *Moderna Gramática Portuguesa*. 39ª Edição. Nova Fronteira Editora; 2019.
 39. Ferreira HG, Almeida LR de. Passos Iniciais da Adaptação ao Brasil de Intervenção Cognitivo-Comportamental para Idosos Depressivos. *Context Clínicos*. 2020 Dec 18;13(2):548–71.
 40. Novelli MMPC, Lima GB de, Cantatore L, Sena BP de, Machado SCB, D’Elia CIBR, et al. Adaptação transcultural do Tailored Activity Program (TAP) ao português do Brasil/Cross-cultural adaptation of the Tailored Activity Program (TAP) for Brazilian Portuguese. *Cad Bras Ter Ocup*. 2018 Mar 28;26(1 SE-Artigo Original):5–15.
 41. Sanchez MA dos S, Correa PCR, Lourenço RA. Cross-cultural Adaptation of the ‘Functional Activities Questionnaire - FAQ’ for use in Brazil. *Dement Neuropsychol*. 2011 Dec;5(4):322–7.

CAPÍTULO 5 - DISCUSSÃO

O funcionamento cognitivo de pessoas com AN tem sido alvo de investigação no meio científico de forma cada vez mais expressiva, por apresentarem traços de rigidez cognitiva e comportamental, processamento inflexível e focado em detalhes, além de alterações nos processos atencionais, mnemônicos e nas habilidades visuoperceptivas. Um vasto corpo de conhecimento sobre o funcionamento cognitivo da anorexia nervosa se acumulou nos últimos anos, e há cada vez mais trabalhos pesquisando esse funcionamento, com diferentes métodos de investigação, utilizando instrumentos diversos na avaliação e reabilitação cognitiva da AN.

Ainda existem várias lacunas na literatura sobre as intervenções neurocognitivas com pessoas com AN. Entretanto, o processo de construção de um protocolo base para a avaliação e reabilitação neuropsicológica desse público, tem sido uma das lacunas no conhecimento científico a ser respondida, alvo de pesquisas tanto no campo da psiquiatria quanto na neuropsicologia. Assim, o foco principal dessa tese foi contribuir para preencher algumas dessas lacunas, investigando dados atuais das principais alterações cognitivas de pessoas com AN, atendendo os objetivos descritos em cada capítulo.

O **Capítulo 2** teve como objetivo propiciar diretrizes, baseadas em evidências científicas, de instrumentos que permitissem a construção de protocolos e procedimentos baseados na prática clínica, para a avaliação neuropsicológica de pessoas com AN. Instrumentos neuropsicológicos são cada vez mais usados para avaliar populações psiquiátricas, tanto para determinação diagnóstica quanto para auxiliar no planejamento do tratamento. Todavia, existe uma gama de instrumentos para avaliação desses processos cognitivos, que possibilitam o raciocínio acerca de hipóteses diagnósticas, identificam de maneira pormenorizada o tipo e a extensão da alteração cognitiva, discriminam as funções cognitivas preservadas ou comprometidas, a presença de alterações comportamentais e de humor, bem como o impacto nas atividades de vida diária, ocupacional, social e pessoal do indivíduo (M. D. Lezak, 2012; Spreen & Strauss, 2006).

Através de uma revisão da literatura de artigos de revisão sistemática dos últimos 10 anos (2012 a 2022), que avaliaram o funcionamento cognitivo na AN, encontramos 5 artigos elegíveis (Broomfield et al., 2021; Jauregui-Lobera, 2014; Kristin Stedal, Broomfield, Hay, Touyz, & Scherer, 2021; Kristin Stedal, Frampton, Landrø, & Lask, 2012; Kristin Stedal, Scherer, et al., 2021). A partir dessa revisão, foram desenvolvidas diretrizes, baseadas nas evidências científicas, bem como baseado na experiência clínica de um serviço especializado

no atendimento deste público-alvo. Instrumentos neuropsicológicos foram recomendados, considerando seis grandes domínios neuropsicológicos (quociente de inteligência, atenção, memória, funções executivas e habilidades visuoespaciais) (M. D. Lezak, 2012). Os testes incluídos foram identificados de acordo com as principais atividades funcionais avaliadas, pelo uso relatado na maioria dos estudos de revisão incluídos, e de acordo com a sua utilidade clínica, a partir da nossa experiência prática. A escolha dos instrumentos se deu a partir das evidências de eficácia para o contexto da avaliação, bem como de sua utilidade clínica, a partir da prática profissional desenvolvida ao longo dos anos, com pessoas com AN. Regularmente, atualizações precisam ser feitas, pois são fatores chave para a segurança do paciente, no uso de instrumentos de avaliação apropriados e no desenvolvimento de planos de intervenção neuropsicológica/ cognitiva adequados para o perfil neurocognitivo de cada indivíduo.

Fundamentada as recomendações de um protocolo que possa direcionar a investigação em pessoas com AN, seguimos para a próxima lacuna. Observa-se traços no funcionamento cognitivo de pessoas com AN, com comportamentos obsessivos compulsivos, perfeccionismo e rigidez comportamental, o que leva ao questionamento sobre a presença de déficits no funcionamento executivo e na coerência central, através da investigação da sensibilidade dos instrumentos específicos, destinados para avaliação desses processos (M E Roberts, Tchanturia, et al., 2007; Marion E. Roberts, Tchanturia, & Treasure, 2010; Terhoeven et al., 2017; Wollenhaupt et al., 2019).

Assim, o **Capítulo 3** visa responder essa questão. Esse capítulo descreve uma revisão da literatura sobre o funcionamento executivo em pacientes diagnosticados com AN, em que foi realizada uma metanálise sobre essa literatura para identificar a existência de comprometimentos das FEs em pacientes com AN, em comparação com controles saudáveis, investigando qual o nível desses comprometimentos, especificamente quanto à flexibilidade cognitiva, tomada de decisão, planejamento visuoespacial e coerência central. O capítulo descreve a avaliação desses processos, a partir do uso de testes padronizados de avaliação neuropsicológica de funções executivas que avaliam flexibilidade cognitiva (Teste de Trilhas, Parte B; Wisconsin Card Sorting Test – WCST), tomada de decisão (Iowa Gambling Task – IGT), planejamento visuoespacial e coerência central (Teste de Figuras Complexas de Rey). Buscou-se ainda verificar se esses instrumentos, comumente utilizados para avaliar dessas funções, são sensíveis para identificar essas deficiências em pacientes com AN quando comparados a controles saudáveis.

Nessa pesquisa foram incluídos 21 estudos, obedecendo os critérios diagnósticos de elegibilidade e nossos achados sugerem que os déficits na FE são diferentes entre os diferentes níveis de gravidade da AN e os tipos de medidas usadas para avaliá-la. Especificamente, descobrimos que o WCST e o IGT identificam déficits na FE em pacientes com AN de forma mais consistente em todos os níveis de gravidade do distúrbio, enquanto os efeitos do TMT-B e do Teste de Figuras Complexas de Rey foram menos consistentes entre os estudos, para casos leves/moderados e graves/extremos de AN. Isso sugere que os déficits na AN podem ser mais intensos em relação a flexibilidade e a tomada de decisão, principalmente em casos graves.

Embora a presença de déficits de FE seja uma questão recorrente na literatura científica, nosso estudo ajuda a elucidar a natureza desses déficits e tem potencial importância na avaliação e tratamento desse distúrbio. Por exemplo, as dificuldades de FE são um aspecto importante da rigidez de pensamento que é comumente observada em pacientes com AN, onde os pensamentos sobre seu próprio corpo e aparência podem se tornar persistentes e muito difíceis de gerenciar. Além disso, essa também pode ser uma razão pela qual a AN tende a ser uma condição crônica, com baixa probabilidade de remissão sem tratamento a longo prazo. Nosso estudo apoia a ideia da flexibilidade como um dos déficits neuropsicológicos centrais na AN e revela que os efeitos são consistentes em todos os níveis de gravidade.

Diante das evidências encontradas sobre o perfil neurocognitivo de pessoas com AN, já posto o direcionamento do processo de avaliação, com instrumentos mais sensíveis e adequados para avaliação dos déficits identificados, viu-se a necessidade de realizar a continuidade na intervenção cognitiva. Desta forma, técnicas específicas para a reabilitação neuropsicológica seriam necessárias para fechar o círculo da intervenção, com técnicas que pudessem agir no processamento dos pensamentos, evitando incitar os pensamentos rígidos e obsessivos em relação ao comportamento alimentar. Na última década aumentaram as evidências científicas da TRC no tratamento cognitivo com pessoas com AN (Kate. Tchanturia, 2014). Um tratamento adjuvante ao tratamento multiprofissional, através de intervenção breve, com exercícios cognitivos de flexibilidade cognitiva e processamento global.

Para o desenvolvimento dessa fase de intervenção com a população brasileira, o **Capítulo 4**, descreve os passos da realização da tradução e adaptação cultural, para o contexto brasileiro, do manual da Terapia de Remediação Cognitiva (TRC). A TRC aborda os processos de pensamento, e não o conteúdo, visando assim os processos cognitivos e não a

psicopatologia central do transtorno alimentar. Esses exercícios cognitivos são baseados em tarefas de alternância cognitiva, que visam impulsionar o engajamento em processos psicológicos futuros (Genders & Tchanturia, 2010). Tem o objetivo de melhorar a capacidade de tornar pequenas mudanças diárias em um hábito rotineiro, que podem potencialmente gerar grandes mudanças para comportamentos problemáticos associados ao comer, autoimagem, peso corporal e relacionamentos problemáticos (Kate. Tchanturia, 2014).

A tradução foi realizada com base em orientações de adaptação transcultural de manuais de tratamento (Castro, Barrera, & Holleran Steiker, 2010; Goldstein, Kemp, Leff, & Lochman, 2012; Maríñez-Lora, Boustani, del Busto, & Leone, 2016; Matarazzo et al., 2014). A adaptação transcultural considerou as definições de equivalência semântica, conceitual e cultural, que é considerado um processo meticuloso de sintonização que contempla o contexto cultural e estilo de vida da população-alvo . O processo de adaptação transcultural seguiram as considerações apontadas por Beaton (Beaton, Bombardier, Guillemin, & Ferraz, 2000), seguindo as seguintes etapas: (1) Tradução do manual; (2) Revisão por especialistas; (3) Integração dos feedbacks dos especialistas; (4) Conferência de consenso; e, (5) 1ª versão adaptada do manual.

Na fase de revisão por especialistas, a mesma foi realizada por cinco profissionais formados em psicologia, com doutorado, e com fluência na língua inglesa. Desta fase foram levantadas sugestões e dúvidas dos revisores, as quais foram avaliadas pela equipe de conferência de consenso. Esta etapa realizou a avaliação e discussão das sugestões dos especialistas e posteriormente agrupou as novas modificações ao manual, considerando as equivalências semânticas, conceituais e culturais entre a versão original e a tradução para o português, bem como o consenso em relação as sugestões de alterações da tradução dos termos técnicos.

Essa foi a primeira parte do processo para o uso da TRC na população brasileira, sendo importante ressaltar a necessidade de implementação da técnica, para a realização de pesquisas que investiguem sua validade, fidelidade, eficácia e eficiência da versão adaptada do manual do TRC, avaliando as possíveis modificações e adequações das técnicas com a população brasileira.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora o resultado desta tese ofereça novos insights na avaliação e reabilitação neuropsicológica de pessoas com AN, eles também levantam algumas questões e oportunidades para outros pesquisadores. O desenvolvimento de diretrizes para a construção do protocolo de avaliação neuropsicológica de pessoas com AN, é um estudos relevante na avaliação de transtornos psiquiátricos, por apresentar o direcionamento dos instrumentos mais adequados, baseados não só nos resultados de pesquisas científicas, mas também pela prática baseada em evidências de um serviço com mais de 10 anos de experiência na avaliação neuropsicológica de pacientes com AN. Esse aspecto prepara o terreno para a realização de vários estudos clínicos, fomentando a investigação no campo dos transtornos alimentares, a partir da identificação do perfil neuropsicológico dos pacientes.

Depois de uma extensa revisão da literatura científica e com base nos resultados dos estudos apresentados durante esta tese, observa-se que a avaliação do funcionamento neurocognitivo precisa ser ampliada, para além da avaliação neuropsicológica. É preciso realizar a investigação do funcionamento cerebral a partir de técnicas modernas de neuroimagem, que possam fornecer informações sobre a fisiopatologia da AN e seu substrato neurobiológico, através de neuroimagem estrutural e funcional. Esse modelo visa contribuir, não só no processo diagnóstico, mas no desenvolvimento de estratégias para o tratamento dos sintomas da doença e intervenções neurocognitivas.

A comprobabilidade de instrumentos no processo de avaliação neuropsicológica e dos déficits no funcionamento executivo e na coerência central encontrados nessa tese, reafirmam a importância do processo de avaliação cognitiva como adjuvante no tratamento multiprofissional às pessoas com AN. Primeiramente, por considerar a sintomatologia do transtorno, com características obsessiva-compulsivas, perfeccionismo e rigidez comportamental, como focos de avaliação neuropsicológica. E, em segundo lugar, pela existência de uma técnica de reabilitação cognitiva, específica e direcionada, para a reabilitação desse perfil cognitivo apresentado pela AN.

Diante do exposto, reafirmo que a tradução do Manual de terapia de remediação cognitiva (TRC) é um passo importante no processo de compreensão e intervenção do tratamento de pessoas com AN, por ser um instrumento com evidências científicas, com mais de 10 anos de comprobabilidade e com resultados significativos em vários centros de pesquisa internacionais (Reino Unido, EUA, Espanha, Itália) (Lindvall Dahlgren & Rø, 2014).

Finalmente, esta tese, historicamente entra para o marco da avaliação e reabilitação neuropsicológica de pessoas com AN no Brasil, em que abre portas com diretrizes para a construção de um protocolo de avaliação neuropsicológica e na inserção da TRC, como a técnica de referência na reabilitação cognitiva, para o uso na população brasileira, onde a partir da sua aplicabilidade, seja replicada a metodologia para outros centros de atendimento a pessoas com transtornos alimentares e que evidências clínicas e científicas sejam produzidas, como resultado desse conhecimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AED, A. of E. D. (2020). A Guide to selecting evidence-based Psychological Therapies for Eating Disorders. Retrieved April 3, 2022, from https://higherlogicdownload.s3.amazonaws.com/AEDWEB/27a3b69a-8aae-45b2-a04c-2a078d02145d/UploadedImages/Publications_Slider/FINAL_AED_Psychohlgical_book.pdf
- Aljunied, M., & Frederickson, N. (2013). Does central coherence relate to the cognitive performance of children with autism in dynamic assessments? *Autism*, *17*(2), 172–183. <https://doi.org/10.1177/1362361311409960>
- Aloi, M., Rania, M., Caroleo, M., Bruni, A., Palmieri, A., Cauteruccio, M. A., ... Segura-García, C. (2015). Decision making, central coherence, and set-shifting: a comparison between Binge Eating Disorder, Anorexia Nervosa and Healthy Controls. *BMC Psychiatry*, Vol. 15, p. 6.
- APA. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais : DSM-5* (5. edição, p. 948). 5. edição, p. 948. Porto Alegre: Artmed.
- Baggetta, P., & Alexander, P. A. (2016). Conceptualization and Operationalization of Executive Function. *Mind, Brain, and Education*, *10*(1), 10–33. <https://doi.org/10.1111/mbe.12100>
- Barkley, R. (2012). *Executive Functions: what they are, how they work, and why they evolved*. New York, NY: The Guilford Press.
- Barros, D. M., & Castellana, G. B. (2020). *Psiquiatria Forense: Interfaces Jurídicas, Éticas e Clínicas* (2ª Edição). Porto Alegre - RS: Artmed.
- Bartholdy, S., Rennalls, S. J., Jacques, C., Danby, H., Campbell, I. C., Schmidt, U., & O'Daly, O. G. (2017). Proactive and reactive inhibitory control in eating disorders. *Psychiatry Research*, *255*, 432. <https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2017.06.073>
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, *25*(24), 3186–3191. <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>
- Bechara, A. (2007). *Iowa Gambling Task. Professional Manual*. U.S.A.: Parent.
- Bentz, M., Jepsen, J. R. M., Kjaersdam Tellús, G., Moslet, U., Pedersen, T., Bulik, C. M., & Plessen, K. J. (2017). Neurocognitive functions and social functioning in young females with recent-onset anorexia nervosa and recovered individuals. *Journal of Eating Disorders*, *5*(1). <https://doi.org/10.1186/S40337-017-0137-3>
- Betzler, F., Viohl, L., & Romanczuk-Seiferth, N. (2017). Decision-making in chronic ecstasy users: a systematic review. *European Journal of Neuroscience*, *45*(1), 34–44. <https://doi.org/10.1111/ejn.13480>
- Biezonski, D., Cha, J., Steinglass, J., & Posner, J. (2016). Evidence for Thalamocortical Circuit Abnormalities and Associated Cognitive Dysfunctions in Underweight Individuals with Anorexia Nervosa. *Neuropsychopharmacology : Official Publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, *41*(6), 1560–1568. <https://doi.org/10.1038/NPP.2015.314>
- Booth, R. D. L. (2006). *Local-global processing and cognitive style in autism spectrum disorders and typical development*.
- Bosanac, P., Kurlender, S., Stojanovska, L., Hallam, K., Norman, T., McGrath, C., ... Olver, J. (2007). Neuropsychological study of underweight and “weight-recovered” anorexia nervosa compared with bulimia nervosa and normal controls. *Int J Eat Disord*, *40*(7), 613–621. <https://doi.org/10.1002/eat.20412>
- Brockmeyer, T., Friederich, H. C., & Schmidt, U. (2018). Advances in the treatment of

- anorexia nervosa: a review of established and emerging interventions. *Psychological Medicine*, 48(8), 1228–1256. <https://doi.org/10.1017/S0033291717002604>
- Brogan, A., Hevey, D., & Pignatti, R. (2010). Anorexia, bulimia, and obesity: shared decision-making deficits on the Iowa Gambling Task (IGT). *J Int Neuropsychol Soc*, 16(4), 711–715. <https://doi.org/10.1017/s1355617710000354>
- Broomfield, C., Stedal, K., & Touyz, S. (2021). The Neuropsychological Profile of Severe and Enduring Anorexia Nervosa: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2021.708536>
- Casper, R. C., Hedeker, D., & McClough, J. F. (1992). Personality Dimensions in Eating Disorders and Their Relevance for Subtyping. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31(5), 830–840. <https://doi.org/10.1097/00004583-199209000-00008>
- Castro-Fornieles, J., Caldú, X., Andrés-Perpiñá, S., Lázaro, L., Bargalló, N., Falcón, C., ... Junqué, C. (2010). A cross-sectional and follow-up functional MRI study with a working memory task in adolescent anorexia nervosa. *Neuropsychologia*, 48(14), 4111–4116. <https://doi.org/10.1016/J.NEUROPSYCHOLOGIA.2010.10.003>
- Castro, F. G., Barrera, M., & Holleran Steiker, L. K. (2010). Issues and Challenges in the Design of Culturally Adapted Evidence-Based Interventions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 213. <https://doi.org/10.1146/ANNUREV-CLINPSY-033109-132032>
- Cordás, T. A. (2010). *Nutrição em Psiquiatria*. Porto Alegre NV - 416 p.: Artmed.
- Crane, A. M., Roberts, M. E., & Treasure, J. (2007). Are obsessive-compulsive personality traits associated with a poor outcome in anorexia nervosa? A systematic review of randomized controlled trials and naturalistic outcome studies. *The International Journal of Eating Disorders*, 40(7), 581–588. <https://doi.org/10.1002/EAT.20419>
- Culmine, V., Dunlop, J., & Stevenson, G. (2010). *Asperger Syndrome: a practical guide for teachers* (2^a). New York, NY: Routledge Taylor & Francis Group.
- Dann, K. M., Hay, P., & Touyz, S. (2021). Are poor set-shifting and central coherence associated with everyday function in anorexia nervosa? A systematic review. *Journal of Eating Disorders*, 9(1). <https://doi.org/10.1186/S40337-021-00392-X>
- Danner, U. N., Sanders, N., Smeets, P. A. M., van Meer, F., Adan, R. A. H., Hoek, H. W., & van Elburg, A. A. (2012). Neuropsychological weaknesses in anorexia nervosa: set-shifting, central coherence, and decision making in currently ill and recovered women. *The International Journal of Eating Disorders*, 45(5), 685–694.
- Davies, H, & Tchanturia, K. (2005). Cognitive remediation therapy as an intervention for acute anorexia nervosa: A case report. *European Eating Disorders Review*, 13(5), 311–316.
- Davies, Helen, Liao, P. C., Campbell, I. C., & Tchanturia, K. (2009). Multidimensional self-reports as a measure of characteristics in people with eating disorders. *Eating and Weight Disorders*, 14(2–3). <https://doi.org/10.1007/BF03327804>
- Dawson, P., & Guare, R. (2010). *Executive Skills in Children and Adolescents: A practical guide to assessment and intervention*. New York: The Guilford Press.
- De Sampaio, F. T. P., Soneira, S., Aulicino, A., Martese, G., Iturry, M., & Allegri, R. F. (2013). Theory of mind and central coherence in eating disorders: Two sides of the same coin? *Psychiatry Research*, 210(3), 1116–1122. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.08.051>
- Del Missier, F., Mäntylä, T., & Bruin, W. B. (2012). Decision-making Competence, Executive Functioning, and General Cognitive Abilities. *Journal of Behavioral Decision Making*, 25(4), 331–351. <https://doi.org/10.1002/bdm.731>
- Diamond, A. (2013). Executive Functions. *Annual Review of Psychology*, 64(1), 135–168. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143750>

- Dias, N. M., & Malloy-Diniz, L. F. (2020). *Funções executivas: modelos e aplicações*. São Paulo: Pearson.
- Dias, N. M., & Seabra, A. G. (2013). Funções executivas: desenvolvimento e intervenção. *Temas Sobre Desenvolvimento, 19* (107), 206–212.
- Duchesne, M., Mattos, P., Fontenelle, L. F., Veiga, H., Rizo, L., & Appolinario, J. C. (2004). [Neuropsychology of eating disorders: a systematic review of the literature]. *Rev Bras Psiquiatr, 26*(2), 107–117. <https://doi.org/S1516-44462004000200008>
- Fagundo, A. B., de la Torre, R., Jiménez-Murcia, S., Agüera, Z., Granero, R., Tárrega, S., ... Fernández-Aranda, F. (2012). Executive functions profile in extreme eating/weight conditions: from anorexia nervosa to obesity. *PloS One, 7*(8), e43382. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0043382>
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York: Guilford Publications.
- Favaro, A., Clementi, M., Manara, R., Bosello, R., Forzan, M., Bruson, A., ... Santonastaso, P. (2013). Catechol-O-methyltransferase genotype modifies executive functioning and prefrontal functional connectivity in women with anorexia nervosa. *J Psychiatry Neurosci, 38*(4), 241–248. <https://doi.org/10.1503/jpn.120068>
- Floresi, A. C. F., Aratanga, E. W., Azevedo, A. P. de, & Barroso, M. A. de M. (2012). Transtornos Alimentares e Obesidade. In O. V. Forlenza & E. C. (eds. . Miguel (Eds.), *Compêndio de Clínica Psiquiátrica* (p. 707 p.). Barueri - SP: Manole.
- Fowler, L., Blackwell, A., Jaffa, A., Palmer, R., Robbins, T. W., Sahakian, B. J., & Dowson, J. H. (2006). Profile of neurocognitive impairments associated with female in-patients with anorexia nervosa. *Psychol Med, 36*(4), 517–527. <https://doi.org/10.1017/s0033291705006379>
- Friederich, H.-C., & Herzog, W. (2014). *Anorexia Nervosa: Fokale Psychodynamische Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe Publishing.
- Friederich, H. C., Wu, M., Simon, J. J., & Herzog, W. (2013). Neurocircuit function in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 46*(5), 425–432. <https://doi.org/10.1002/EAT.22099>
- Frith, U. (1989). *Autism: explaining the enigma*. Oxford, Inglaterra: Cambridge University Press.
- Fuentes, D. et al. (2008). *Neuropsicologia: Teoria e Prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Fuentes, D., Malloy-Diniz, L. F., Camargo, C. H. P. de, & Cosenza, R. M. (2014). *Neuropsicologia: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Fuglset, T. S. (2021). Are set-shifting and central coherence in anorexia nervosa influenced by body mass index, anxiety, or depression? A systematic review. *BMC Psychiatry, 21*(1). <https://doi.org/10.1186/S12888-021-03120-6>
- Galimberti, E., Fadda, E., Cavallini, M. C., Martoni, R. M., Erzegovesi, S., & Bellodi, L. (2013). Executive functioning in anorexia nervosa patients and their unaffected relatives. *Psychiatry Res, 208*(3), 238–244. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.10.001>
- Genders, R., Davies, H., St. Louis, L., Kyriacou, O., Hambrook, D., & Tchanturia, K. (2008). Long-term benefits of CRT for anorexia. *British Journal of Healthcare Management, 14*(12 SUPPL.), 15–19.
- Genders, R., & Tchanturia, K. (2010). Cognitive Remediation Therapy (CRT) for anorexia in group format: A pilot study. *Eating and Weight Disorders, 15*(4), e234–e239.
- Giel, K. E., Friederich, H.-C., Teufel, M., Hautzinger, M., Enck, P., & Zipfel, S. (2011). Attentional processing of food pictures in individuals with anorexia nervosa--an eye-tracking study. *Biol Psychiatry, 69*(7), 661–667. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2010.09.047>
- Giel, K. E., Kullmann, S., Preißl, H., Bischoff, S. C., Thiel, A., Schmidt, U., ... Teufel, M.

- (2013). Understanding the reward system functioning in anorexia nervosa: Crucial role of physical activity. *Biological Psychology*, 94(3), 575–581. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2013.10.004>
- Gillberg, I. C., Billstedt, E., Wentz, E., Anckarsater, H., Rastam, M., & Gillberg, C. (2010). Attention, executive functions, and mentalizing in anorexia nervosa eighteen years after the onset of an eating disorder. *J Clin Exp Neuropsychol*, 32(4), 358–365. <https://doi.org/10.1080/13803390903066857>
- Giombini, L., Moynihan, J., Turco, M., & Nesbitt, S. (2017). Evaluation of individual cognitive remediation therapy (CRT) for the treatment of young people with anorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders: EWD*, 22(4), 667–673. <https://doi.org/10.1007/S40519-016-0322-4>
- Gizewski, E. R., Rosenberger, C., De Greiff, A., Moll, A., Senf, W., Wanke, I., ... Herpertz, S. (2010). Influence of satiety and subjective valence rating on cerebral activation patterns in response to visual stimulation with high-calorie stimuli among restrictive anorectic and control women. *Neuropsychobiology*, 62(3), 182–192. <https://doi.org/10.1159/000319360>
- Goldstein, N. E. S., Kemp, K. A., Leff, S. S., & Lochman, J. E. (2012). Guidelines for Adapting Manualized Interventions for New Target Populations: A Step-Wise Approach Using Anger Management as a Model. *Clinical Psychology: A Publication of the Division of Clinical Psychology of the American Psychological Association*, 19(4), 385–401. <https://doi.org/10.1111/CPSP.12011>
- Halmi, K. (2012). Transtornos de alimentação: anorexia nervosa, bulimia nervosa e obesidade. In R. Hales, S. Yudofsky, & G. Gabbard (Eds.), *Tratado de psiquiatria clínica* (p. 1819). Artmed.
- Hamatani, S., Tomotake, M., Takeda, T., Kameoka, N., Kawabata, M., Kubo, H., ... Ohmori, T. (2018). Impaired central coherence in patients with anorexia nervosa. *Psychiatry Research*, 259, 77–80.
- Happé, F. (2013). Weak Central Coherence. In F. R. Volkmar (Ed.), *Encyclopedia of Autism Spectrum Disorders* (pp. 3344–3346). https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1698-3_1744
- Happé, F. G. E., & Booth, R. D. L. (2008). The Power of the Positive: Revisiting Weak Coherence in Autism Spectrum Disorders. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 61(1), 50–63. <https://doi.org/10.1080/17470210701508731>
- Hatch, A., Madden, S., Kohn, M., Clarke, S., Touyz, S., & Williams, L. M. (2010). Anorexia nervosa: Towards an integrative neuroscience model. *European Eating Disorders Review*, 18(3), 165–179. <https://doi.org/10.1002/erv.974>
- Holliday, J., Tchanturia, K., Landau, S., Collier, D., & Treasure, J. (2005). Is impaired set-shifting an endophenotype of anorexia nervosa? *Am J Psychiatry*, 162(12), 2269–2275. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.12.2269>
- Jacobi, C., Hayward, C., De Zwaan, M., Kraemer, H. C., & Agras, W. S. (2004, January). Coming to Terms With Risk Factors for Eating Disorders: Application of Risk Terminology and Suggestions for a General Taxonomy. *Psychological Bulletin*, Vol. 130, pp. 19–65. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.1.19>
- Jagielska, G., & Kacperska, I. (2017). Outcome, comorbidity and prognosis in anorexia nervosa. *Psychiatria Polska*, 51(2), 205–218. <https://doi.org/10.12740/PP/64580>
- Jauregui-Lobera, I. (2014). Executive functions in anorexia nervosa. *Nutr Hosp*, 29(3), 500–507. <https://doi.org/10.3305/nh.2014.29.3.7149>
- Kolb, B., Harker, A., & Gibb, R. (2017). Principles of plasticity in the developing brain. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 59(12), 1218–1223. <https://doi.org/10.1111/DMCN.13546>
- Kuelz, A. K., Hohagen, F., & Voderholzer, U. (2004). Neuropsychological performance in obsessive-compulsive disorder: A critical review. *Biological Psychology*, Vol. 65, pp.

- 185–236. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2003.07.007>
- Kullmann, S., Giel, K. E., Hu, X., Bischoff, S. C., Teufel, M., Thiel, A., ... Preissl, H. (2014). Impaired inhibitory control in anorexia nervosa elicited by physical activity stimuli. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 9(7), 917. <https://doi.org/10.1093/SCAN/NST070>
- Lang, K., Lopez, C., Stahl, D., Tchanturia, K., & Treasure, J. (2014). Central coherence in eating disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *The World Journal of Biological Psychiatry: The Official Journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*, 15(8), 586–598.
- Lang, K., Roberts, M., Harrison, A., Lopez, C., Goddard, E., Khondoker, M., ... Tchanturia, K. (2016a). Central Coherence in Eating Disorders: A Synthesis of Studies Using the Rey Osterrieth Complex Figure Test. *PloS One*, 11(11), e0165467.
- Lang, K., Roberts, M., Harrison, A., Lopez, C., Goddard, E., Khondoker, M., ... Tchanturia, K. (2016b). Central Coherence in Eating Disorders: A Synthesis of Studies Using the Rey Osterrieth Complex Figure Test. *PLOS ONE*, 11(11), e0165467. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0165467>
- Lang, K., Stahl, D., Espie, J., Treasure, J., & Tchanturia, K. (2014a). Set shifting in children and adolescents with anorexia nervosa: an exploratory systematic review and meta-analysis. *The International Journal of Eating Disorders*, 47(4), 394–399. <https://doi.org/10.1002/EAT.22235>
- Lang, K., Stahl, D., Espie, J., Treasure, J., & Tchanturia, K. (2014b). Set shifting in children and adolescents with anorexia nervosa: An exploratory systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 47(4), 394–399. <https://doi.org/10.1002/EAT.22235>
- Leppanen, J., Adamson, J., & Tchanturia, K. (2018). Impact of Cognitive Remediation Therapy on Neurocognitive Processing in Anorexia Nervosa. *Frontiers in Psychiatry*, 9(MAR), 96. <https://doi.org/10.3389/FPSYT.2018.00096>
- Lezak, M. (2012). *Neuropsychological assessment*, 5th ed. Oxford: Oxford University Press.
- Lezak, M. D. (2004). *Neuropsychological assessment* (4th ed.). Oxford ; New York: Oxford University Press.
- Lezak, M. D. (2012). *Neuropsychological assessment* (5th ed.). Oxford ; New York: Oxford University Press.
- Lindner, S E, Fichter, M. M., & Quadflieg, N. (2012). Decision-making and planning in full recovery of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*, 45(7), 866–875. <https://doi.org/10.1002/eat.22025>
- Lindner, S E, Fichter, M. M., & Quadflieg, N. (2014). Set-shifting and its relation to clinical and personality variables in full recovery of anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev*, 22(4), 252–259. <https://doi.org/10.1002/erv.2293>
- Lindner, Susanne E, Fichter, M. M., & Quadflieg, N. (2013). Central coherence in full recovery of anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association*, 21(2), 115–120.
- Lindvall Dahlgren, C., & Rø, O. (2014). A systematic review of cognitive remediation therapy for anorexia nervosa - development, current state, and implications for future research and clinical practice. *Journal of Eating Disorders*, 2(1). <https://doi.org/10.1186/S40337-014-0026-Y>
- Lock, J. D., & Fitzpatrick, K. K. (2009). Anorexia nervosa. *BMJ Clinical Evidence*, 2009.
- Lock, J., & Le Grange, D. (2015). *Treatment Manual for Anorexia Nervosa: A Family-Based Approach*. New York: Guilford Publications.
- Lopes, A. C. de S. L. (2016). *Avaliação dos aspectos neuropsicológicos de pacientes com anorexia nervosa em internação hospitalar*. Biblioteca Digital USP:

- <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47135/tde-07022017-113718/pt-br.php>.
- Lopez, C., Tchanturia, K., Stahl, D., & Treasure, J. (2008a). Central coherence in eating disorders: a systematic review. *Psychological Medicine*, 38(10), 1393–1404. <https://doi.org/10.1017/S0033291708003486>
- Lopez, C., Tchanturia, K., Stahl, D., & Treasure, J. (2008b, October). Central coherence in eating disorders: A systematic review. *Psychological Medicine*, Vol. 38, pp. 1393–1404. <https://doi.org/10.1017/S0033291708003486>
- Lopez, Carolina, Tchanturia, K., Stahl, D., & Treasure, J. (2009). Weak central coherence in eating disorders: a step towards looking for an endophenotype of eating disorders. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 31(1), 117–125.
- Louzã, M. R., & Cordás, T. A. (2020). *Transtornos de Personalidade* (2ª Edição). Porto Alegre - RS: Artmed.
- Mader-Joaquim, M. J. (2010). O Neuropsicólogo e seu paciente: introdução aos princípios da avaliação neuropsicológica. In L. F. et al. Malloy-Diniz (Ed.), *Avaliação Neuropsicológica* (p. 432 p.). Porto Alegre: Artmed.
- Magee, J. C., & Grienberger, C. (2020). Synaptic Plasticity Forms and Functions. *Annual Review of Neuroscience*, 43, 95–117. <https://doi.org/10.1146/ANNUREV-NEURO-090919-022842>
- Malloy-Diniz, L. (2010). *Avaliação neuropsicológica*. Porto Alegre: Artmed.
- Malloy-Diniz, L. F. et al. (2010). *Avaliação Neuropsicológica*. Porto Alegre: Artmed.
- Malloy-Diniz, L. F., Fuentes, D., Mattos, P., & Abreu, N. (2018). *Avaliação Neuropsicológica* (2ª Edição). Porto Alegre: Artmed.
- Malloy-Diniz, L., Mattos, P., Abreu, N., & Fuentes, D. (2016). *Neuropsicologia: aplicações clínicas*. Porto Alegre: Artmed.
- Maríñez-Lora, A. M., Boustani, M., del Busto, C. T., & Leone, C. (2016). A Framework for Translating an Evidence-Based Intervention from English to Spanish. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 38(1), 117–133. <https://doi.org/10.1177/0739986315612769>
- Marucci, S., Ragione, L. D., De Iaco, G., Mococchi, T., Vicini, M., Guastamacchia, E., & Triggiani, V. (2018). Anorexia nervosa and comorbid psychopathology. *Endocrine, Metabolic and Immune Disorders - Drug Targets*, 18(4), 316–324.
- Matarazzo, B. B., Hoffberg, A. S., Clemans, T. A., Signoracci, G. M., Simpson, G. K., & Brenner, L. A. (2014). Cross-cultural adaptation of the Window to Hope: A psychological intervention to reduce hopelessness among US Veterans with traumatic brain injury. *Brain Injury*, 28(10), 1238–1247. <https://doi.org/10.3109/02699052.2014.916419>
- McIntosh, V. V. W., Jordan, J., Luty, S. E., Carter, F. A., McKenzie, J. M., Bulik, C. M., & Joyce, P. R. (2006). Specialist supportive clinical management for anorexia nervosa. *The International Journal of Eating Disorders*, 39(8), 625–632. <https://doi.org/10.1002/EAT.20297>
- Miotto, E., Lúcia, M., & Scaff, M. (2012). *Neuropsicologia Clínica*. São Paulo: Rocca.
- Miyake, A., Friedman, N. P., Emerson, M. J., Witzki, A. H., Howerter, A., & Wager, T. D. (2000). The Unity and Diversity of Executive Functions and Their Contributions to Complex “Frontal Lobe” Tasks: A Latent Variable Analysis. *Cognitive Psychology*, 41(1), 49–100. <https://doi.org/10.1006/cogp.1999.0734>
- Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., & Swann, A. C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *Am J Psychiatry*, 158(11), 1783–1793. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.11.1783>
- Morgan, C. M., Vecchiatti, I. R., & Negrão, A. B. (2002). Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(suppl 3), 18–23. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462002000700005>

- NICE Guidelines. (2004). Eating Disorders: Core Interventions in the Treatment and Management of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Related Eating Disorders. In *Eating Disorders: Core Interventions in the Treatment and Management of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, and Related Eating Disorders*.
- Noggle, C. A., & Dean, R. S. (2013). *Neuropsychological Rehabilitation*. New York: Springer Publishing Company.
- Oldershaw, A., Hambrook, D., Tchanturia, K., Treasure, J., & Schmidt, U. (2010). Emotional theory of mind and emotional awareness in recovered anorexia nervosa patients. *Psychosom Med*, 72(1), 73–79. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181c6c7ca>
- Oliveira, M. da S., & Rigoni, M. dos S. (2010). *Figuras Complexas de Rey: teste de cópia e de reprodução da memória de figuras geométricas complexas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Papazian, Ó., Alfonso, I., & Luzondo, R. J. (2006). Trastornos de las funciones ejecutivas. *Revista de Neurologia*, 42(SUPPL. 3), S045. <https://doi.org/10.33588/rn.42s03.2006016>
- Patton, M. H., Blundon, J. A., & Zakharenko, S. S. (2019). Rejuvenation of plasticity in the brain: opening the critical period. *Current Opinion in Neurobiology*, 54, 83–89. <https://doi.org/10.1016/J.CONB.2018.09.003>
- Phillipou, A., C, G., DJ, C., LA, A., & SL, R. (2015). Comprehensive neurocognitive assessment of patients with anorexia nervosa. *World Journal of Psychiatry*, 5(4), 404. <https://doi.org/10.5498/WJP.V5.I4.404>
- Pieters, G., Hulstijn, W., Maas, Y., Vandereycken, W., Peuskens, J., Probst, M., & Sabbe, B. (2006). Psychomotor performance and sequence planning in anorexia nervosa before and after weight restoration. *Eating and Weight Disorders*, 11(3), 154–162.
- Pinhas, L., Fok, K. H., Chen, A., Lam, E., Schachter, R., Eizenman, O., ... Eizenman, M. (2014). Attentional biases to body shape images in adolescents with anorexia nervosa: An exploratory eye-tracking study. *Psychiatry Research*, 220(1–2), 519–526. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.08.006>
- Rege, S. (2021). Anorexia Nervosa - A Review of Neurobiology, Diagnosis, and Management. Retrieved April 4, 2022, from Psych Scene website: <https://psychscenehub.com/psychinsights/anorexia-nervosa-a-review-of-neurobiology-diagnosis-and-management/>
- Reville, M.-C., O'Connor, L., & Frampton, I. (2016). Literature Review of Cognitive Neuroscience and Anorexia Nervosa. *Current Psychiatry Reports*, 18(2), 18.
- Rilling, J. K., & Sanfey, A. G. (2011). The neuroscience of social decision-making. *Annual Review of Psychology*, 62, 23–48. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.121208.131647>
- Ritschel, F., Geisler, D., King, J. A., Bernardoni, F., Seidel, M., Boehm, I., ... Ehrlich, S. (2017). Neural correlates of altered feedback learning in women recovered from anorexia nervosa. *Scientific Reports*, 7(1). <https://doi.org/10.1038/S41598-017-04761-Y>
- Roberts, M E, Demetriou, L., Treasure, J. L., & Tchanturia, K. (2007). Neuropsychological profile in the overweight population: An exploratory study of set-shifting and central coherence. *Therapy*, 4(6), 821–824. <https://doi.org/10.2217/14750708.4.6.821>
- Roberts, M E, Tchanturia, K., Stahl, D., Southgate, L., & Treasure, J. (2007). A systematic review and meta-analysis of set-shifting ability in eating disorders. *Psychol Med*, 37(8), 1075–1084. <https://doi.org/10.1017/S0033291707009877>
- Roberts, M E, Tchanturia, K., & Treasure, J. L. (2010). Exploring the neurocognitive signature of poor set-shifting in anorexia and bulimia nervosa. *J Psychiatr Res*, 44(14), 964–970. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.03.001>
- Roberts, Marion E., Tchanturia, K., Stahl, D., Southgate, L., & Treasure, J. (2007a). A systematic review and meta-analysis of set-shifting ability in eating disorders. *Psychological Medicine*, 37(8), 1075–1084. <https://doi.org/10.1017/S0033291707009877>

- Roberts, Marion E., Tchanturia, K., Stahl, D., Southgate, L., & Treasure, J. (2007b, August). A systematic review and meta-analysis of set-shifting ability in eating disorders. *Psychological Medicine*, Vol. 37, pp. 1075–1084. <https://doi.org/10.1017/S0033291707009877>
- Roberts, Marion E., Tchanturia, K., & Treasure, J. L. (2010). Exploring the neurocognitive signature of poor set-shifting in anorexia and bulimia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, 44(14), 964–970. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.03.001>
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). *Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica* (9ª). Porto Alegre: Artmed.
- Sadock, B., & Sadock, V. (2007). *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*, 9th ed. Porto Alegre: Artmed.
- Salzano, F., Aratanga, E. W., Azevedo, A. P., Pisciolaro, F., Maciel, A. de M. B., & Cordás, T. A. (2011). Transtornos Alimentares. In E. C. Miguel, V. Gentil, & W. F. Gattaz (Eds.), *Clínica Psiquiátrica* (Vol. 1, p. 1155 p.). Barueri-SP: Manole.
- Sansone, R., & Sansone, L. A. (2010). Transtornos da Alimentação e Comorbidades Psiquiátricas: prevalência e modificações no tratamento. In J. Yager & P. Powers (Eds.), *Manual Clínico de Transtornos da Alimentação* (p. 496 p.). Porto Alegre: Artmed.
- Sauro, C. Lo, Castellini, G., Lelli, L., Faravelli, C., & Ricca, V. (2013). Psychopathological and clinical features of remitted anorexia nervosa patients: a six-year follow-up study. *European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association*, 21(1), 78–83. <https://doi.org/10.1002/ERV.2177>
- Schall, J. D. (2005, January 11). Decision making. *Current Biology: CB*, Vol. 15, pp. R9–R11. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2004.12.009>
- Schmidt, U., Magill, N., Renwick, B., Keyes, A., Kenyon, M., DeJong, H., ... Landau, S. (2015). The Maudsley Outpatient Study of Treatments for Anorexia Nervosa and Related Conditions (MOSAIC): Comparison of the Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA) with specialist supportive clinical management (SSCM) in outpatients with broadly defined anorexia nervosa: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(4), 796–807. <https://doi.org/10.1037/CCP0000019>
- Schmidt, U., & Treasure, J. (2006). Anorexia nervosa: valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *The British Journal of Clinical Psychology*, 45(Pt 3), 343–366. <https://doi.org/10.1348/014466505X53902>
- Seabra, A. G., Laros, J. A., Macedo, E. C., & Abreu, N. (2014). *Inteligência e Funções Executivas: avanços e desafios para a avaliação neuropsicológica*. São Paulo: Memnon.
- Sherman, B. J., Savage, C. R., Eddy, K. T., Blais, M. A., Deckersbach, T., Jackson, S. C., ... Herzog, D. B. (2006). Strategic memory in adults with anorexia nervosa: are there similarities to obsessive-compulsive spectrum disorders? *Int J Eat Disord*, 39(6), 468–476. <https://doi.org/10.1002/eat.20300>
- Shott, M. E., Filoteo, J. V., Bhatnagar, K. A., Peak, N. J., Hagman, J. O., Rockwell, R., ... Frank, G. K. (2012). Cognitive set-shifting in anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev*, 20(5), 343–349. <https://doi.org/10.1002/erv.2172>
- Solano-Pinto, N., de-la-Pena, C., Solbes-Canales, I., & Bernabeu-Brotons, E. (2018). [Neuropsychological profiles in anorexia and bulimia nervosa]. *Revista de neurologia*, 67(9), 355–364.
- Solstrand Dahlberg, L., Wiemerslage, L., Swenne, I., Larsen, A., Stark, J., Rask-Andersen, M., ... Brooks, S. J. (2017). Adolescents newly diagnosed with eating disorders have structural differences in brain regions linked with eating disorder symptoms. *Nordic Journal of Psychiatry*, 71(3), 188–196. <https://doi.org/10.1080/08039488.2016.1250948>

- Southgate, L., Tchanturia, K., & Treasure, J. (2008). Information processing bias in anorexia nervosa. *Psychiatry Research*, *160*(2), 221–227. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2007.07.017>
- Southgate, L., Tchanturia, K., & Treasure, J. (2009). Neuropsychology in eating disorders. In S. J. Wood, N. B. Allen, & C. Pantelis (Eds.), *The Neuropsychology of Mental Illness* (pp. 316–325). <https://doi.org/10.1017/CBO9780511642197.026>
- Spren, O., & Strauss, E. (2006). *A compendium of neuropsychological tests: administration, norms, and commentary*. New York: Oxford University Press.
- Search, L. E., Anderson, K. P., Sherman, M. F., Crawford, S. F., Brandt, H. A., Sprach, L. E., ... Brandt, H. A. (2019). A randomized controlled trial of group cognitive remediation therapy for anorexia nervosa: Effects on set-shifting tasks for inpatient adults and adolescents. *INTERNATIONAL JOURNAL OF EATING DISORDERS*, *52*(9), 1004–1014.
- Stedal, K., Frampton, I., Landrø, N. I., & Lask, B. (2012). An examination of the Ravello profile—a neuropsychological test battery for anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev*, *20*(3), 175–181. <https://doi.org/10.1002/erv.1160>
- Stedal, Kristin, Broomfield, C., Hay, P., Touyz, S., & Scherer, R. (2021). Neuropsychological functioning in adult anorexia nervosa: A meta-analysis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *130*, 214–226. <https://doi.org/10.1016/J.NEUBIOREV.2021.08.021>
- Stedal, Kristin, Frampton, I., Landrø, N. I., & Lask, B. (2012). An examination of the Ravello profile—a neuropsychological test battery for anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association*, *20*(3), 175–181. <https://doi.org/10.1002/ERV.1160>
- Stedal, Kristin, Rose, M., Frampton, I., Landrø, N. I., & Lask, B. (2012). The neuropsychological profile of children, adolescents, and young adults with anorexia nervosa. *Archives of Clinical Neuropsychology: The Official Journal of the National Academy of Neuropsychologists*, *27*(3), 329–337.
- Stedal, Kristin, Scherer, R., Touyz, S., Hay, P., & Broomfield, C. (2021). Research Review: Neuropsychological functioning in young anorexia nervosa: A meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*. <https://doi.org/10.1111/JCPP.13562>
- Steinhausen, H. C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry*, *159*(8), 1284–1293. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.8.1284>
- Steinhausen, H. C., & Weber, S. (2009). The outcome of bulimia nervosa: findings from a one-quarter century of research. *Am J Psychiatry*, *166*(12), 1331–1341. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09040582>
- Sternberg, R., & Sternberg, K. (2017). *Psicologia Cognitiva* (2ª Edição). São Paulo: Cengage Learning.
- Swinbourne, J. M., & Touyz, S. W. (2007). The co-morbidity of eating disorders and anxiety disorders: a review. *European Eating Disorders Review*, *15*(4), 253–274. <https://doi.org/10.1002/erv.784>
- Tchanturia, K., Davies, H., Roberts, M., Harrison, A., Nakazato, M., Schmidt, U., ... Morris, R. (2012). Poor cognitive flexibility in eating disorders: examining the evidence using the Wisconsin Card Sorting Task. *PLoS One*, *7*(1), e28331. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0028331>
- Tchanturia, K., Morris, R. G., Anderluh, M. B., Collier, D. A., Nikolaou, V., & Treasure, J. (2004). Set shifting in anorexia nervosa: an examination before and after weight gain, in full recovery and relationship to childhood and adult OCPD traits. *J Psychiatr Res*, *38*(5), 545–552. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2004.03.001>
- Tchanturia, K., Morris, R. G., Surguladze, S., & Treasure, J. (2002). An examination of perceptual and cognitive set-shifting tasks in acute anorexia nervosa and following

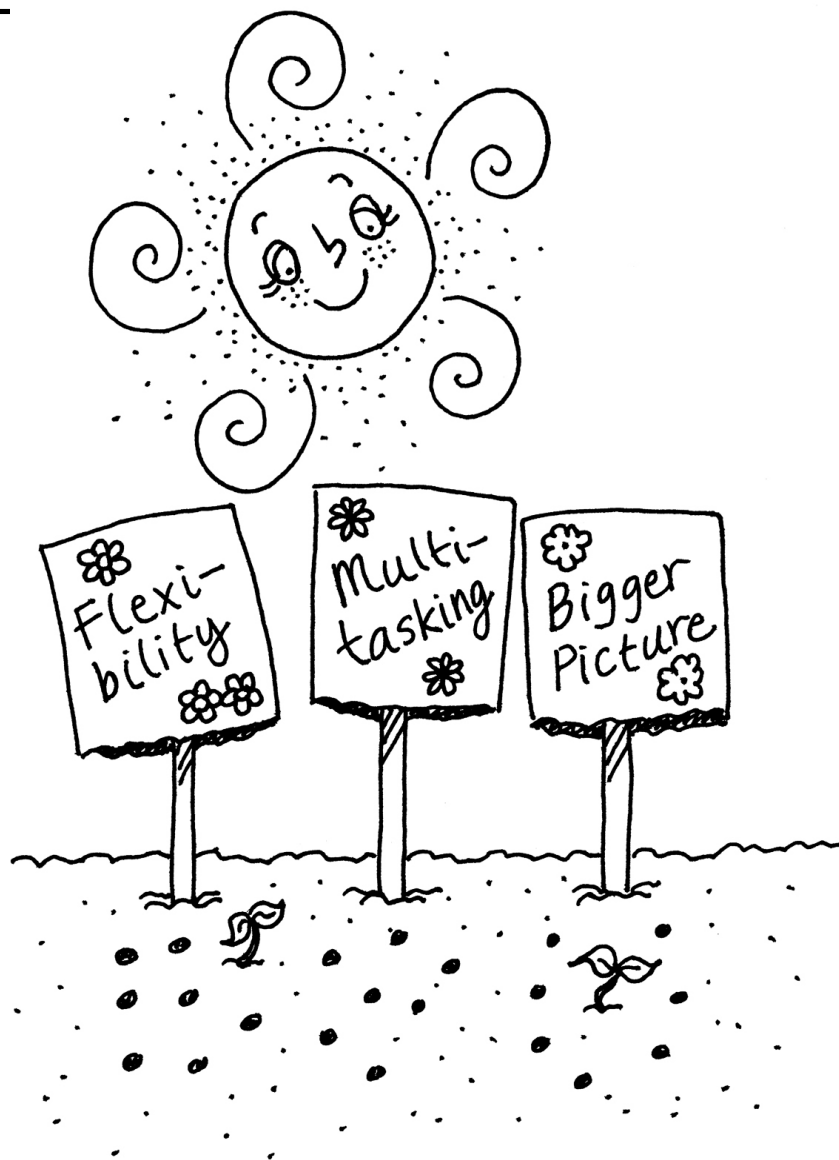
- recovery. *Eat Weight Disord*, 7(4), 312–315.
- Tchanturia, K, Whitney, J., & Treasure, J. (2006). Can cognitive exercises help treat anorexia nervosa? *Eat Weight Disord*, 11(4), e112-6.
- Tchanturia, Kate. (2014). *Cognitive Remediation Therapy (CRT) for Eating and Weight Disorders*. London, England: Routledge.
- Tchanturia, Kate. (2014). *Cognitive remediation therapy (CRT) for eating and weight disorders*.
- Tchanturia, Kate, Anderluh, M. B., Morris, R. G., Rabe-Hesketh, S., Collier, D. A., Sanchez, P., & Treasure, J. L. (2004). Cognitive flexibility in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 10(4), 513–520. <https://doi.org/10.1017/S1355617704104086>
- Tchanturia, Kate, Campbell, I. C., Morris, R., & Treasure, J. (2005, April). Neuropsychological studies in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, Vol. 37, pp. S72-6; discussion S87-9. <https://doi.org/10.1002/eat.20119>
- Tchanturia, Kate, Davies, H., Lopez, C., Schmidt, U., Treasure, J., & Wykes, T. (2008). Neuropsychological task performance before and after cognitive remediation in anorexia nervosa: a pilot case series. *Psychological Medicine*, Vol. 38, pp. 1371–1373.
- Tchanturia, Kate, Harrison, A., Davies, H., Roberts, M., Oldershaw, A., Nakazato, M., ... Treasure, J. (2011). Cognitive Flexibility and Clinical Severity in Eating Disorders. *PLoS ONE*, 6(6), e20462. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0020462>
- Tchanturia, Kate, Larsson, E., & Brown, A. (2016). Benefits of group cognitive remediation therapy in anorexia nervosa: case series. *Neuropsychiatr*, 30(1), 42–49.
- Tchanturia, Kate, Liao, P. C., Uher, R., Lawrence, N., Treasure, J., & Campbell, I. C. (2007). An investigation of decision making in anorexia nervosa using the Iowa Gambling Task and skin conductance measurements. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 13(4), 635–641. <https://doi.org/10.1017/S1355617707070798>
- Tchanturia, Kate, Lloyd, S., & Lang, K. (2013). Cognitive remediation therapy for anorexia nervosa: current evidence and future research directions. *The International Journal of Eating Disorders*, 46(5), 492–495. <https://doi.org/10.1002/EAT.22106>
- Tchanturia, Kate, & Lock, J. (2011). Cognitive remediation therapy for eating disorders: Development, refinement and future directions. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*, 6(1), 269–287. https://doi.org/10.1007/7854_2010_90
- Tchanturia, Kate, Smith, E., Weineck, F., Fidanboylu, E., Kern, N., Treasure, J., & Baron Cohen, S. (2013). Exploring autistic traits in anorexia: a clinical study. *Molecular Autism*, 4(1), 44. <https://doi.org/10.1186/2040-2392-4-44>
- Tenconi, E., Santonastaso, P., Degortes, D., Bosello, R., Titton, F., Mapelli, D., & Favaro, A. (2010). Set-shifting abilities, central coherence, and handedness in anorexia nervosa patients, their unaffected siblings and healthy controls: exploring putative endophenotypes. *The World Journal of Biological Psychiatry: The Official Journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*, 11(6), 813–823.
- Terhoeven, V., Kallen, U., Ingenerf, K., Aschenbrenner, S., Weisbrod, M., Herzog, W., ... Nikendei, C. (2017). Meaningful Memory in Acute Anorexia Nervosa Patients-Comparing Recall, Learning, and Recognition of Semantically Related and Semantically Unrelated Word Stimuli. *European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association*, 25(2), 89–97.
- Treasure, J., & Schmidt, U. (2013). The cognitive-interpersonal maintenance model of anorexia nervosa revisited: A summary of the evidence for cognitive, socio-emotional, and interpersonal predisposing and perpetuating factors. *Journal of Eating Disorders*, 1(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/2050-2974-1-13/COMMENTS>
- van Passel, B., Danner, U., Dingemans, A., van Furth, E., Sternheim, L., van Elburg, A., ...

- Cath, D. (2016). Cognitive remediation therapy (CRT) as a treatment enhancer of eating disorders and obsessive-compulsive disorders: study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, *16*(1), 393. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1109-x>
- Veras, J. L. A., Ximenes, R. C. C., Vasconcelos, F. M. N., Medeiros, B. F., & Sougey, E. B. (2018). Relação entre comportamento suicida e transtornos alimentares: uma revisão sistematizada. *Rev. Pesquisa. Cupid. Fundam. (Online)*, 289–294.
- Vitousek, K., & Manke, F. (1994). Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, *103*(1), 137–147. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.103.1.137>
- Volz, K. G., Schubotz, R. I., & von Cramon, D. Y. (2006). Decision-making and the frontal lobes. *Current Opinion in Neurology*, *19*(4), 401–406. <https://doi.org/10.1097/01.wco.0000236621.83872.71>
- Wade, T. D., & Tiggemann, M. (2013). The role of perfectionism in body dissatisfaction. *Journal of Eating Disorders*, *1*(1), 1–6. <https://doi.org/10.1186/2050-2974-1-2/TABLES/3>
- Watson, H. J., & Bulik, C. M. (2013). Update on the treatment of anorexia nervosa: a review of clinical trials, practice guidelines, and emerging interventions. *Psychological Medicine*, *43*(12), 2477–2500. <https://doi.org/10.1017/S0033291712002620>
- Westwood, H., Stahl, D., Mandy, W., & Tchanturia, K. (2016). The set-shifting profiles of anorexia nervosa and autism spectrum disorder using the Wisconsin Card Sorting Test: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, *46*(9), 1809–1827. <https://doi.org/10.1017/S0033291716000581>
- Whitney, J., Easter, A., & Tchanturia, K. (2008). Service users' feedback on cognitive training in the treatment of anorexia nervosa: a qualitative study. *Int J Eat Disord*, *41*(6), 542–550. <https://doi.org/10.1002/eat.20536>
- WHO | Rehabilitation. (2020). *WHO*.
- Wilson, B. A. (2008). Neuropsychological rehabilitation. *Annu Rev Clin Psychol*, *4*, 141–162. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.4.022007.141212>
- Wollenhaupt, C., Wilke, L., Erim, Y., Rauh, M., Steins-Loeber, S., & Paslakis, G. (2019). The association of leptin secretion with cognitive performance in patients with eating disorders. *Psychiatry Research*, *276*, 269–277.
- Wu, M., Brockmeyer, T., Hartmann, M., Skunde, M., Herzog, W., & Friederich, H. C. (2014). Set-shifting ability across the spectrum of eating disorders and in overweight and obesity: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, *44*(16), 3365–3385. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000294>
- Yilmaz, Z., Hardaway, J. A., & Bulik, C. M. (2015). Genetics and Epigenetics of Eating Disorders. *Advances in Genomics and Genetics*, *5*, 131. <https://doi.org/10.2147/AGG.S55776>

**APÊNDICE A – TRADUÇÃO PARA O PORTUGUÊS DO MANUAL DE TERAPIA DE REMEDIAÇÃO
COGNITIVA PARA ANOREXIA NERVOSA**

Link de acesso: https://131e99a4-b06b-135c-641a-44c0c057bded.filesusr.com/ugd/2e1018_ddb443ba641b498aabc50b459c592dde.pdf

Terapia de Remediação Cognitiva para Anorexia Nervosa



["IMAGEM": Flexibilidade; Multitarefa; Visão Global]

Autores:

KATE TCHANTURIA

*Psicóloga clínica consultora e Conferencista Sênior
South London e Maudsley NHS Trust
Instituto de Psiquiatria, King's College de Londres*

HELEN DAVIES

*Pesquisadora
South London e Maudsley NHS Trust
Instituto de Psiquiatria, King's College de Londres*

CLARE REEDER

*Psicóloga Clínica
Instituto de Psiquiatria, King's College de Londres*

TIL WYKES

*Professora de psicologia clínica e Reabilitação
Instituto de Psiquiatria, King's College de Londres*

TRADUÇÃO PARA O PORTUGUÊS – 2019

Msc. Andreza Carla de Souza Lopes

*Doutoranda e Mestre em Neurociências e Comportamento pela Universidade de São Paulo - USP, Psicóloga e Neuropsicóloga Clínica, pesquisadora e Coordenadora da Equipe de Neuropsicologia do Programa de Transtornos Alimentares (AMBULIM) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP - São Paulo – Brasil.
Contato: E-mail: andrezacarla@usp.br*

Prof. Dr. Táki Athanássios Cordás

*Coordenador da Assistência Clínica do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP
Coordenador do Programa de Transtornos Alimentares (AMBULIM) do IPQ-HCFMUSP
Prof. dos Programas de Pós-Graduação do Departamento de Psiquiatria da USP, do Programa de Neurociências e Comportamento do Instituto de Psicologia da USP e do Programa de Fisiopatologia Experimental da FMUSP - São Paulo – Brasil. Contato: E-mail: cordas@usp.br*

Dra. Mariana Flaks

Neuropsicóloga, Programa de Transtornos Alimentares (AMBULIM) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP - São Paulo – Brasil. Contato: E-mail: mflaks@usp.br

ÍNDICE

Agradecimentos

Prefácio

1 Introdução

Bem-vindo! 8

Onde tudo começou? 9

Como os exercícios mentais alteram o cérebro? 10

O objetivo da terapia de remediação cognitiva 10

Estilos de pensamento associados à anorexia nervosa 11

O pensamento flexível – o que aprendemos com a pesquisa 12

É útil pensar de forma flexível 13

Visão global – o que aprendemos com a pesquisa 13

É bom ver a floresta e as árvores 14

A terapia de remediação cognitiva tem como objeto o processo de pensamento, não o conteúdo 15

Reflexão sobre o estilo de pensamento 15

Testando novos comportamentos 16

Evidências em favor da terapia de remediação cognitiva para o tratamento da anorexia nervosa 17

A terapia está aprendendo 17

Resultados da aprendizagem 17

2 Descrição do Módulo

Um exemplo de plano de sessão 19

Recursos 20

Tarefas comportamentais 20

Cartas finais 22

Avalie no decorrer da seção 22

3 Exercícios

Roteiro introdutório 23

Imagens Complexas 24

Tarefa da Ideia Principal 31

Tarefa das Ilusões 39

Material de Stroop 43

Tarefa da Alternância do Foco de Atenção 52

Tarefa das Palavras Embutidas 52

Tarefa do Caça-Palavras 54

Tarefa da Estimativa 58

Tarefa “Pra cima e pra baixo” 63

Pilha de Cartas 66

Tarefa dos Mapas 66

Tarefa da Priorização 71

Tarefa da Visão Global 72

Como Plantar um Girassol 73

Procurar e Contar 76

Mudando Fusos Horários 78

4 Relatórios de

caso

Lucy 81

Nadine 88

Emma 93

Sarah 97

Jo 103

5 Terapia de remediação cognitiva no Formato em

Grupo

Contexto 110

*Desenvolvimento da terapia de remediação cognitiva no Formato em Grupo
111*

Sessão 1 – Introdução e pensamento global 112

Sessão 2 – Alternância do foco 116

Sessão 3 – Multitarefa 116

Sessão 4 – Resumo e reflexões 117

Medidas de Resultado 123

Dados do Resultado 124

Feedback dos membros do grupo 126

6 O que aprendemos com os pacientes sobre a terapia de remediação cognitiva

Feedback qualitativo 127

Questionário de autorrelato 127

Como as cartas do paciente podem ser usadas em terapias futuras 129

7 Pondo em prática a terapia de remediação cognitiva: da supervisão às experiências dos terapeutas

Quem pode oferecer terapia de remediação cognitiva? 130

Supervisão 131

Terapia de remediação cognitiva em comparação com outras intervenções 132

Experiências de terapeutas com a terapia de remediação cognitiva 134

*Refletindo e desafiando estilos e estratégias cognitivas 134 Relacionando
as tarefas com a vida cotidiana 135*

*Aplicação da terapia de remediação cognitiva e tarefas para casa 136 Sugestões
e o futuro 137*

Reconhecimento do progresso dos pacientes 137

Dificuldades vivenciadas pelos pacientes 138

Eficácia 139

Em resumo 140

8 Benefícios da terapia de remediação cognitiva a longo prazo 141 Medindo a flexibilidade longitudinal e os resultados clínicos 141

Cômputo dos resultados longitudinais 142

Perguntas frequentes 145

Apêndice A 148

Apêndice B 149

Leitura recomendada para pacientes 150

Referências 151

PREFÁCIO

Este manual contém uma descrição do módulo de remediação cognitiva para anorexia nervosa.

Esta intervenção foi testada em pacientes internados com anorexia nervosa com um longo histórico da doença. Os terapeutas envolvidos na realização da intervenção no estudo-piloto receberam supervisão semanal de um Psicólogo Clínico Consultor.

Esta intervenção pode ser utilizada como um programa de pré-tratamento para pacientes recém-admitidos para internação ou como complemento a outros tratamentos num contexto ambulatorial.

Se você deseja fazer uso deste manual, por favor entre em contato com os autores. A opinião de vocês é importante.

Todos os autores são do Instituto de psiquiatria do King's College de Londres, no Reino Unido.

DR. K. TCHANTURIA

Em nome dos autores
Kate.Tchanturia@kcl.ac.uk
Psicóloga Clínica Consultora
PO59, Seção de Transtornos
Alimentares Instituto de
Psiquiatria, KCL
16 de Crespigny
Park Denmark Hill,
Londres SE5 8AF
Reino Unido

Telefone: 0044 (0) 207 848 0134

Fax: 0044 (0) 207 8480182

AGRADECIMENTOS

Muitos dos exercícios de Terapia de Remediação Cognitiva (TRC) deste módulo são baseados em tarefas do módulo de mudança cognitiva [*cognitive shift*] de um programa de TRC inicialmente desenvolvido para pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, desenvolvido por Ann Delahunty e colegas (Delahunty et al, 1993; 2002). Fontes adicionais incluem Bell e Fox, 2003; Bell e Bryson 2001; Goldberg 2001, 2005; e Powell e Malia, 2003, Roder et al 2006.

Muito obrigado a Carolina Lopez, Jenna Whitney, Olivia Kyriacou, Emma Baldock, Laura Southgate, Katja Schulze e Abigail Easter Natalie Pretorius Lynn St Louis, David Hambrook, Rebecca Genders, Naima Lounes por suas contribuições no desenvolvimento deste manual. Além disso, gostaríamos de agradecer a Amanda Lillywhite pelas ilustrações.

Gostaríamos de agradecer aos professores Ulrike Schmidt, Janet Treasure e Iain Campbell por seus comentários muito úteis sobre este trabalho, pelo apoio contínuo e orientação.

Estamos também gratos aos colegas nos EUA, Dr. Jim Lock e Dr. Kara Fitzpatrick, por suas contribuições intelectuais.

E por último, mas não menos importante, gostaríamos de agradecer aos nossos pacientes, que gentilmente forneceram comentários valiosos e reflexões sobre a intervenção.

Os autores gostariam de agradecer à Fundação BIAL (bolsas nos. 88/02:61/04) e à Comissão Europeia pelo Projeto de *Framework 5* “Fatores da alimentação saudável” QLK1 – 1999 – 916 pelo apoio financeiro de diferentes projetos de neurociência dentro de nosso grupo de pesquisa, bem como o *Wellcome Trust*, a pesquisa de Nina Jackson sobre transtornos alimentares em conjunto com o Crédito de Pesquisa Psiquiátrica [*Psychiatry Research Trust*] (auxílio no. 284286).

A permissão de copyright foi gentilmente concedida pela Fundação Dali DACS (ref LR 7 – 00855).

CAPÍTULO

1

Introdução

Uma jornada de mil milhas deve começar com um único passo Lao Teu

Bem-vindo!

O objetivo deste manual é fornecer às pessoas que trabalham com pacientes com anorexia nervosa um módulo abrangente para ajudar a melhorar a flexibilidade mental, bem como estratégias de pensamento destes pacientes.

Até recentemente, os cientistas acreditavam que o cérebro adulto era incapaz de mudar; no entanto, achados atuais da neurociências e da psicologia clínica e experimental desafiam essa noção.

O cérebro, o pensamento e o estilo de processamento da informação são suscetíveis a mudanças no curso da vida, e o propósito deste módulo é introduzir uma "academia do cérebro" como um ponto de partida para o trabalho psicológico com casos severos de anorexia nervosa.

Muitas vezes, os médicos enfrentam desafios ao tratar pacientes com um longo histórico de anorexia nervosa porque diversas intervenções psicológicas já foram experimentadas com os pacientes e eles parecem se tornar "resistentes ao tratamento". Consequentemente, considerando esses pacientes, o tratamento precisa ser abordado de forma diferente. Em vez de começar visando os *sintomas* alimentares de pacientes gravemente doentes, podemos iniciar priorizando os *processos* de pensamento, usando exercícios cognitivos aplicados de forma motivacional. Desta forma, podemos ter certeza de que os pacientes estão se envolvendo no tratamento e de que eles são capazes de participar de um ambiente terapêutico.

Este manual é a nossa contribuição para ajudar os profissionais do campo do transtorno alimentar a utilizarem achados neurocientíficos recentes em sua prática clínica – ou seja, tentamos traduzir nosso trabalho de pesquisa baseado em evidências para a prática clínica.

O manual inclui material prático, englobando as razões para o uso da terapia de remediação no tratamento da anorexia nervosa, roteiros para a introdução da terapia de remediação cognitiva aos pacientes, planejamento das sessões, exercícios (incluindo recomendações úteis na Web), exemplos de casos, uma seção de perguntas frequentes (compiladas a partir de questões levantadas em sessões de supervisão, de workshops realizados em conferências internacionais e de diferentes serviços especializados em transtornos alimentares), informações em relação à supervisão para terapeutas e ideias para se trabalhar em grupo com terapia de remediação cognitiva. Há também descrições de uma avaliação qualitativa da terapia de remediação cognitiva, feitas por terapeutas, e uma avaliação global da nossa primeira tentativa de tornar a terapia de remediação cognitiva uma ferramenta útil para pacientes com anorexia crônica grave.

Nós esperamos que você encontre nesta abordagem uma maneira oportuna de explorar com seu paciente: como eles pensam; que estratégias eles usam para resolver tarefas simples; e como as estratégias exploradas no laboratório podem ser traduzidas para a 'vida real'. Os exercícios também fornecem uma oportunidade para se engajar em mais trabalho psicológico, bem como viabilizar pequenas mudanças nas rotinas diárias, que possam ser a base para mudanças maiores em comportamentos problemáticos relacionados à alimentação, forma do corpo, peso e relações pessoais difíceis.

Este lema descreve muito bem o que este módulo pretende abordar:

Eu acho que vai ser difícil resolver o meu problema através do pensamento, porque eu acho que o problema é o meu modo de pensar.

Esperamos que este manual sirva como uma ferramenta para que auxilie seu paciente a começar a mudar a forma de pensar sobre seus próprios pensamentos. Simplicidade, especificidade do material e uma abordagem com um estilo motivacional são os ingredientes ativos da terapia de remediação cognitiva. Nossa experiência de iniciar o tratamento com a terapia de remediação cognitiva em pacientes internados, indica que este é um formato mais aceitável para o engajamento e início do tratamento psicológico com os pacientes.

Boa sorte nesta jornada.

Onde tudo começou?

Os exercícios cognitivos nos ambientes clínicos foram aplicados pela primeira vez em pacientes com lesão cerebral durante a Segunda Guerra Mundial. A. Luria, um eminente neuropsicólogo russo, realizou um trabalho pioneiro nesta área. Observou-se que usando exercícios cognitivos, as pessoas que sofreram perda de função por causa da lesão cerebral poderiam recuperar a função.

Até recentemente o aprimoramento cognitivo foi usado somente em pacientes com lesão cerebral, mas gradualmente foi adaptado com sucesso a outros pacientes. Por exemplo, muitos dos exercícios de TRC neste módulo são baseados em tarefas do módulo de mudança cognitiva [*cognitive shift*] de um programa pioneiro de TRC para pessoas com um diagnóstico de esquizofrenia, desenvolvidas por Ann Delahunty e colegas (Delahunty et al, 1993, 2001). Um trabalho adicional de TRC para esquizofrenia foi desenvolvido por Wykes e por Reeder (2005) e por Medalia e por Choi (2009). A Terapia de Remediação Cognitiva tem sido útil em outras condições de saúde mental, por exemplo Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e dificuldades de aprendizagem (Stevenson *et al.*, 2002), transtornos obsessivo-compulsivos (Buhlmann *et al.*, 2006) e pacientes com lesão cerebral (Goldberg, 2001). Também foi aplicado com sucesso na psicologia educacional (por exemplo, Feuerstein, 1980), ambientes de negócios (por exemplo, www.themindgym.com) e em problemas relacionados com a velhice (Goldberg, 2005). Pesquisadores e clínicos descobriram que incentivar os pacientes a treinar habilidades e aprender novas estratégias pode influenciar a qualidade de vida, melhorar a funcionalidade [*functioning*] e a autoconfiança. Revisões sistemáticas da literatura sobre esquizofrenia claramente mostram que os pacientes que passaram por essa intervenção tiveram melhoras no desempenho cognitivo, nos sintomas clínicos e na funcionalidade [*functioning*] geral (e. g., McGurk et al 2007; Wykes & Huddy 2009).

Como os exercícios mentais alteram o cérebro?

Nós somos seres muito dependentes do hábito e a maior parte do nosso dia é gasto fazendo coisas que fizemos no dia anterior: levantar-se na mesma hora, tomar o mesmo café da manhã, fazer o mesmo caminho para o trabalho ou escola, e assim por diante. Por causa dessas rotinas, na maior parte do tempo o nosso cérebro tende a operar de forma automática, respondendo ao

meio de maneiras que não exigem muito pensamento explícito. No entanto, nossos cérebros têm a capacidade de assimilar novas informações para que possamos aprender coisas novas e usar esta aprendizagem para agir no ambiente de diferentes maneiras. Quando estamos conscientes do que estamos fazendo, podemos nos engajar com o ambiente e corresponder a ele em vez de simplesmente reagir de forma passiva. Temos a capacidade de pensar sobre nossas ações e mudá-las.

Os pesquisadores sabem hoje que o cérebro é um órgão mais plástico do que se pensava antes, e por causa desta plasticidade é capaz de reorganização (e. g., Doidge, 2007). A plasticidade se refere à capacidade do cérebro de se reparar tanto no nível neuronal como no cognitivo, em resposta às demandas do meio. Isso significa que existe uma possível relação entre um novo crescimento no cérebro, uma estimulação estruturada do meio e a recuperação de funções perdidas. Para este fim, nosso cérebro é moldado pelo modo como o usamos, e o exercício de habilidades específicas leva ao aumento da ativação e até mesmo ao aumento do tamanho das áreas relevantes do cérebro. Os músicos, por exemplo, têm um giro de Heschl ampliado e mais ativo, que é uma área responsável pelo processamento auditivo (Schneider *et al.*, 2002) e taxistas têm um hipocampo maior e mais ativo, uma área associada à memória (Maguire *et al.*, 2000). Além disso, tais benefícios podem ser observados em pessoas acometidas por declínio cognitivo relacionado à idade (Goldberg, 2005) e por déficits cognitivos relacionados a doenças específicas (Wexler *et al.*, 2000).

O objetivo da terapia de remediação cognitiva

Um objetivo fundamental da Terapia de Remediação Cognitiva é exercitar conexões no cérebro, com o objetivo de que suas funções sejam melhoradas. Isto se baseia na ideia de que as redes neurais no cérebro serão ativadas depois da prática de exercícios cognitivos, envolvendo suas partes menos usadas. Wexler e seus colaboradores descobriram que pacientes com psicose que apresentam funcionamento deficitário da memória de trabalho [*working memory*] e das habilidades de planejamento e flexibilidade mostraram maior ativação dessas áreas do cérebro após receberem TRC (Bell e Bryson, 2001; Bell *et al.*, 2001; Wexler *et al.*, 2000). Este achado sugeriu que a prática melhoraria o desempenho e aumentaria a confiança no uso da habilidade. Revisões, até o momento, de todos os estudos realizados usando a TRC em pacientes com esquizofrenia atestam sua eficácia como tratamento e seu papel na melhora da funcionalidade dos pacientes (McGurk *et al.*, 2007; Wykes e Huddy, 2009). Um segundo objetivo é incentivar os pacientes a refletirem

sobre os exercícios como uma forma de conscientizá-los sobre os estilos de pensamento. Isso pode ser feito conscientemente por meio do aprendizado de novas estratégias, que podem ser reutilizadas e praticadas, tornando-se generalizadas no comportamento. Consequentemente, a TRC visa usar a prática, a reflexão e a descoberta guiada para aperfeiçoar o estilo de pensamento.

Um outro objetivo da terapia de remediação cognitiva é orientado por evidências de pesquisa que mostram que a motivação para a mudança e a confiança que você pode aprender ao longo da vida, e a capacidade de se aproveitar de seus erros pode possibilitar que se alcancem os objetivos desejados em todos os aspectos da vida. Carol Dweck (2006) e seus colegas realizaram vários estudos que mostram que há duas mentalidades, uma 'fixa' (quando a pessoa acredita que seus talentos e habilidades são inalteráveis – ou você os tem ou não) e outra 'crescente' [*growth*] (quando a pessoa acredita que seus talentos podem ser desenvolvidos). A importante lição que se pode tirar dos estudos de Dweck é que as pessoas devem ser reconhecidas por suas tentativas – pelo seu esforço, e não por sua habilidade. Essa ideia pode ser usada com sucesso como um tema abrangente da TRC na condução de exercícios cognitivos, refletindo sobre eles e implementando-os na vida cotidiana.

A terapia de remediação cognitiva é uma intervenção que...

- consiste de exercícios mentais que visam melhorar as estratégias cognitivas, habilidades de pensamento e processamento de informações através da prática
- promove a reflexão sobre estilos de pensamento
- incentiva pensar sobre o pensar
- ajuda a explorar novas estratégias de pensamento na vida cotidiana

Estilos de pensamento associados à anorexia nervosa

Muitos fatores causam e contribuem para que a anorexia nervosa continue a existir. Há evidências que sugerem que entre eles se incluem fatores genéticos, biológicos e de desenvolvimento (Jacobi et al, 2004). Além disso, linhas convergentes de pesquisa propõem que certos traços de personalidade contribuem para a persistência da doença (Schmidt e Treasure, 2006). Tais traços estão relacionados ao transtorno obsessivo-compulsivo de

personalidade (TOC) que está associado às más consequências da doença (Crane et al, 2007). Em pessoas com anorexia nervosa, essas consequências são: ver as coisas em detalhes (Lopez *et al.*, 2008a, 2008b; Southgate *et al.*, 2005) ser rígido (Roberts *et al.*, 2007; 2010; Tchanturia *et al.*, 2004) e regrado (Southgate et al, 2009). Evidências mostram que essas características persistem mesmo após o ganho de peso (Green *et al.*, 1996; Kingston *et al.*, 1996; Szmukler *et al.*, 1992; Tchanturia *et al.*, 2004).

As pessoas têm maneiras diferentes de pensar. Algumas pessoas acham muito fácil acomodar novas informações e alternar entre diferentes ideias e conceitos, e assim acham fácil alternar entre os estímulos de seu ambiente. Essas pessoas geralmente são boas em realizar várias tarefas ao mesmo tempo [*multi-tasking*]. Outras pessoas preferem se concentrar em uma coisa de cada vez, preferindo não serem interrompidos até terminarem uma tarefa. Essas pessoas também tendem a fazer as coisas meticulosamente: as pessoas com anorexia nervosa tendem a se incluir nesta categoria. Tais estilos de pensamento podem ser observados clinicamente não apenas no controle de peso, mas em outras áreas da vida dos pacientes. Isso pode se apresentar como uma incapacidade de deixar algo apenas 'bom o suficiente' ou um caso em que verificar a perfeição torna-se um obstáculo, em vez de uma ajuda. A capacidade de ser muito focado e flexível quando necessário é altamente importante; ser capaz de ver os detalhes e a "visão global" tem seus próprios méritos, dependendo do que é exigido da situação. No entanto, quando o estilo de uma pessoa se torna extremo e predomina sobre outros estilos de pensamento, pode não ser tão útil. Por exemplo, quando o foco exacerbado inviabiliza a percepção de outras possibilidades ou quando a atenção extrema a detalhes impede a percepção do todo [*bigger picture*]. Nesses cenários, poderia ser muito útil tornar-se consciente de outras estratégias preferíveis e ter um repertório mais amplo de que se possa servir para pensar sobre as coisas.

Pensamento flexível – o que aprendemos com a pesquisa

A “flexibilidade” [*set shifting*] foi descrita como a capacidade de transitar entre várias tarefas, operações ou conjuntos mentais (Miyake *et al.*, 2000, Lezak *et al* 2004). Problemas de flexibilidade podem resultar em inflexibilidade cognitiva, por exemplo, em abordagens concretas e rígidas na resolução de problemas, em comportamentos condicionados pelo estímulo [*stimulus-bound behaviour*], ou na inflexibilidade da resposta (por exemplo,

comportamentos obstinados ou estereotipados). Há fortes evidências, provenientes de pesquisas neuropsicológicas de laboratório, de que pacientes com anorexia nervosa exibem um traço de inflexibilidade cognitiva ou flexibilidade deficitária (Tchanturia *et al* 2004 a,b; Tchanturia *et al.*, 2005; Roberts *e teml* 2007; Roberts *et al*, 2010, TENCONI *et al* 2010). Essas dificuldades amplas de alternância são evidentes em indivíduos com anorexia nervosa, tanto durante a fase aguda da doença quanto após a restauração do peso (Tchanturia *et al.*, 2002, 2004). A noção de que a flexibilidade seria provavelmente uma dificuldade em pacientes com anorexia nervosa tem validade aparente, já que os pacientes têm sido consistentemente descritos clinicamente como tendo estilos de pensamento persistentes, rígidos, conformados e obsessivos (Casper *et al.*, 1992; Vitousek e manke, 1994; Davies *et al*, 2009).

A flexibilidade implica mudar as respostas de acordo com as contingências ambientais. Um exemplo pode ser a mudança de rotinas para atender às demandas da família, amigos ou trabalho, e. g., a multitarefa necessária para cozinhar uma refeição e cuidar das crianças. Neste caso, ambos os 'sets' precisam ser mantidos em paralelo, e as respostas devem mudar constantemente entre eles. Então, pensar de uma forma flexível, como este, pode ser bastante difícil se você preferir se ater a uma tarefa de cada vez e considerá-la meticulosamente. Outro exemplo seria se os planos fossem alterados no último minuto e um plano alternativo tivesse de ser implementado. Se você é alguém que prefere se aferrar a regras e rotinas duras e rápidas, essa pode ser uma proposta incômoda.

Este módulo inclui as ideias que foram elaboradas para abordar estilos cognitivos rígidos nesse grupo de pacientes. Os exercícios foram concebidos para incentivar a flexibilidade entre diferentes estímulos e incluem ilusões, tarefas de mudança do foco da atenção, tarefas de palavras embutidas, tarefas de estimativa, jogos de cartas, e tarefas ecológicas projetadas para se pensar sobre ser flexível na vida cotidiana.



É útil pensar de forma flexível

Como descrito anteriormente, somos todas criaturas guiadas pelo hábito, em certa medida. Hábitos, rotinas, regras e fazer as coisas sempre de uma forma particular ou em certa ordem, em determinado momento, e manter as coisas em um determinado lugar em sua casa ou no trabalho pode ser tremendamente útil. Hábitos e rotinas nos permitem trabalhar mentalmente no piloto automático. Isso torna a vida gerenciável e previsível, reduz o tempo e energia mental gasto em busca de coisas, ou decidindo sobre as opções, e pode reduzir a ansiedade, a incerteza ou o caos.

No entanto, as pessoas com um estilo de pensamento menos flexível são geralmente mais dependentes de hábitos do que outros e pode haver desvantagens. Regras ou hábitos rígidos podem ficar no caminho de novas oportunidades e experiências: eles podem monopolizar o tempo que poderia ser gasto em outras coisas úteis; eles podem isolar as pessoas e trancá-las em um tédio eterno, diminuindo seus horizontes; eles podem fazer relacionamentos se tornarem banais; e quando os hábitos ou rotinas são interrompidos (por exemplo, através de doença, lesão, perda, etc.) o indivíduo pode terminar muito consternado. Imagine por exemplo uma criança treinada em uma rotina de dormir muito particularmente rígida, em que ela acaba sempre tendo que abraçar um urso de pelúcia muito particular para dormir. Mas se de repente perdem esse ursinho, é um pandemônio.

Pode ser que haja a necessidade de se adaptar e fazer uso de diferentes habilidades, ou trabalhar em conjunto com aqueles que têm outras habilidades, a fim de se adaptar mais confortavelmente ao ambiente e às outras pessoas com que se vive.

Pensamento global - o que nós aprendemos com a pesquisa

Há evidências robustas de que as pessoas com anorexia nervosa exibem um estilo de processamento de informações excessivamente detalhado, negligenciando o pensamento holístico (Lopez *et al.*, 2008a, 2008b; 2010 de TENCONI, Wentz 2009). Também se tem notado que as pessoas com anorexia nervosa se saem melhor do que grupos de comparação com transtornos não alimentares em tarefas que envolvem processamento

particionado de informação (Gillberg *et al.*, 1996; Lopez *et al.*, 2006, 2008, Southgate *et al.* 2007). Ser bom em focar em detalhes pode ser considerada uma força e há empregos que exigem particularmente esta habilidade, por exemplo, a revisão de um documento. Entretanto, geralmente, a maioria de trabalhos exige que a pessoa seja capaz de pensar tanto detalhadamente quanto de forma global. Por exemplo, uma secretária precisará prestar atenção ao detalhe dos documentos digitados, mas também precisará pensar em priorizar a carga de trabalho; uma enfermeira precisa ter certeza de que está concentrada na aplicação do medicamento certo e documentando observações precisas sobre o paciente, mas também precisa estar atenta às necessidades de todos os seus pacientes e ciente do cronograma diário. Assim, se há um viés para uma forma detalhada de pensar e as pessoas têm uma tendência extrema para se priorizarem as informações locais em detrimento das globais, isso pode se tornar um problema. Este estilo de processamento de informações significa que é difícil ver "nas árvores a floresta". Na anorexia nervosa, os pacientes ficam muito preocupados com detalhes, ordem e simetria e, em relação aos alimentos, este estilo de pensamento implica uma preocupação com detalhes como teor de calorias e teor de gordura em detrimento do valor nutricional global que contribui para uma dieta equilibrada.

Incluídas no manual estão algumas ideias que ajudarão a identificar o estilo de extrema atenção aos detalhes e permitir a prática do pensamento holístico. Por exemplo, para descrever uma imagem complexa para outra pessoa desenhar, as pessoas com anorexia nervosa tendem a executar essa tarefa identificando os detalhes primeiro (como descrever as linhas individuais de uma forma) em vez de reconhecer as características globais. Esta é uma estratégia organizacional pobre, o que torna difícil para a pessoa que desenha produzir uma representação exata da figura. Também torna difícil para o paciente recordar a figura, uma vez que a informação que eles armazenaram é fragmentada e, portanto, não se prova cognitivamente econômico do ponto de vista da memória.

Um exemplo deste tipo detalhado de pensamento na vida quotidiana poderia ser o ato de fornecer os sentidos de um mapa a alguém, ao telefone. Se você se detém em cada detalhe, como todos os pontos de referência por onde você passa e todas as lojas que estão no trajeto, não somente o receptor começará a se sentir confuso, mas será igualmente fácil perder de vista o objetivo geral do que você está tentando fazer. Há exercícios no manual que visam o pensamento global, como a tarefa das imagens complexas (como descrito acima), em que se descrevem as direções usando mapas, resumindo cartas, usando estrutura de tópicos e títulos (particularmente relevantes para os pacientes, por exemplo, o folheto informativo sobre o programa de tratamento, distúrbios alimentares ou a sua carta de avaliação), o exercício de descrever

instruções pormenorizadas num formato resumido (por exemplo, como plantar um girassol), transmitir informações num formato resumido a outras pessoas (útil ao enviar uma breve mensagem de texto) e pensar sobre a priorização de evento, colocando-a em prática (eventos hipotéticos ou pessoalmente relevantes na vida do paciente). O objetivo destas tarefas é incentivar o pensamento em termos da visão global, em vez de focar os detalhes.

É bom ver o bosque e as árvores

Uma pessoa com um estilo de pensamento detalhado pode ser vista como alguém que, em sua vida diária, vê as coisas de seu entorno como uma câmara que está configurada em *zoom* em vez de *widescreen*, vendo o mundo como se fosse um desenho técnico ao invés de uma pintura impressionista. Pode não ser apenas a percepção visual que atua desta forma, mas os outros quatro sentidos também: toque, gosto, cheiro e som.

Se nos concentrarmos muito em detalhes (visão microscópica), perderemos o contexto mais amplo (visão telescópica) e não importa quão importantes sejam os detalhes, temos que nos lembrar da visão global. Manter a visão global em mente é importante para que todos os passos menores sigam a direção certa. Às vezes é difícil manter um bom equilíbrio entre as partes micro e macro de nossos comportamentos. No entanto, recuar e refletir é sempre uma boa ideia. Pode ser muito útil para a recuperação que os pacientes pensem sobre a visão global de suas vidas e se afastem dos detalhes referentes a calorias e à imagem ou forma do corpo.

Ao longo deste manual há exercícios que incentivam técnicas simples de "ver a floresta nas árvores" e quando necessário apreciar os pontos fortes e fracos da extrema atenção aos detalhes.



A terapia de remediação cognitiva tem como objeto o processo de pensamento, não o conteúdo

Muitos tratamentos psicológicos dependem fundamentalmente de que as funções cognitivas estejam intactas (por exemplo, a terapia cognitivo-comportamental, a terapia analítica cognitiva, a terapia de Gestalt). A rigidez cognitiva e o pensamento focado em detalhes provavelmente terão um impacto negativo significativo em todo o engajamento terapêutico e na utilidade desses tratamentos. Para este fim, a terapia de remediação cognitiva pode ser uma primeira etapa útil para o tratamento de pacientes com anorexia nervosa, porque visa as funções que subjazem ao conteúdo, em vez de depender de que estejam intactas para que a intervenção tenha efeito.

Além disso, um dos problemas com o tratamento de pessoas com anorexia nervosa é que eles têm altas taxas de abandono do tratamento - pode haver uma variedade de razões para isso. Uma delas pode ser a dificuldade de discutir sentimentos e emoções quando os pacientes estão tão doentes. A terapia de remediação cognitiva não se destina ao conteúdo emocional e, portanto, pode ser um tratamento mais atraente para os pacientes que estão muito doentes e que não estão prontos para começar a abordar estas questões.

Reflexão sobre o estilo de pensamento

Além de dar aos indivíduos uma oportunidade de fortalecer as conexões cerebrais através do exercício, a terapia de remediação cognitiva incentiva a reflexão sobre o estilo de pensamento. Em particular, pode-se pedir que os pacientes reflitam sobre:

1. Pontos fortes e fracos das estratégias de pensamento, e. g., no que se refere à tarefa da imagem complexa, o terapeuta poderia perguntar, 'o que você poderia mudar ao descrever uma outra imagem a alguém?'
2. Ansiedades desafiadoras relacionadas ao estilo de pensamento; por exemplo, 'Qual é a importância de fazer uma tarefa com lápis e papel como esta perfeitamente, o que há de errado com 'bom o suficiente'?'
3. Construir confiança, através, por exemplo, da conclusão de tarefas.
4. Reconhecimento e apreciação dos pontos fortes da pessoa.

Testando novos comportamentos

Este módulo enfatiza bastante a relevância das habilidades aprendidas no laboratório para a vida real. Isso é implementado não apenas incentivando os pacientes a refletir sobre estratégias e estilos de pensamento no final das sessões, mas também através da introdução de tarefas comportamentais para cumprir entre as sessões. Empreender estas pequenas tarefas comportamentais pode dar aos pacientes um senso de realização e ajudar a mentalizar e internalizar diferentes estilos cognitivos.

A terapia de remediação cognitiva fornece um ambiente seguro, livre de julgamento e positivo para a aprendizagem, onde o paciente se sente capaz de cometer erros no ensaio e na prática, deixando-os livres para aprender e experimentar.

A justificativa para o uso da terapia de remediação cognitiva em anorexia nervosa baseia-se nos seguintes critérios:

- Não há um tratamento de primeira escolha baseado em evidências fortes para adultos com anorexia nervosa. O Instituto Nacional de Excelência Clínica apresentou em 2004 evidências resumidas de pesquisa sobre o tratamento de anorexia nervosa. Concluiu que, para as famílias dos pacientes novos, a terapia é a opção mais recomendada de tratamento, mas por causa dos estudos limitados e da ausência de resultados promissores relacionados à anorexia nervosa de adultos, nenhuma recomendação enfática do tratamento pôde ser feita (diretrizes de NICE, 2004).
- Há pesquisas cujas evidências indicam que as pessoas com anorexia nervosa têm dificuldades para alternar estratégias cognitivas (e. g., Tchanturia *et al.*, 2005; Roberts *et al* 2010).
- Pessoas com anorexia nervosa tendem a focar extensivamente nos detalhes, em detrimento da visão global (o pensamento é mais fragmentado que integrado) (e. g., revisão sistemática Lopez *et al.*, 2008).
- Uma grande proporção de casos de anorexia nervosa é resistente ao tratamento (Steinhausen, 2002,2009; Tesouro *et al* 2010; Trave e Fitzpatrick 2009).
- Pessoas com anorexia nervosa severa acham difícil se envolver em tratamento, ou falar de comida ou dor emocional.
- A terapia de remediação cognitiva fornece um ambiente motivacional seguro, um espaço onde os pacientes podem pensar sobre o seu pensamento e que fornece uma oportunidade de iniciar pequenas mudanças.

Evidências a favor da terapia de remediação cognitiva para o tratamento da anorexia nervosa

Os autores realizaram um estudo piloto utilizando este módulo como intervenção. Este estudo piloto ocorreu na *South London and Maudsley NHS Foundation Trust*, na Unidade de Transtornos Alimentares. Trinta pacientes com diagnóstico de anorexia nervosa (baseados nos critérios diagnósticos do DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994) faziam parte desta investigação piloto. As avaliações utilizadas neste estudo são referenciadas no final do manual.

A evidência até o momento forneceu dados quantitativos e qualitativos, demonstrando: (1) uma baixa taxa de abandono desta intervenção (Tchanturia et al 2008), (2) o desempenho dos pacientes em tarefas cognitivas mudou significativamente, (Tchanturia et al 2008) (3) o autorrelato dos pacientes sobre as estratégias cognitivas melhoraram (Genders et al 2008) e (4) pacientes e terapeutas deram em geral um *feedback* positivo sobre este pacote (Davies e Tchanturia, 2005; Tchanturia et al., 2006, 2007; 2008; Tchanturia & Hambrook, 2009; Tchanturia & Lock, 2010; Whitney et al., 2008;). As evidências também demonstram benefícios a longo prazo da terapia de remediação (Genders et al, 2008) e também que ela é aceitável como um tratamento em grupo (Genders & Tchanturia, na imprensa).

A terapia de remediação cognitiva também foi aplicada ao trabalho individual adolescente (por Cwojdzinska et al 2009; Lock et al em andamento).

A terapia é a aprendizagem

Forneça a seu paciente um ambiente [*setting*] terapêutico que seja dirigido pela autodescoberta guiada. Por isso, propõe-se que uma experiência de aprendizagem mais poderosa será alcançada por seus pacientes se eles descobrirem novos estilos de pensamento por eles mesmos, em vez de serem instruídos sobre estilos de pensamento adequados. Portanto, abstenha-se de fazer ligações entre as estratégias utilizadas nas tarefas e na vida cotidiana; será mais benéfico para o seu paciente fazer essas correlações por si mesmo.

Há situações (por exemplo, má saúde, envelhecimento, luto) em que precisamos reaprender alguns hábitos.

Recordemos duas mensagens muito importantes:

Nunca é tarde demais para aprender

Para manter o seu cérebro apto e forte a mensagem é "usá-lo ou perdê-lo"!

Resultados da aprendizagem

Aqui estão alguns dos resultados que você deve ajudar o seu paciente a alcançar: Refletir sobre estratégias de pensamento (pensar sobre o pensamento)

Reconhecer as forças do próprio pensamento

Desafiar estilos de pensamento existentes

Explorar novos estilos de pensamento

Aperfeiçoar a flexibilidade do pensamento

Melhoria na tomada de decisões e nas habilidades de planejamento

Melhoria nas habilidades de pensamento integrado

Construir uma ponte entre as habilidades de pensamento e as pequenas tarefas comportamentais

Gerenciar traços de caráter e quebrar pequenos hábitos

Preparar-se para as próximas etapas terapêuticas

Construir confiança para se engajar em terapias futuras

Geralmente, não andamos por aí pensando sobre como estamos pensando. Como uma pessoa em um país estrangeiro que continua repetindo as mesmas palavras, só que cada vez mais alto, e que ainda assim não é compreendida pelo nativo, tendemos a pensar da mesma maneira que ele, mesmo quando fazemos isso sem conseguir o que queremos. A solução é detectar e alterar as configurações padrão da mente.

A terapia de remediação cognitiva pode ajudar nossos pacientes a fazerem isso, ajudando-os a pensar sobre o pensamento.

2

Descrição do módulo

Este módulo pode ser usado em serviços de internação ou em pacientes externos. Como parte do tratamento de internação, pode ser usado como um primeiro estágio do tratamento para pacientes admitidos na internação. No contexto externo, pode ser utilizado como um tratamento complementar mais curto. Testes neuropsicológicos, autorrelatos e entrevistas clínicas curtas podem ser conduzidas antes da intervenção, após a intervenção e em um acompanhamento de 6 meses, de modo que se possam aferir os resultados. As avaliações utilizadas no estudo piloto estão listadas na seção de apêndices. No entanto, elas não são prescritivas. Por exemplo, colaboradores de outros países podem escolher as medidas com as quais estão mais familiarizados.

O módulo inclui 10 sessões. O objetivo é fazer uma ou duas sessões por semana, no entanto, isso pode depender do paciente e, assim, o prazo pode variar. Espera-se que a intervenção seja bastante intensiva, a fim de que se colham os benefícios. Cada sessão deve durar aproximadamente 30 – 40 minutos.

As sessões devem incluir a prática de habilidades, usando os exercícios para facilitar a discussão entre o terapeuta e o paciente sobre os estilos de pensamento. As sessões são conduzidas em um estilo motivacional.

Abaixo está um exemplo de um plano de sessão. Você vai descobrir que os pacientes vão variar o número de tarefas que podem fazer em uma sessão - algumas pessoas conseguem fazer várias, enquanto outros só alguns. Como o objetivo não é apenas exercitar o cérebro por meio de uma *prática* repetitiva, mas também usar os exercícios como um *trampolim* para a reflexão, deve-se estabelecer uma média de 40 minutos para que esses objetivos sejam cumpridos.

Um exemplo de plano de sessão

1 × Descrição de imagem complexa

2 × Tarefas de ilusão

2 × Tarefas de Stroop

1 × Tarefa de estimativa

1 × Tarefa da pilha de
cartas

3 × Tarefa das ideias
principais

Recursos

Para cada sessão, serão necessários os seguintes materiais: fotocópias de exercícios relevantes, papel e canetas para desenho e escrita e cartas de baralho.

Há uma série de sites úteis com ilusões:

Por exemplo:

<http://www.brainden.com/Optical-Illusions.htm> E para a tarefa de imagem complexa:

<http://www.primaryresources.co.uk/English/PInst.htm>

Tarefas comportamentais

Quando você sentir que seu paciente está pronto (geralmente depois da Sessão 6, mas este pode variar de paciente para paciente), introduza a ideia de fazer algumas pequenas mudanças comportamentais fora das sessões. Isso pode reforçar as estratégias que foram discutidas durante os exercícios.

Abaixo está uma lista de "mudanças de comportamento" que foram alcançadas pelos pacientes; no entanto, isto é apenas um guia, e é bom discutir com seus pacientes as ideias que eles têm. Algum tempo pode ser reservado em cada sessão para fazer isso. O *feedback* pode ser dado na sessão seguinte.

Alterando rotinas em casa

Ao fazer compras, escolha marcas diferentes, por exemplo, uma marca diferente de detergente, hidratante, cereal.

Altere rotinas de limpeza (por exemplo, tome café da manhã antes de limpar a casa, limpe os cômodos em uma ordem diferente, etc.)

Altere as rotinas da manhã, por exemplo, escove os dentes antes/depois do chuveiro – o mesmo para dormir

Troque seu prato/caneca favorita

Separe as roupas guardadas no seu guarda-roupa e leve itens que você nunca mais vai vestir para a loja de caridade local

Em vez de guardar jornais antigos, revistas, etc., recorte suas seções favoritas e jogue o resto fora

Deixe a casa desarrumada quando for trabalhar e arrume à noite; deixe também as roupas para lavar e passar

Sente-se em lugares diferentes durante as refeições

Acrescente um ingrediente extra à sua lista de compras (**não** alimentos a granel, mas alguma erva, tempero, alho, por exemplo)

Mude de lugar algum pequeno item de mobiliário ou lâmpada em seu quarto

Estime a quantidade de sabão em pó que deve usar em vez de usar um copo de medição

Relaxando

Ouçã o álbum inteiro no seu *MP3 player* em vez de ouvir a lista de 'Favoritos'

Leia o jornal em uma ordem diferente da sua rotina habitual

Folheie ou leia algumas partes de uma revista em vez de ler a revista inteira do começo ao fim

Ouçã uma estação de rádio diferente

Experimente um jornal ou programa de TV diferente

Compre algum item novo não relacionado a alimentação, como artigos de papelaria, flores, banhos de espuma, velas

Use uma maquiagem diferente, ou menos maquiagem

Penteie seu cabelo de um jeito diferente (use a risca do cabelo de outro lado, prenda o cabelo ou deixe-o solto, em tranças ou seque-o com o secador e o modele de algum outro jeito)

Escreva uma carta para uma pessoa com quem você gostaria de falar, mesmo que você nunca a envie

Vá para o cinema ou alguma galeria de arte

Peça emprestado um CD ou livro da biblioteca

Visite um parque público ou outras instalações recreativas

Jogue um jogo de tabuleiro, como damas, xadrez, Banco Imobiliário

Jogue um jogo de cartas

Experimente desenhar/pintar usando sua mão não dominante

Alterando rotinas no trabalho

Altere suas rotinas para ir de casa ao trabalho/faculdade/hospital (por exemplo, use ônibus diferentes, percorra uma rota diferente)

Se estiver trabalhando com texto no computador, use uma fonte diferente para o dia

Ao ler um e-mail ou material de trabalho, alterne entre a verificação de erros gramaticais e erros de conteúdo

Use um navegador de Internet diferente

Escolha um tom de toque diferente para o seu telefone

Altere a definição do relógio do seu telefone de 12 para 24

Estime o tempo em vez de usar um relógio



Cartas de despedida

Para marcar o fim das 10 sessões, podem ser trocadas cartas que foram escritas por você mesmo e pelo paciente. Elas podem ser úteis para:

- Dizer adeus
- Refletir e resumir o que foi aprendido, alcançado, etc.
- Refletir sobre o que mais seria proveitoso fazer
- Expressar de alguma forma as reações sobre sua participação na terapia
- Esclarecer como a experiência pode ser mantida depois de completadas as 10 sessões
- Fazer uma ponte entre o fim da terapia de remediação cognitiva e aquilo que o paciente irá fazer em seguida, por exemplo, uma terapia cognitivo-comportamental

Na sessão 9 a ideia de cartas finais, particularmente sua relevância, pode ser discutida entre você e seu paciente. Peça ao seu paciente para escrever sobre:

- O que foi útil no tratamento?
- O que não foi útil?
- Se, e como, a intervenção era aplicável à vida cotidiana
- Se eles a recomendariam a outras pessoas
- Como a intervenção poderia ser melhorada

Avalie no decorrer das sessões

Um exemplo de formulário de avaliação é fornecido no Apêndice A para ajudá-lo a manter um registro seu e das observações do seu paciente. Estes podem ajudá-lo a escrever a carta de despedida após a nona sessão.

A página de instruções para cada tarefa contém perguntas que podem ter como foco o seu paciente, e que o incentiva a refletir sobre as tarefas. Considere que seu paciente pode passar a achar a avaliação mais fácil no decorrer das sessões. Nas duas primeiras sessões, eles poderão achar mais fácil dar um resumo geral no final da sessão; isso se reflete no estilo do formulário de avaliação para as duas primeiras sessões.

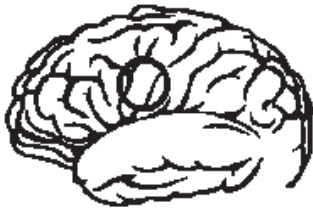
Alguns pacientes são melhores do que outros na identificação de seus estilos de pensamento em relação às tarefas e na vinculação desses estilos com a forma como eles pensam em sua vida diária. Outros, no entanto, têm

mais dificuldade para fazer isso e podem precisar de um pouco mais de incentivo.

Exercícios

Roteiro introdutório

Este roteiro é projetado para dar aos seus pacientes uma ideia geral do que esperar da terapia de remediação cognitiva, bem como para direcioná-los para as tarefas. Como uma forma de aumentar a motivação, pode ser uma boa ideia mostrar como as tarefas visam melhorar o funcionamento cognitivo. Pode ser interessante ilustrar como as conexões em nossos cérebros são



reforçadas, mostrando imagens do cérebro a seu paciente e apontando, por exemplo, 'que quando nós usamos palavras nós usamos a parte do cérebro mostrada aqui (ela é conhecida como a área de broca)'.
"Quando guardamos informações em



nossa mente, por exemplo, regras e direções, nós também usamos a parte do cérebro mostrada aqui, conhecido como o córtex pré-frontal '.

"Quando usamos diferentes partes do cérebro ao mesmo tempo, fortalecemos as conexões entre elas porque elas estão sendo exercitadas."

'Nas sessões serão jogados alguns jogos e resolvidos alguns quebra-cabeças simples que podem ser discutidos conforme o andamento das

sessões. As tarefas são feitas para serem divertidas e seu desempenho nelas não está sendo julgado. Elas são projetadas para ajudar o paciente a treinar suas habilidades, bem como ser uma ferramenta para a reflexão. '

Tarefa das imagens complexas

Objetivo da tarefa

O objetivo desta tarefa é incentivar os pacientes a praticarem o pensamento em termos de visão global, em vez de focar nos componentes das imagens como entidades separadas.

Descrever figuras, tais como aquelas no verso da folha, para que alguém as desenhe (que não as pode ver) é difícil se a tendência é começar pelos detalhes (por exemplo descrevendo quatro linhas independentes em vez de dizer que é um quadrado). Este tipo de pensamento pode estar relacionado a outras áreas da vida do paciente, em que focar nos detalhes o impede de perceber o contexto geral, fazendo com que questões de menor relevância sejam priorizadas em detrimento dos assuntos mais importantes. É importante que esta tarefa seja sobretudo um treinamento para integrar detalhes e não um treino para alcançar a perfeição na tarefa. Se seu paciente parece preocupado com o desempenho, você pôde fazer brincadeiras sobre sua própria habilidade artística ou dizer que a produção do retrato não é importante.

Instruções para a tarefa

Peça ao paciente para descrever uma das imagens complexas para você desenhar. Você não precisa dar nenhuma instrução sobre como desenhar a imagem porque a intenção é que seu paciente descubra seu estilo de pensamento através da descrição que fornece da imagem. Uma vez concluído, olhem para o desenho que vocês fizeram juntos e peça ao seu paciente para refletir sobre a imagem e a descrição que você fez dela.

Reflexões para o paciente sobre a tarefa

O que você achou desta tarefa?

Você estava ciente de seu estilo de pensamento, enquanto estava fazendo a tarefa?

Será que ele difere do seu estilo de pensamento habitual?

O que você mudaria ao descrever outra imagem para alguém?

Você pode relacionar esse estilo de pensamento a outras áreas de sua vida?

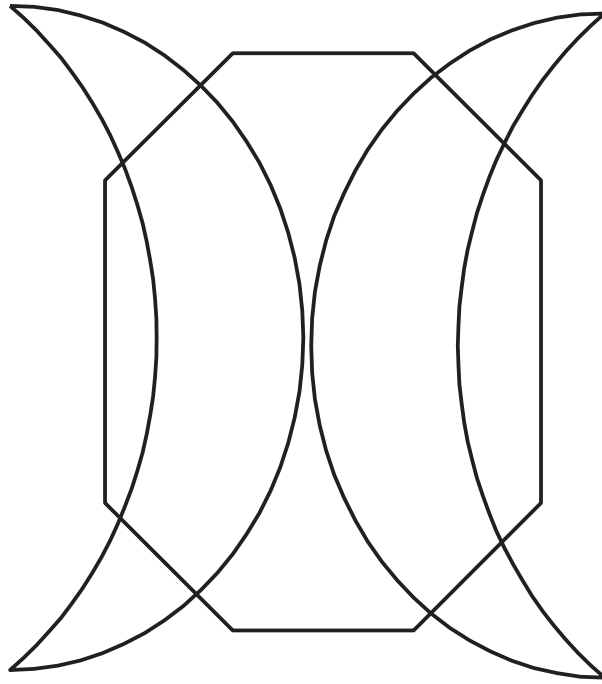
Se ele não puder, sugira algumas das questões seguintes:

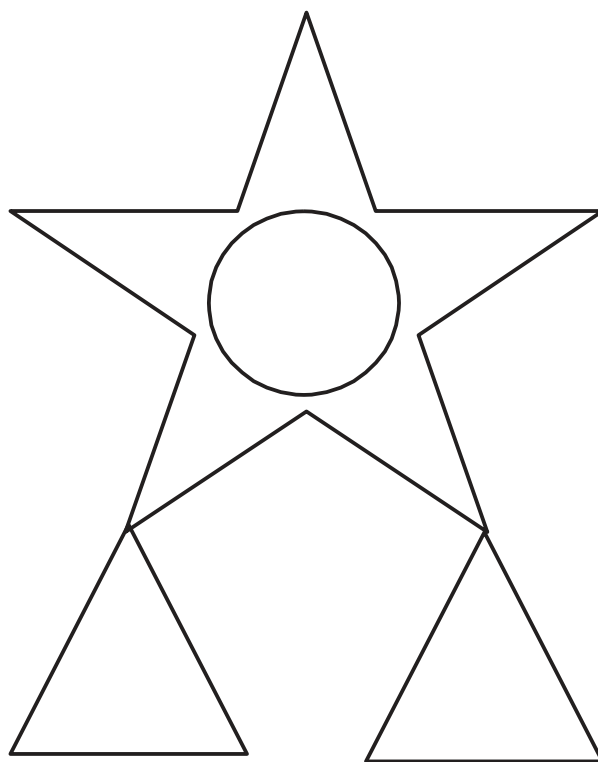
Alguma vez você já tentou descrever para alguém um filme que você tenha visto ou um livro de que você tenha gostado?

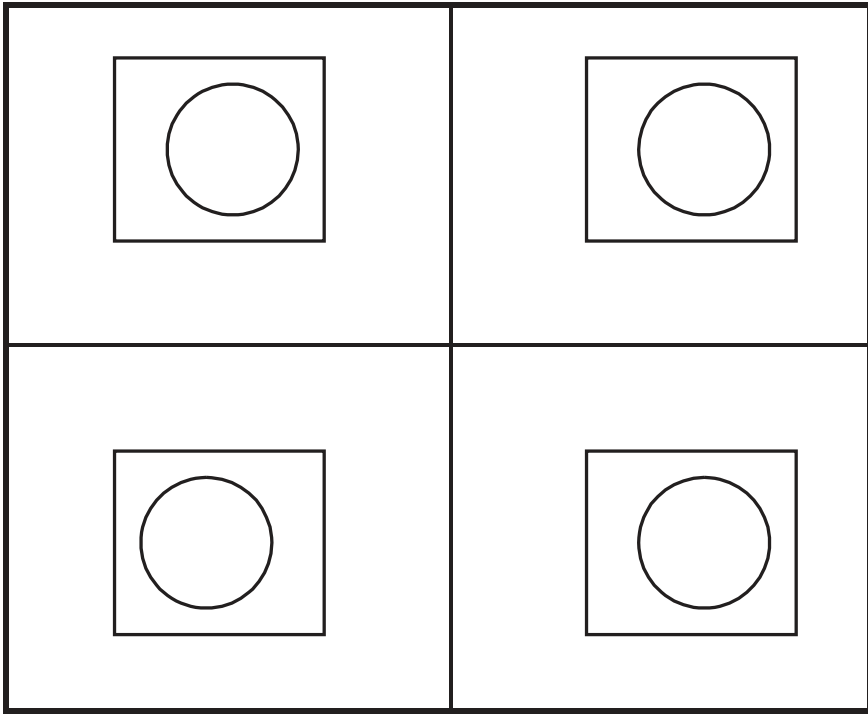
Aprender a se colocar na perspectiva de outra pessoa nos encoraja a sermos objetivos sobre como as coisas parecem ou se comportam. Alguma vez você já se surpreendeu ao descobrir que alguém vê você diferente do que você se vê?

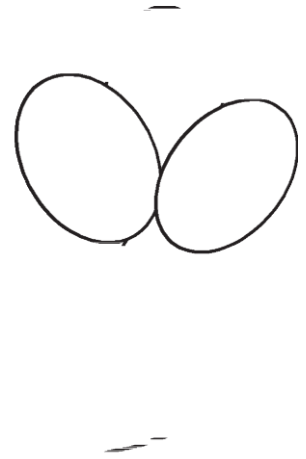
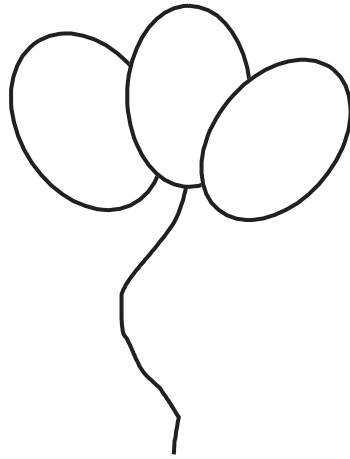
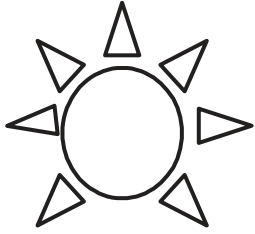
Você acha difícil pensar no seu futuro? Você se vê pega pensando nos detalhes da vida diária?

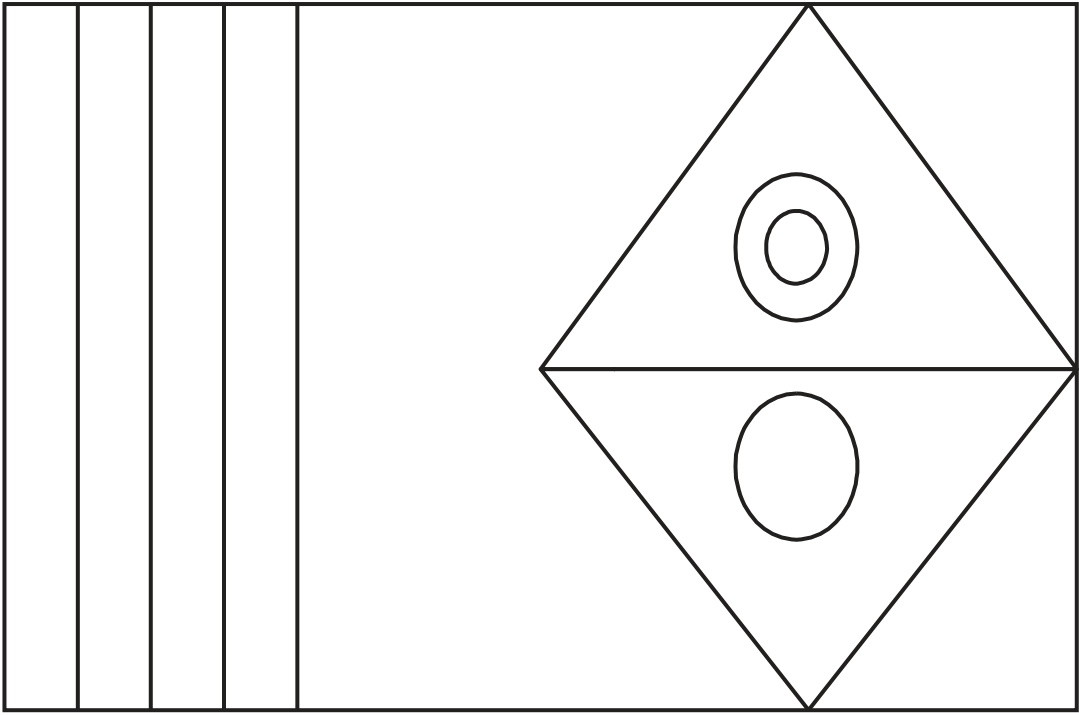
Quais são as vantagens e desvantagens do pensamento focado e detalhado e do pensamento global?

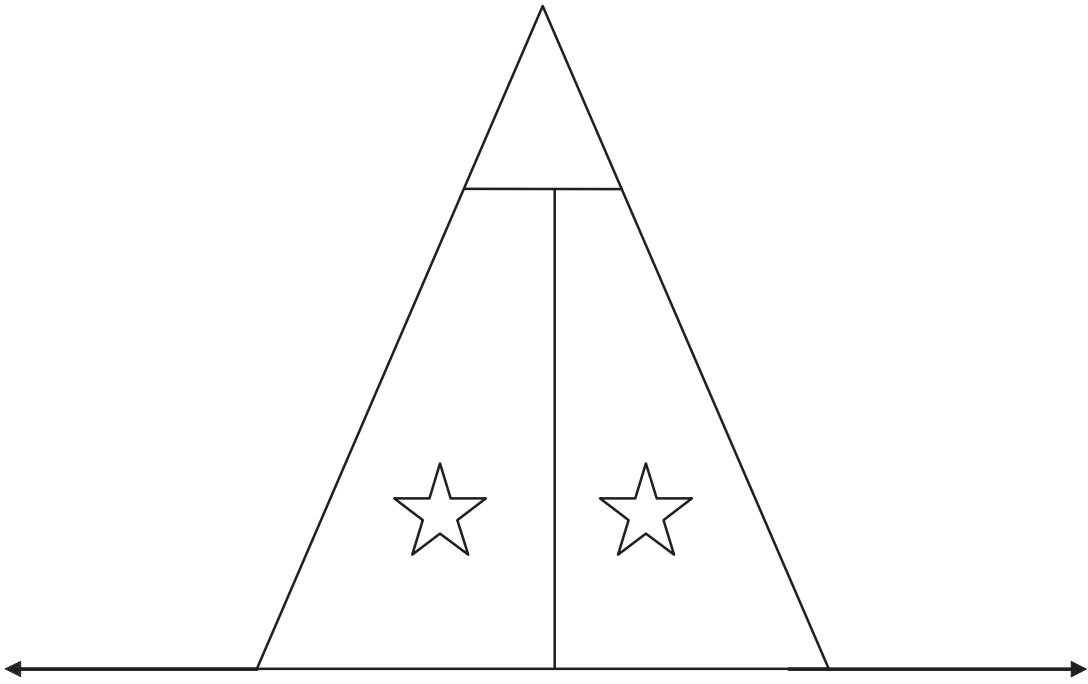












Tarefa da ideia principal

Objetivo da tarefa

Como a tarefa das imagens complexas, o objetivo é incentivar a visão global, em vez do pensamento detalhado e focado. Serão apresentadas grandes quantidades de informação escrita aos pacientes, na forma de cartas e e-mails, e será exigido que eles extraiam o que é relevante a partir do que é detalhe.

Instrução para a tarefa

Leia a carta e tente resumi-la em um par de frases. Se o paciente se sentir confortável fazendo isso, você pode então pedir-lhe para escrever a carta no formato de uma mensagem de texto e, finalmente, para dar um título para o texto. Se ele achar difícil, deixe de fora as informações, tente resumir um parágrafo de cada vez e, em seguida, em sessões posteriores, aumente a quantidade de informações que devem ser resumidas.

Dicas úteis

Comece elencando alguns tópicos

Tente identificar os pontos principais e os detalhes – o que é importante e o que não é importante; talvez sublinhando os principais pontos do texto

Imagine que você está vendo a informação de cima - tente obter uma 'visão de helicóptero'

Converse com você mesmo, iniciando e terminando a sentença, 'a ideia principal é...'

Tente dar um título para cada parágrafo (ou resuma o parágrafo em uma palavra) Imagine uma lente que o ajude a ampliar as informações e a reduzir as informações –

Onde esta técnica poderia ser útil?

Reflexões para o paciente

O que você achou dessa tarefa?

O que atraiu você para a informação que você escolheu para resumir o texto?

Você foi capaz de manter a carta inteira/e-mail em mente ou você ficou preso a certos aspectos do texto?

Como você resumia a informação enquanto lia? Como você relaciona essa tarefa com o dia a dia? Por exemplo:

Você é capaz de acompanhar o que uma pessoa está falando para você ou você se desvia ao focar em uma parte da informação?

Você é capaz de seguir o enredo de um filme ou livro ou você começa a se desviar, concentrando-se em certas partes?

CARTA 1

Caro Sr. Knight

Eu gostaria de me candidatar para o trabalho de atendente de recepção/telefonista que foi anunciado no jornal de hoje.

Nos últimos quatro anos, trabalhei como balconista/telefonista na Browns. Devido à mudança dela para outra parte do país, serei dispensado em duas semanas. Meu trabalho atual envolve atribuições gerais de atendimento em pessoa e por telefone. Eu também sei operar o quadro de distribuição, fazer pesquisas telefônicas, lidar com o correio, enviar mensagens de fax, e digito e formato de 10 a 12 itens diariamente.

Antes deste trabalho, eu era um estagiário YT na Brightsons em North Street, Invertown e obtive RSA I e II em Administração de Empresas com RSA II em Processamento de Texto.

Eu sempre gostei de trabalhar com pessoas e minha experiência anterior me permitirá trabalhar em equipe e ser um representante efetivo de sua empresa. Estou preparado para trabalhar aos sábados em regime rotativo. Tenho o meu próprio veículo. Estou disponível para entrevista a qualquer momento e posso começar a trabalhar imediatamente. Referências podem ser disponibilizadas por meus empregadores presentes e anteriores.

Por favor, verifique a cópia anexa de meu currículo para obter mais informações. Estou por uma resposta sua.

Atenciosamente J Smith

CARTA 2

14 de novembro de
2005 Querida Laura

Como prometido, envio anexo o seu convite, instruções e recibo de resposta para a reunião/ noite de entrega de cheques. Você verá que eu pedi que responda até sexta-feira, 9 de dezembro, para que eu possa fazer a contagem de pessoas antes do Natal. Se você quiser trazer mais de um patrocinador, eu tenho certeza que não será um problema, mas haverá um limite de vagas, então talvez você precise me avisar antes de trazê-los. Da mesma forma, se você souber de alguém que gostaria de participar do Ciclo Madagascar II em setembro de 2007, seria interessante que eles também viessem, mas, novamente, você precisa me avisar antes de convidá-los.

O objetivo principal da noite é entregar o dinheiro levantado no Ciclo Madagascar para o “Fundo de Amparo à Pesquisa Psiquiátrica”, mas será também uma grande oportunidade para nos reunirmos novamente, então eu espero que você consiga vir. Haverá bebidas e canapés durante a noite, mas você verá que eu sugeri uma ida ao ASK para o jantar. Ao responder, por favor informe se você gostaria de ir também.

Para aqueles que, como você, estiverem viajando, se precisarem de um lugar para passar a noite, me avise. Eu não posso prometer nada, mas no que depende de nós que vivemos na região, há uma boa chance de que você consiga ser hospedada em algum lugar.

Estou muito ansiosa para vê-la.

Com
amor,
Nina

CARTA 3

14 de março de 2002

Sofa Xpress, Croxted Road, West Dulwich, SE21 8ER

Prezado Mr Temple,

Estou escrevendo com relação ao sofá que eu comprei de você na quinta-feira 2 de março. Me disseram que ele levaria 3 dias para ser entregue, então foi marcada uma data de entrega para segunda-feira, 6 de março. Seus vendedores não ajudaram em nada e disseram que eles não poderiam me dizer que hora ele seria entregue, então eu tive que tirar um dia inteiro de folga do trabalho.

Como se isso não bastasse, no final da tarde o sofá ainda não tinha sido entregue. Ao ligar para o centro de entrega para verificar onde estava o meu sofá, disseram-me que o sofá não tinha chegado ao depósito para entrega. Quando liguei para a sua equipe de vendas eles disseram que iriam retornar. Eu não tive nenhuma resposta e tive que ligar de novo no dia seguinte. Foi-me dito que uma nova data de entrega tinha sido marcada para segunda-feira, 13 de março, 11 dias depois da encomenda. Isto não cumpre a sua garantia de 3 dias para a entrega. Em 13 de março, outro dia em que faltei ao trabalho, meu sofá chegou, para a minha alegria. Infelizmente, veio na cor errada, por isso ele foi logo levado de volta.

Eu já passei mais de 3 semanas sem um sofá. Eu gostaria de um reembolso total imediato, para que eu possa ir a outro lugar para comprar um sofá. Espero uma resposta sua assim que receber esta carta.

Atenciosamente,

Srta. Patricia Lloyd.

CARTA 4

Sofa Xpress, Croxted Road, West Dulwich, SE21
8ER 15 de março de 2002
MS P Lloyd, 76 Acacia Grove, West Dulwich, SE21 7PJ

Cara Sra. Lloyd,

Eu sinto muito mesmo por todos os incômodos que você passou com a entrega do sofá.

Falei com a minha equipe de vendas e pedi a eles que explicassem por que houve tantos problemas. Houve vários erros no armazém, e eu realmente sinto muito por isso. Eu já chamei a atenção dos envolvidos.

Nós podemos agora entregar o sofá para você a qualquer momento que lhe seja conveniente, durante o dia ou à noite. Disponho-me também a reembolsá-la em 20% do que você pagou, isto é, uma soma de \$210, como compensação por todos os incômodos causados. Tentei ligar para você, mas não fui atendido.

Mais uma vez peço desculpas pelo inconveniente. Por favor, sinta-se à vontade para me chamar se você ainda estiver insatisfeita com a situação.

Atenciosament

e, Michael

Temple

CARTA 5

Miss Lucy Saville Environmental Advisor
Poole Harbour commissários Harbour
Office 20 New Quay Road
Poole
Dorset
BH15
4AF

9 de março de 2005

Prezada senhorita Saville,

Eu sou um estudante que cursa o segundo ano de Geografia na Universidade de Portsmouth, e procuro ganhar experiência de trabalho durante o verão. Eu ficaria extremamente grato se você me considerasse para o cargo na "Poole Harbour Atividades Recreativas" para o próximo verão, em 2005.

Eu vejo esse cargo como uma grande oportunidade para ganhar experiência de primeira mão em pesquisa oficial e coleta de dados. Ao mesmo tempo em que vai me proporcionar um desafio muito interessante, vai me permitir desenvolver o meu conhecimento de trabalho de pesquisa e gestão, juntamente com a aprendizagem de novas habilidades que serão oportunas para minha futura carreira. Tendo vivido em Poole toda a minha vida, eu desenvolvi um grande interesse por ambientes costeiros e aproveitaria esta oportunidade para obter mais conhecimentos sobre a gestão dessas áreas.

Eu acredito que eu tenho todas as habilidades e qualidades necessárias para assumir essa função. Eu sou uma pessoa altamente motivada e bem organizada que pode trabalhar bem por conta própria e igualmente bem como parte de uma equipe. Eu possuo conhecimentos de Windows e Microsoft Office, e tenho também habilidades adicionais de TI. Sou proficiente no uso do software estatístico Minitab, usado para análise de dados, e tenho experiência em usar os softwares de mapeamento Erdas Imagine e Surfer 7. Eu também acabei de completar o módulo ' métodos de pesquisa e design ', para o qual eu obtive uma pontuação de 2:1. Este módulo me ensinou como realizar projetos de pesquisa e como analisar e apresentar os resultados em detalhes. Eu também tenho excelentes habilidades de escrita, que me permitiram obter notas altas em ensaios e projetos na Universidade.

Além das habilidades acadêmicas necessárias, acredito que também tenho as habilidades sociais e pessoais necessárias para cumprir as tarefas com alto padrão. Eu sou uma pessoa muito honesta e confiável e tenho um bom senso de humor.

Eu possuo excelentes habilidades sociais e de comunicação e acredito que eu seria um membro valioso da Comissão do Poole Harbour.

Muito obrigado pela atenção.

Atenciosament
e, Thomas Ship

CARTA 6

De: jbk14@diamond.co.uk

Para: ali_f@yahoo.com

Assunto: Festa de aniversário da Becky

Oi Ali,

Espero que esteja tudo bem com você, o Mike, e as crianças? Finalmente consegui arranjar um local para a festa de aniversário da Becky. Depois de passar tempão ligando para todos os restaurantes mais ou menos decentes da cidade, decidimos ir para o Los Abrigos. É aquele bar pequeno mas adorável de comida espanhola na Rose Street, ao lado do M&S.

Nós pensamos que seria legal ir lá porque ele está sempre bonito por fora e alguns dos meus amigos do trabalho foram jantar lá algumas semanas atrás e adoraram. Enfim, reservamos todo o restaurante para o sábado, 5 de novembro. Estamos pedindo às pessoas para chegarem às 19:30, se estiver tudo bem para você e para o Mike.

O gerente do restaurante me enviou uma cópia do menu para circular entre todos os convidados (ver anexo). Eles querem que a gente encomende os nossos pratos com antecedência, para minimizar o caos e a confusão quando chegarmos lá! Eu tenho que informar as quantidades para o gerente do restaurante e enviar a ele todos os pedidos até sexta-feira 29 de outubro, então, por favor, deem uma olhada no menu você e o Mike e me digam o que vocês gostariam de pedir, o quanto antes?

Me avise sobre o que vocês decidirem. Estamos todos ansiosos para vê-los daqui a algumas semanas.

Acho que vai ser uma grande noite e eu sei que a Becky está muito animada.

Tudo de bom, Jane.

CARTA 7

15 Almond Walk

Maidenhead Berkshire
SL6 7PQ

6 de junho de 2007

Prezada Sr(a),

O triturador OfficeShredder X220 que eu comprei de você no dia 15 de maio de 2007 acabou sendo uma grande decepção. Embora ele parecesse o mesmo que eu vi anunciado em seu site, ele não funciona da mesma forma.

Seguindo as instruções, eu coloquei uma resma de não mais que 10 folhas a4 no triturador e, para meu espanto, o produto começou a soltar fumaça e um cheiro de queimado horrível. Eu tive o mesmo problema quando tentei triturar apenas um pedaço de papel A4 simples. Agora, quando eu ligo o triturador, tudo que ele faz é um zumbido baixo. A máquina agora não funciona de jeito nenhum.

Eu entrei em contato com a filial local do Office World, onde eu comprei originalmente o triturador e me disseram que eu não poderia receber um reembolso, porque eu não consegui provar que eu não tinha quebrado o triturador. O funcionário da loja sugeriu que eu escrevesse para você diretamente pedindo um reembolso, nos termos da garantia de reembolso de 1 ano que veio com o produto. Assim, eu estou devolvendo o triturador OfficeShredder X220 a você, junto com uma cópia do recibo que eu recebi ao comprar o artigo, e peço que você me providencie um reembolso total. Eu não estou interessado em trocar por outro aparelho.

Atenciosamente,
Sr. T Weatherby

Tarefa das ilusões

Objetivo da tarefa

O objetivo da tarefa das ilusões é que os pacientes mantenham duas ideias em mente – a visão global, bem como os detalhes, mas também que pratiquem a alternância entre diferentes porções de informação. Por exemplo, a primeira tarefa das ilusões requer que se alterne entre ver o rosto e o vaso. Para mais exemplos de tarefas de ilusão que não as incluídas no manual, por favor visite <http://brainden.com/Optical-Illusions.htm>.

Instrução para a tarefa

Peça ao paciente para passar alguns instantes olhando para a imagem e para que descreva o que ele vê (veja as figuras no verso). Se ele só consegue descrever uma imagem, pergunte o que mais ele consegue ver. Estabeleça um tempo razoável, por exemplo, 60 segundos, para que ele explore a imagem. Se ele não consegue ver qualquer outro elemento discernível, você pode perguntar se ele gostaria de alguma ajuda para encontrar a imagem. Se for o caso, você pode apontar para elementos específicos da imagem. Se ele consegue ver outra imagem, peça que ele aponte para diferentes características de cada imagem. Por exemplo, para o quadro de Salvador Dali (no verso) peça para o paciente apontar para o nariz do cachorro e para a boca da pessoa. Mais imagens podem ser obtidas de websites, por exemplo, brainden.com/optical-illusions.htm

Reflexões para o paciente

Você viu mais de uma imagem quase que imediatamente?

Você se pressionou para encontrar a imagem o mais rápido possível?

Você usou alguma técnica particular para encontrar a outra imagem, por exemplo, girando o papel?

Você foi capaz de intercambiar entre as imagens facilmente?

Como você pode usar essa experiência em atividades diárias? Se não for possível responder, por favor, dê os seguintes exemplos:

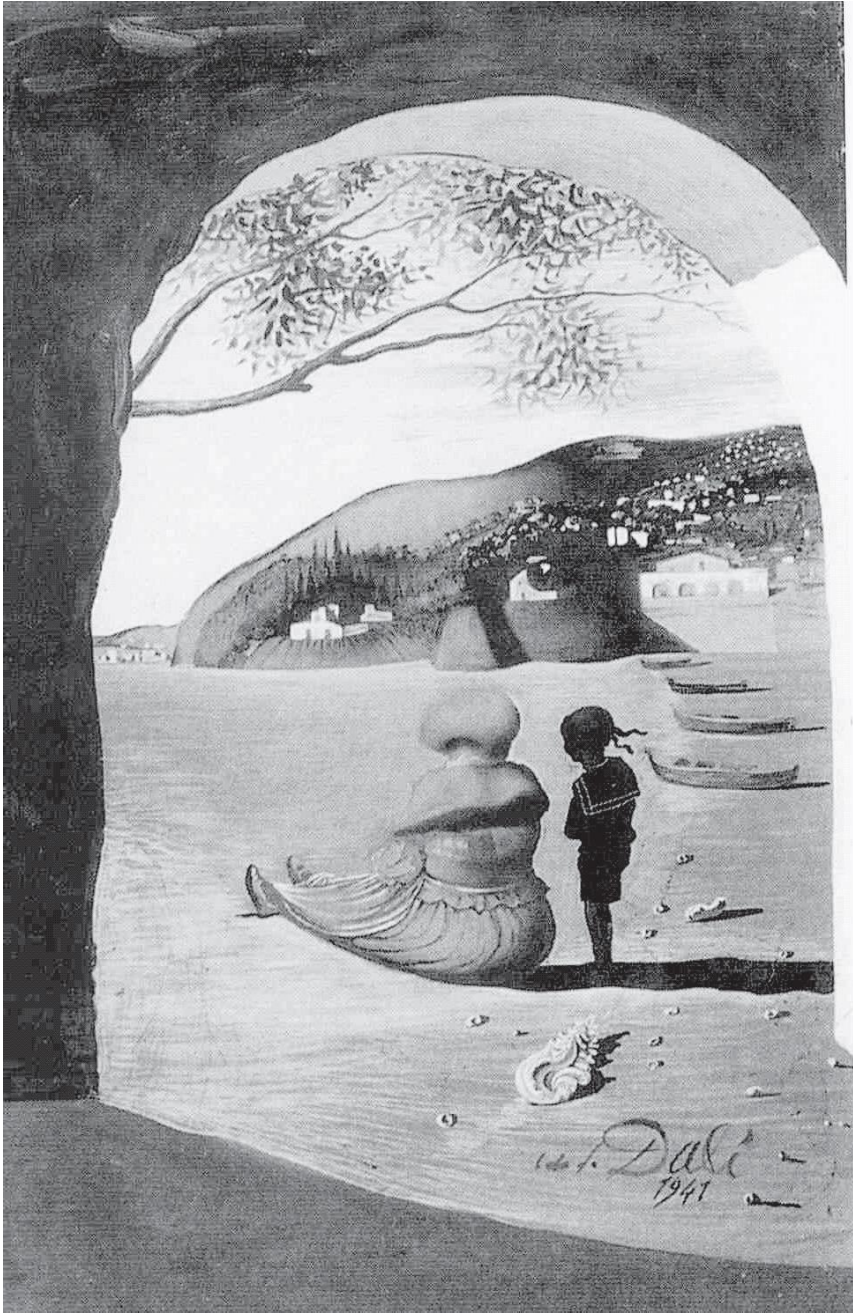
Você discordou sobre algo com alguém e foi incapaz de enxergar a perspectiva dela? Você conseguiu enxergá-la no final?

Acha difícil às vezes mudar de ideia sobre as coisas?

Acha que às vezes é útil dar um passo atrás para ver situação inteira, ao invés de apenas algumas partes?

Imagine uma paisagem; pode ser a rua perto de você, uma casa de férias ou a vista de sua janela do quarto. Pense em maneiras diferentes de olhar para essas coisas. Imagine que você está tirando uma foto. Pense em todos os diferentes ângulos em que você poderia ficar para obter o maior número possível de fotos diferentes da mesma coisa.







Objetivo da tarefa

As tarefas seguintes são concebidas para treinar pacientes para praticar a alternância entre diferentes aspectos de estímulos ou entre diferentes regras para realizar a tarefa, de forma rápida e precisa. O objetivo é ajudar os pacientes a aumentarem o controle mental sobre aquilo em que eles se concentram e para aumentar a fluidez com que eles podem se mover entre as ideias e as tarefas.

Instruções para a tarefa

Para todas as tarefas de *Stroop* (veja no verso), a ideia é aumentar a taxa de alternâncias enquanto as sessões progredem, para incentivar a velocidade e a exatidão.

Imagens

O objetivo é alternar entre dizer o que a imagem é e a palavra que está sobreposta à imagem.

Cores

O objetivo é alternar entre dizer o que a palavra realmente diz e a cor em que a palavra está escrita.

Círculo Quadrado Triângulo

O objetivo é alternar entre dizer o nome da forma e a palavra com a qual a forma está escrita.

Caixas de números

O objetivo é alternar entre dizer a palavra escrita na caixa e o número de palavras escritas na caixa.

Caixas/ bússolas

O objetivo é alternar entre dizer o que a palavra diz e a direção da bússola em que a palavra é colocada, por exemplo, Norte pode ser escrito no fundo da caixa, e assim a direção da bússola seria Sul.

Direções do compasso

O objetivo é alternar entre dizer para onde a seta está apontando, ou seja, N, S, L, O, e dizer a direção oposta da bússola para onde a seta está apontando.

Relógios

O objetivo é alternar entre dizer os tempos nos mostradores do relógio usando relógios de 24 e 12 horas.

Reflexões para o paciente

Você usou algum truque/técnicas para manter sua mente focada na tarefa certa?

São técnicas com que você está familiarizado?

Você aprendeu algo novo sobre seu estilo de pensamento?

Como você pode usar essa experiência nas atividades cotidianas? Se o seu paciente não conseguir responder, por favor, dê os seguintes exemplos:

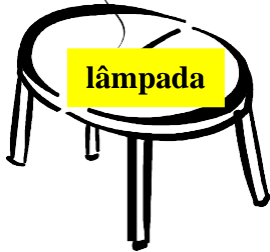
Quando pode ser útil alternar a atenção rapidamente: em situações sociais, por exemplo, em uma festa onde você pode ter conversas breves com várias pessoas; ao dirigir –

situação em que você tem que prestar atenção na estrada, nos sinais de trânsito, ao mesmo tempo em que dirige o carro?

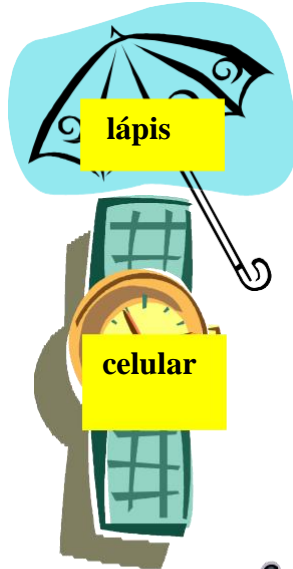
É difícil para você fazer várias atividades ao mesmo tempo? Quando você tenta fazer isso, uma tarefa ou pensamento torna difícil manter outras informações em sua mente?



vaso



lâmpada



lápis

celular



relógio

balão

mesa



telefone



guarda-chuva



cadeira



livro



VERMELHO	AZUL	VERDE	AZUL	PRETO
AMARELO	VERDE	LARANJA	VERDE	VERMELHO
ROSA	PRETO	MARROM	AMARELO	CINZA
AZUL	VERMELHO	VERDE	ROSA	MARROM
LARANJA	PRETO	AZUL	VERDE	VERMELHO

VERMELHO	AZUL	VERDE	AZUL	PRETO
AMARELO	VERDE	LARANJA	VERDE	VERMELHO
ROSA	PRETO	MARROM	AMARELO	CINZA
AZUL	VERMELHO	VERDE	ROSA	MARROM
LARANJA	PRETO	AZUL	VERDE	VERMELHO

VERMELHO	AZUL	VERDE	AZUL	PRETO
AMARELO	VERDE	LARANJA	VERDE	VERMELHO
ROSA	PRETO	MARROM	AMARELO	CINZA
AZUL	VERMELHO	VERDE	ROSA	MARROM
LARANJA	PRETO	AZUL	VERDE	VERMELHO

VERMELHO	AZUL	VERDE	AZUL	PRETO
AMARELO	VERDE	LARANJA	VERDE	VERMELHO
ROSA	PRETO	MARROM	AMARELO	CINZA
AZUL	VERMELHO	VERDE	ROSA	MARROM
LARANJA	PRETO	AZUL	VERDE	VERMELHO

círculo círculo

círculo

círculo círculo

círculo

triângulo triângulo triângulo

triângulo

quadrado

quadrado

triângulo triângulo

círculo círculo

círculo

triângulo triângulo

quadrado

triângulo triângulo

triângulo triângulo triângulo

quadrado

círculo círculo

triângulo triângulo triângulo

triângulo

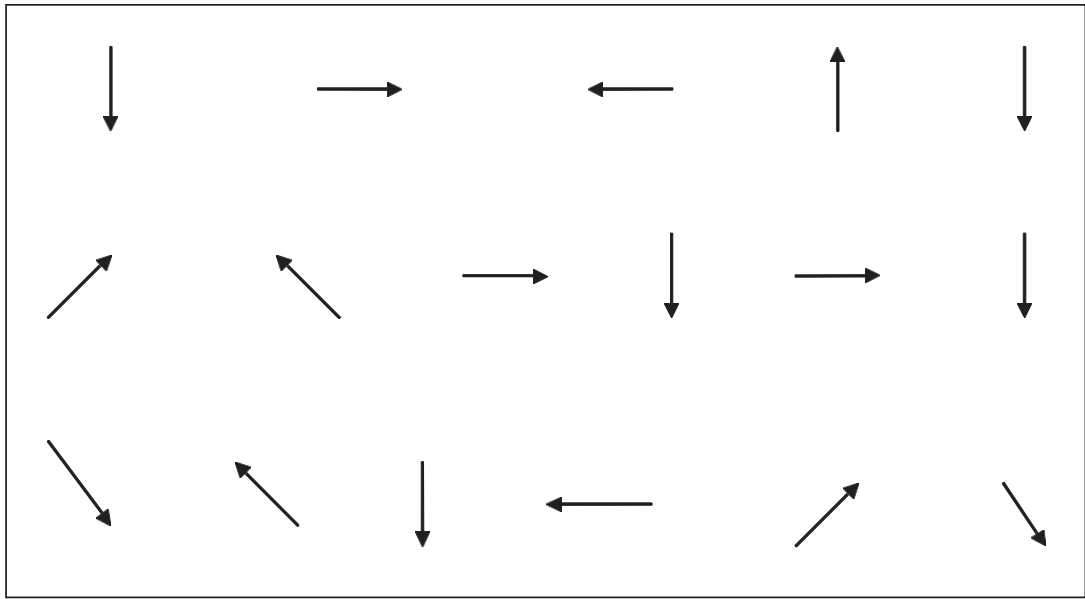
círculo

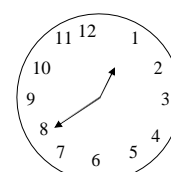
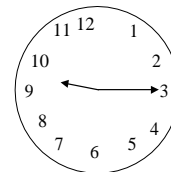
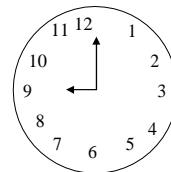
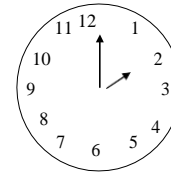
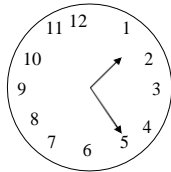
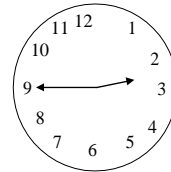
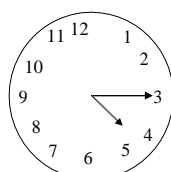
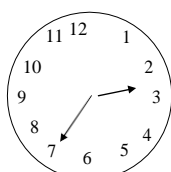
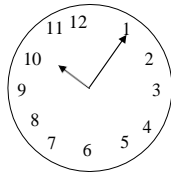
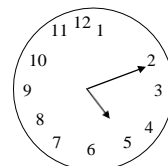
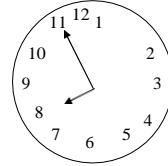
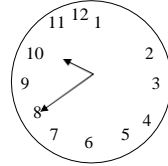
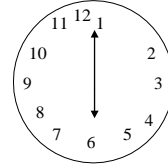
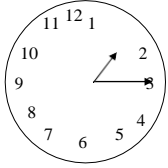
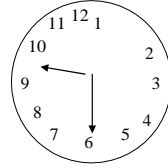
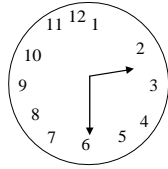
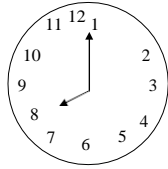
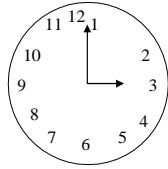
triângulo

3 3	1 1 1 1	Quatro	2 2 2	4 4	2 2 2	Três
2 2 2	Três	4 4	1 1 1	3 3	2 2 2 2	Quatro
1 1	Dois	3 3	1 1 1 1	4 4	2 2 2	1 1 1

Norte		Sul		
	Sul		Leste	Oeste
Norte		Leste		Leste
	Oeste		Sul	
		Oeste	Sul	Norte
Norte	Leste			

Norte Oeste Leste Sul	Norte Sul	Leste Oeste	Sul Norte	Leste Oeste
Oeste Norte Sul	Norte Sul	Sul Norte Leste	Nordeste	Leste Norte
Leste Oeste	Sul Norte	Norte Oeste Leste Sul	Oeste Leste Oeste Norte	Sul Leste Oeste Norte





Tarefa da alternância do foco da atenção

Objetivo da tarefa

O objetivo desta tarefa é praticar a alternância entre dois diferentes fragmentos de informação (nomes de animais e de lugares; nomes masculinos e femininos) com rapidez e precisão, enquanto também se tem em mente uma regra que requer que a resposta anterior seja lembrada (a letra do alfabeto).

Instrução para a tarefa

Nomes de animais e lugares: Pergunte ao seu paciente para percorrer o alfabeto pensando em nomes de animais e nomes de lugares. O objetivo é alternar entre dizer um nome de animal e um nome de lugar, por exemplo, A antílope B Barcelona C gato

D Dinamarca e assim por diante. Esta tarefa pode ser apresentada verbalmente ou em papel.

Nomes masculinos e femininos: Pergunte ao seu paciente para percorrer o alfabeto alternando entre nomes masculinos e femininos, por exemplo, Alan, Beatriz, Carlos, Diana, etc.

Se o paciente achar isso relativamente simples, a regra pode ser alternada por toda a tarefa e uma terceira categoria pode ser adicionada, por exemplo nomes de animais, como Alan, Beatriz, vaca, Davi, Eliza, rã, etc. Esta tarefa pode ser apresentada em papel ou verbalmente.

Reflexões para o paciente

Como você manteve em mente as duas regras da tarefa ao mesmo tempo?

Em algum momento você não conseguia mais prosseguir, algum pensamento ou ideia sobre outra coisa - como a regra de idade - impediu você de pensar na tarefa?

Quando pode ser útil pensar em duas coisas ao mesmo tempo?

Como o pensamento necessário para esta tarefa pode se relacionar com o dia a dia? Por exemplo: há momentos em que você tem que prestar atenção a muitas coisas ao mesmo tempo?

Quando você tem que manter o controle de muitas coisas, ocorre que uma delas se “destaque” mais em sua mente, ou ela é mais fácil de seguir do que as outras?

Tarefa das palavras embutidas

O objetivo da tarefa

O objetivo desta tarefa é treinar para identificar categorias específicas de informações dentre tantas outras irrelevantes. Esta tarefa exercita o pensamento de modo a exigir que se perceba o contexto geral e o detalhe. Ela também exercita o pensamento flexível, incentivando a alternância entre diferentes conjuntos de informações de forma rápida e precisa.

Instrução para a tarefa

Entregue o pedaço de papel com texto (verso) ao paciente. Siga as instruções na parte superior da página.

Reflexões para o paciente

O que você achou dessa tarefa?

Como você decidiu que palavras riscar, conforme a regra? Por exemplo, como você decidiu se uma palavra era um nome de lugar ou uma palavra quente? Alguns pacientes fazem escolhas que não parecem óbvias. Pergunte o que eles estavam usando para orientar essas escolhas.

Houve algum momento em que você percebeu que não conseguia prosseguir, e que a regra antiga se intrometeu na realização da tarefa? Como você superou essa dificuldade?

Quando pode ser útil fazer duas coisas ao mesmo tempo ou usar duas regras ao mesmo tempo?

1a. **Circule** palavras ‘quentes’ ao mesmo tempo em que **risca** palavras referentes a 'animal'

1b. **Sublinhe** palavras 'musicais', ao mesmo tempo em que **risca** nomes próprios (de lugares e pessoas).

fogo violino Roma pegajoso fita rocha urso zebra sol tecido um gato cola enxofre super rato americano bandeira diamante York interruptor toupeira bruxa dança velcro três cozinha queimadura computador feriado sorvete nota código de barras caneta grama azul quatro granito coelho travesseiro régua galinha escaldadura romano estrada desvio tênis lobo chama vidro Canadá caramelo cordeiro montanha tabuleta sol África mar tambor clipe melado lava cola mês triângulo cinco cobertor cama metal fundido nuvem papel França torta matemática metrô pompa música pele piano teclado pílulas vaca carteira cola pulso tigre palhaço geleia leite relógio areia lago pimenta pedra gatinho mapa colcheia babuíno vara telefone francês bandeira guitarra cabra papel de parede cola saco quadrado cenoura barbatana horizonte natação Brasil veado tijolo quente macadame hamster antiflope balão condutor canguru bom rádio Cuba calcinha mel alfabeto carro chaves prancheta

2. **Sublinhe** palavras que descrevem roupas e ao mesmo tempo **circule** palavras relacionadas a temperatura fria

neve calças jornal topo crocante freezer saia livros editor sapatos incorrer calças licença mudança colete portas fonte desenho sentado cuecas gelinho revolver pijama frio camisola camiseta gritar noitada gelo fogão par traje acontecer fresco granizo suposição portão luvas temperatura congelar ponto câmera trajes vestido flor notificação passado chinelo casaco deixar arrepio jardim calças nadar azul perigo meias caminho inserir chapéu jaqueta terno instrutores retentor geleira jeans pairar prateleiras balanço shorts suéter jogo capa calças semana permafrost dezembro carrinho geladeira inverno vender camisa maravilha frieza equipamento óculos tipo Antártica dando frescor ônibus caixa telhado roupa íntima encontrão iceberg hera lenço calafrio beca regente avalanche camiseta meias gravata envelope ponto Melbourne vermelho local fogão carga talento telefone martelo gelado abrigo polar geadas geladeira mouse granizo face amargo gabinete partido ferver botas medalha dinheiro boné tremer cinto gaveta cabo remoto cabo tiritar

3. **Sublinhe** palavras que descrevam "edifícios ou lugares" e, ao mesmo tempo, **circule** palavras que descrevem esportes

Aeroporto luz natação plugue chegada handball bulbo polícia estação pendurar deslizamento polo arranjo mergulho departamento bombeiros igreja quadro voleibol bandeja desafio lápis balão cadeira dedo reunião mudança montanha entendimento tráfego celebração envelope ponto ônibus rio pato softball plástico hockey squash liso supermercado número jaqueta trem estação sofá correio hipódromo grupo caminhada motocicleta corrida seguro digitação parapente participante esqui lixo livro cancelamento compensação argumento atletismo cortina berçário estrada boliche pista loja conveniência tempo linguagem manter departamento estoque hospital tênis natação automobilismo grampeador futebol tapete golfe espelho ginástica vídeo sapatos folder amigo zebra alternativa lição interruptor casa pista e campo de barco snowboarding acesso poste parceiro baseball copo equipamento futsal descrição shopping jornalista bolsa cinema papel fundo cidade salão envelope telefone cerâmica ciclismo rugby repetição barbeiro biblioteca eficiente museu restaurante escola natação banco livraria apartamento escritório edifício posto gasolina tênis computador basquete pote

Tarefa do caça-palavras

Objetivo da tarefa

O objetivo da tarefa é que os pacientes pratiquem a habilidade de focar informações relevantes entre estímulos irrelevantes.

Instrução para a tarefa

Peça ao seu paciente para encontrar as palavras relevantes no caça-palavras (veja abaixo). Se eles não conseguirem encontrar uma palavra em particular, incentive-os a seguir em diante. O objetivo é mover-se rapidamente através do caça-palavras.

Reflexões para o paciente

O que você achou dessa tarefa?

Você empregou uma técnica específica para encontrar as palavras? Você poderia melhorar a sua técnica se você fizer isso de novo?

Como você pode relacionar essa tarefa com a vida cotidiana? Por exemplo:

O que você acha quando precisa revisar algum texto na faculdade ou no trabalho? Você se prende a um item em particular?

Você vai às compras com um determinado item em mente, por exemplo, um certo par de sapatos? O que acontece se você for incapaz de encontrar aquele que você estava procurando - você consegue encontrar algum outro?

Encontre os nomes dos autores no caça-palavras abaixo

e d s i e a a s a t
r t o s b a d m o m
a b r o n t e w i i
e m e e w n o e e s
p e l i o t n l s o
s e h g u h a d e h
e n o s i r r o m a
k a s o r s n n a r
a u s t e n o e j d
h e m j s n l n a y
s n e k c i d m s e

Austen	Dickens	Shakespear e
Eliot	Arnold	Hughes
James	Amigos	Atwood
Morrison	Weldon	Hardy
Bronte		

Encontre as palavras relativas ao universo

o s t p n u e e
a e u e l o p u
t u o n r u o n
u r i n e r t m
l n v a u l a o
p j u p i t e r
o i r u c r e m
s a t u r n o n
a t e n a l p s

Mercurio Venus Lua
Universo Saturno Terra
Netuno Jupiter
Planeta Pluto

Encontre as palavras relativas a jardins

A R I E D I V S M O A
L A T E L O B R O B I
L O E B A Y A A O A N
M V S R E D Z R Y H U
B I E S N G V F S L T
B H M A A A Ô S C E E
R V V S L R T N F B P
B A X H A E I E I A L
L R O S A J V G N A J
E S Q U I L O O U B S

borboleta

Hera

begonia

petunia

rosa

orvalho

jasmim

lavanda

videira

girassol

esquilo

abelha

Tarefa de estimativa

Objetivo da tarefa

O objetivo desta tarefa é incentivar os pacientes a praticarem:

Estimativa e aproximação

Pensar em um continuum em vez de dicotomicamente

Considerar as coisas como sendo "boas o suficiente" ao invés de perfeitas

Tal como com as imagens complexas, é essencial que esta tarefa seja focada no balanceamento da velocidade e da precisão, não uma à custa da outra. Os terapeutas devem ter o cuidado de minimizar as demandas de desempenho e se concentrar no modo como o indivíduo aborda essa tarefa.

Instrução para tarefa

Coloque a página (ver figuras no verso) diretamente de frente para o paciente. Peça-lhe para colocar uma marca onde ele pensa que está o meio em cada uma das linhas/círculos ou quadrados. Explique a ele que a marca não precisa ser exata, mas sim uma estimativa "rudimentar". Diga para o paciente começar no topo da página e não perder nenhuma das linhas.

Se eles o fizerem com muita facilidade, então você pode tornar a tarefa mais difícil marcando diferentes pontos percentuais na linha, por exemplo, aproximadamente 25%, 75%. Incentive sempre aproximações.

Solicite as observações do paciente

Você gostou ou não desta tarefa?

Como você realizou a tarefa? Você usou alguma técnica para te orientar onde colocar sua marca?

Houve momentos em que você sentiu que estava cometendo um erro? O que você fez?

Você fez isso de forma diferente do que você costuma fazer outras tarefas?
Por exemplo, ela te tomou mais ou menos tempo?

Como você se sente em relação à sua capacidade de adivinhar as coisas?

Você gosta mais de saber ou de adivinhar?

Quando isso pode ser bom? Quando pode não ser bom?

Você procura a resposta certa ou fica um bom tempo se concentrando nos detalhes, em vez de escolher algo imperfeito, mas aceitável?

Como você pode usar essa experiência em atividades diárias?

Por exemplo, estimar o tamanho do espaço de estacionamento quando estaciona o seu carro; estimar a quantidade de sabão em pó que deve ser usado; estimar o tempo em vez de olhar para o relógio.

Se os pacientes levarem a tarefa muito a sério e passarem mais tempo do que deveriam na tarefa, pergunte a eles sobre o gasto excessivo de tempo em tarefas pequenas ou inconsequentes. Pergunte se eles muitas vezes se pegam gastando mais tempo do que eles precisam em detalhes ou ao fazer certas coisas com exatidão, ao invés de se concentrarem em fazer uma tarefa de modo "bom o suficiente".

Aqui estão alguns exemplos de estratégias alternativas ao pensamento perfeccionista:

'Meu corte de cabelo está horrível e eu tenho medo de ser visto em público' ou 'as pessoas na rua estão muito menos interessadas no meu cabelo do que eu e eles provavelmente nem vão notar. Além disso, meu cabelo logo vai crescer de novo'.

'Estou tão chateado, apareceu um pequeno arranhão no meu carro novo' ou 'é normal que os carros tenham pequenos arranhões. Se isso não tivesse acontecido hoje, teria acontecido mais cedo ou mais tarde.

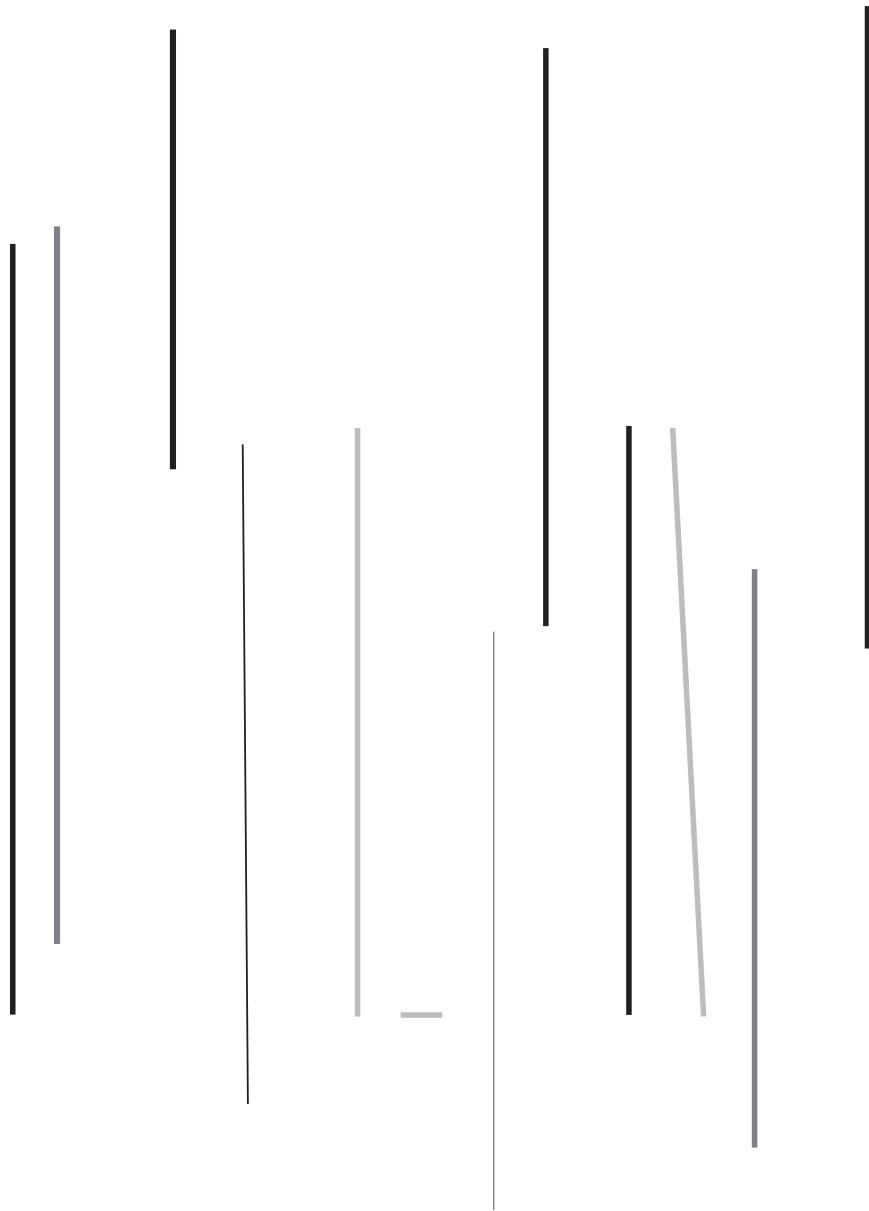
"A bagunça das outras pessoas me deixa louca" ou "Eu acho que é só uma bolsa ou alguma coisa que você deixou num canto. É uma coisa pequena em comparação com o valor da nossa amizade.'

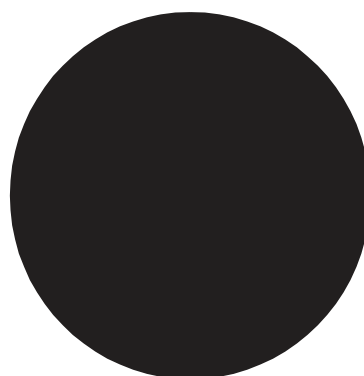
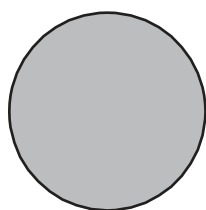
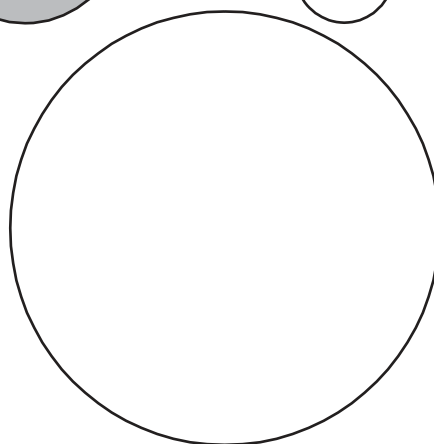
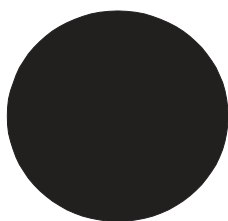
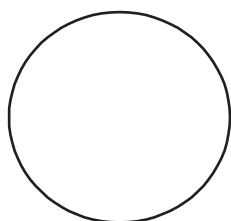
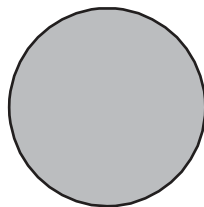
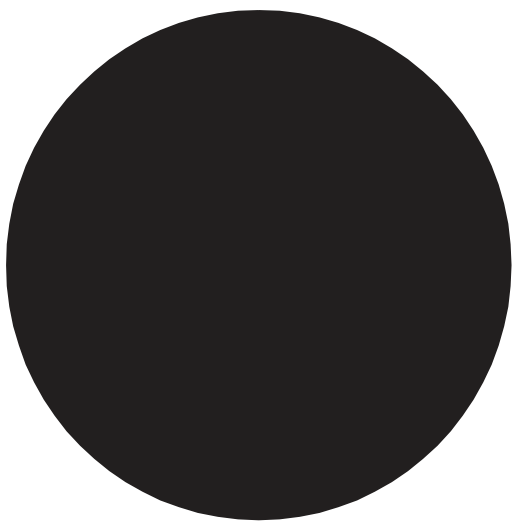
Pense no seu medo de cometer um erro. É realista? O que diriam seus amigos e familiares? Será que seu medo não está muito fora de proporção, talvez um pouco como uma fobia?

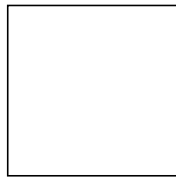
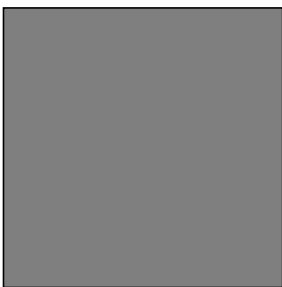
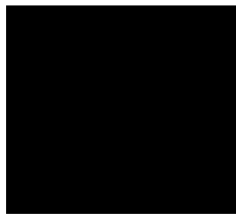
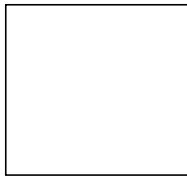
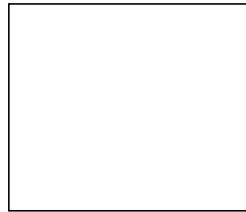
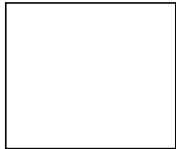
Reduza pela metade a quantidade de tempo que você gasta para fazer seu cabelo ou para se maquiar.

Reduza pela metade a quantidade de tempo que você gasta para arrumar seu quarto.

Basta verificar uma vez algo que você escreveu, por exemplo, texto, carta, e-mail, relatório.







Tarefa “Pra cima e pra baixo”

Objetivo da tarefa

O objetivo desta tarefa é que os pacientes pratiquem habilidades de alternância com base na mudança de regra. Por exemplo, contando para a frente e, em seguida, quando a regra muda, contando para trás. Portanto, os pacientes estão praticando e desafiando sua capacidade de resposta de forma rápida e eficaz.

Instruções para a tarefa

Tarefa do teleférico

O teleférico está indo para cima e para baixo em uma montanha (ver figura no verso). O objetivo é percorrer a sequência de imagens usando as setas grandes nas caixas como indicadores do sentido do teleférico, se ele está se movendo para cima ou para baixo. Quando a seta aparece, seu paciente diz "para acima" ou "para baixo", dependendo do sentido que a seta está apontando. Em seguida, eles contam na direção em que a seta está apontando. Se a seta aponta para cima, eles contam para cima; se a seta aponta para baixo, eles contam para trás.

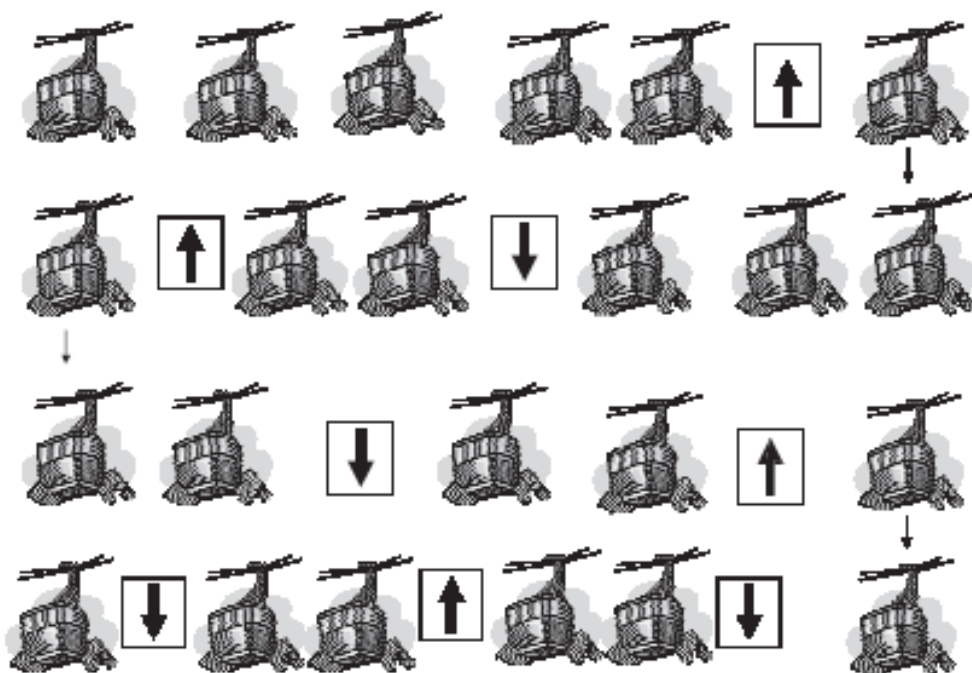
Assim, por exemplo, seu paciente deve começar a contar, começando do canto superior esquerdo, a partir de 1, contando, 2, 3, 4, 5 até que ele chegue à primeira seta que aponta para cima, e em vez de dizer '6' ele vai dizer 'para cima' (o que significa que ele, em seguida, vai continuar contando para cima), então a próxima imagem será 6 e assim por diante até que ele chegue à próxima seta, e a contagem mudará na direção para a qual a seta estiver apontando.

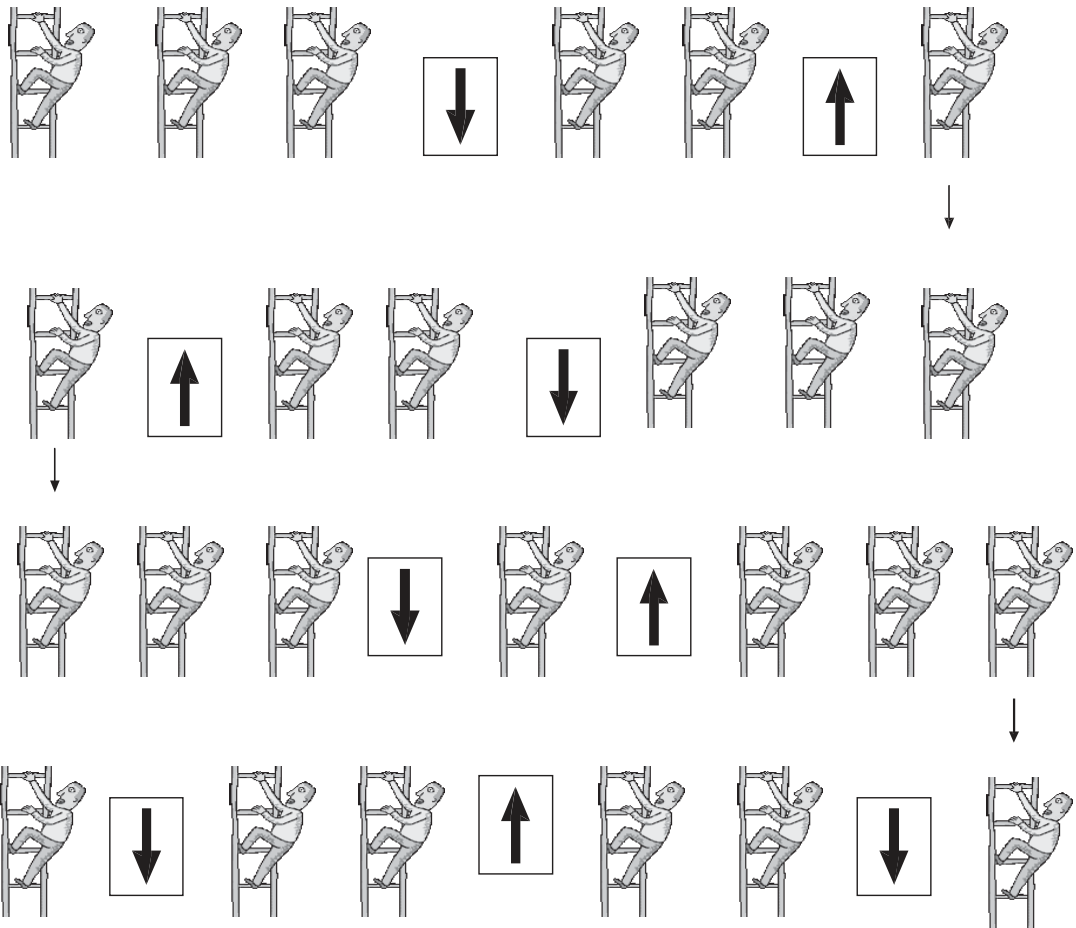
Tarefa das escadas

O limpador de janelas está subindo e descendo a escada (ver figura no verso). O objetivo é percorrer a sequência de imagens usando as setas grandes nas caixas como indicadores da direção do limpador de janelas, se

ele está se movendo para cima ou para baixo. Quando a seta aparece, seu paciente diz "para cima" ou "para baixo", dependendo do sentido para o qual a seta está apontando; então eles começam a contar. Se a seta aponta para cima, eles contam para cima; se a seta aponta para baixo, eles contam para baixo.

Assim, por exemplo, seu paciente deve começar a contagem do canto esquerdo superior, a partir de 1, continuando, 2, 3 até que apareça a primeira seta que aponta para baixo e então, em vez de dizer '4', ele deve dizer 'para baixo' (o que significa que ele deve continuar contando para baixo), então a próxima imagem será '2' e assim por diante.





Pilha de cartas

Objetivo da tarefa

O objetivo é que o paciente e o terapeuta coloquem as cartas umas em cima das outras com base em diferentes critérios de classificação, portanto, alternar entre diferentes categorias com base na cor, naipe ou número. A tarefa é muito semelhante ao jogo de cartas ' snap ', mas utiliza mais categorias de classificação, que podem ser ditadas por qualquer terapeuta ou paciente.

Instrução para a tarefa

São necessárias cartas de baralho, entretanto, outros estímulos podem ser usados, por exemplo dinheiro de brinquedo ou símbolos coloridos.

Usando cartas de baralho, o terapeuta começará colocando uma carta para baixo, talvez uma rainha de copas, e estime que os corações são o critério de ordenação. O paciente deve então colocar um cartão seguindo este princípio, em seguida, o terapeuta e assim por diante. Isso continuará até que o terapeuta decida alterar o princípio de classificação, por exemplo, para a cor do cartão de jogo. Durante a construção da pilha do cartão, terapeuta e paciente decidem em turnos qual deve ser o critério de triagem e quando ele deve ser alterado.

Reflexões para o paciente

Como você escolheu qual cartão colocar na pilha?

Houve algum momento em que você queria colocar uma outra carta para baixo, mas percebeu que era a escolha errada?

Você escolheu a rapidez em detrimento da precisão ou vice-versa?

Você pode estabelecer relações entre esta tarefa e a vida diária?

São exemplos de triagem: dividir as roupas para lavar em categorias; embalar alimentos em sacolas no supermercado – sendo alguns critérios utilizados para isso, por exemplo, se todos os itens são frios, todos pesados, etc. Quão simples você acha classificar as coisas em categorias como essas?

Tarefa dos mapas

Objetivo da tarefa

O objetivo da tarefa é incentivar os pacientes a pensar de maneiras diferentes em tarefas de localização/ navegação. Elas exigem que se pense em termos de visão global porque o destino final precisa estar sempre em mente, mas exige igualmente o pensamento flexível, uma vez que rotas diferentes podem ser necessárias, como também prestar atenção às características diferentes no mapa. Cada mapa é diferente, mas todos os mapas exigem que os pacientes naveguem usando diferentes pistas, por exemplo, bússola, localização, nomes de ruas ou nomes de corredores de supermercados.

Instruções para a tarefa

Peça ao paciente para escolher um dos mapas do verso. Uma vez escolhidos, peça-lhes que olhem para o mapa e se familiarizem com suas diferentes características. Quando o paciente estiver habituado com os pontos principais, então eles podem usar outras técnicas para explorar o mapa. Sempre pergunte ao seu paciente para encontrar rotas alternativas para o que inicialmente sugeriu. Se ele não têm certeza sobre outras rotas para seguir, sugira alguma para ele.

Reflexões para o paciente

Por que você escolheu aquela rota?

Você criou uma rota e, em seguida, navegou por ela ou você a criou conforme você seguia por ela?

Pergunte quão difícil foi chegar a formas alternativas, especialmente se ele teve dificuldades.

Se ele foi capaz de mudar de direção facilmente, pergunte em quais áreas da vida ele seria capaz de aplicar isso.

Pergunte como essa tarefa pode se relacionar com a vida cotidiana. Dê exemplos se ele não estiver seguro.

Pergunte se ele pensa antes na visão global ao planejar algo ou foca nos detalhes.

Pergunte se ele já teve que fornecer direções a alguém pelo telefone. A pessoa foi capaz de entender as direções que ele deu?

Pergunte se há áreas da vida dele em que ele teve que pensar em alternativas - por exemplo, fazer planos alternativos no último minuto.

Tarefa do mapa 1

Ir do banco até a rua Menton (use agora nomes de ruas)

Ir da rua Terence até a rua Pollux (agora use coordenadas geográficas (da bússola) e pontos de referência) ir da rua Queen até o mercado

Tarefa do mapa 2

Use coordenadas geográficas para ir de Farm Way até o barco no rio. Use pontos de referência para ir da floresta até a casa da fazenda.

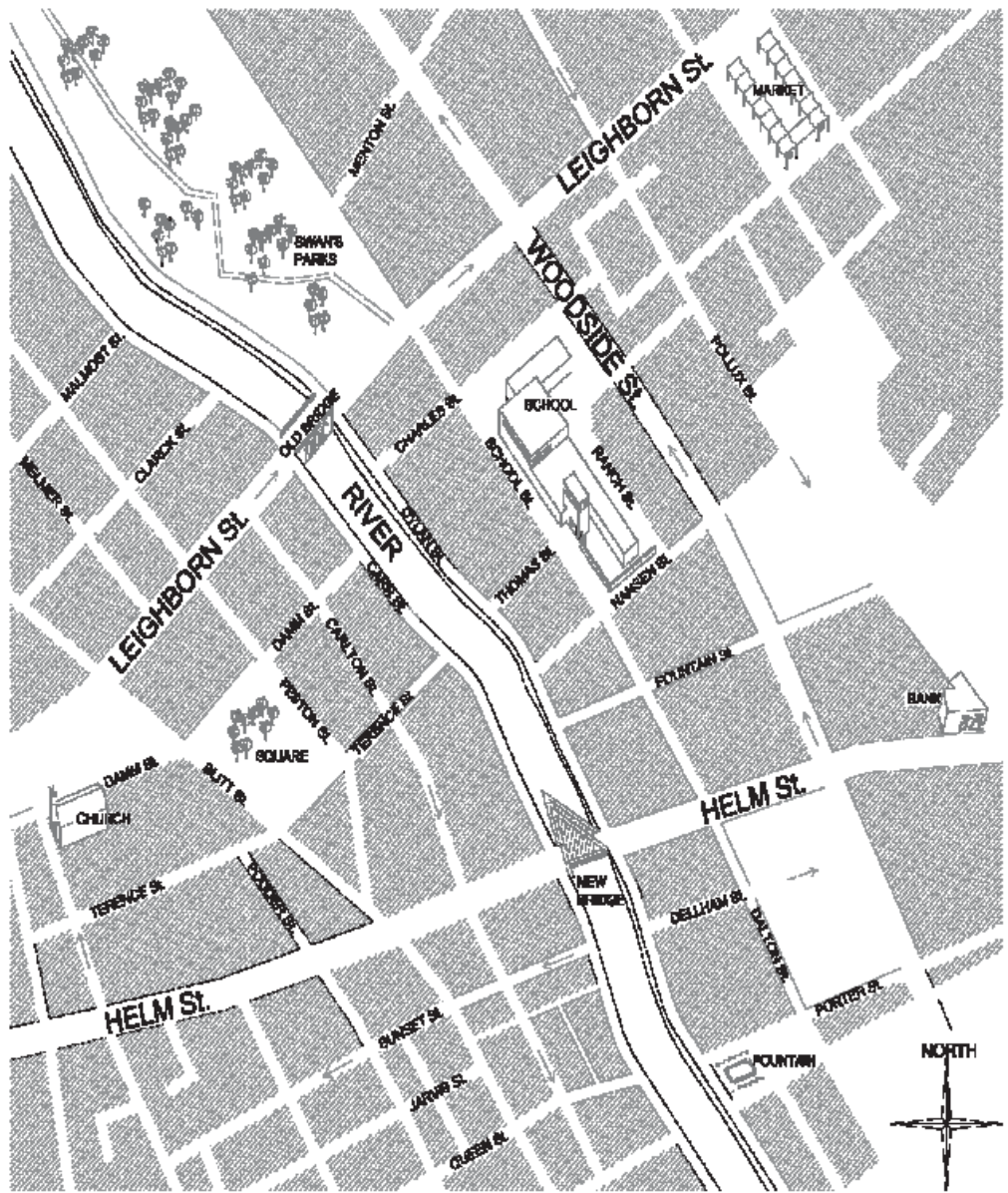
Use pontos de referência para ir da estrada azul (blue road) até a floresta

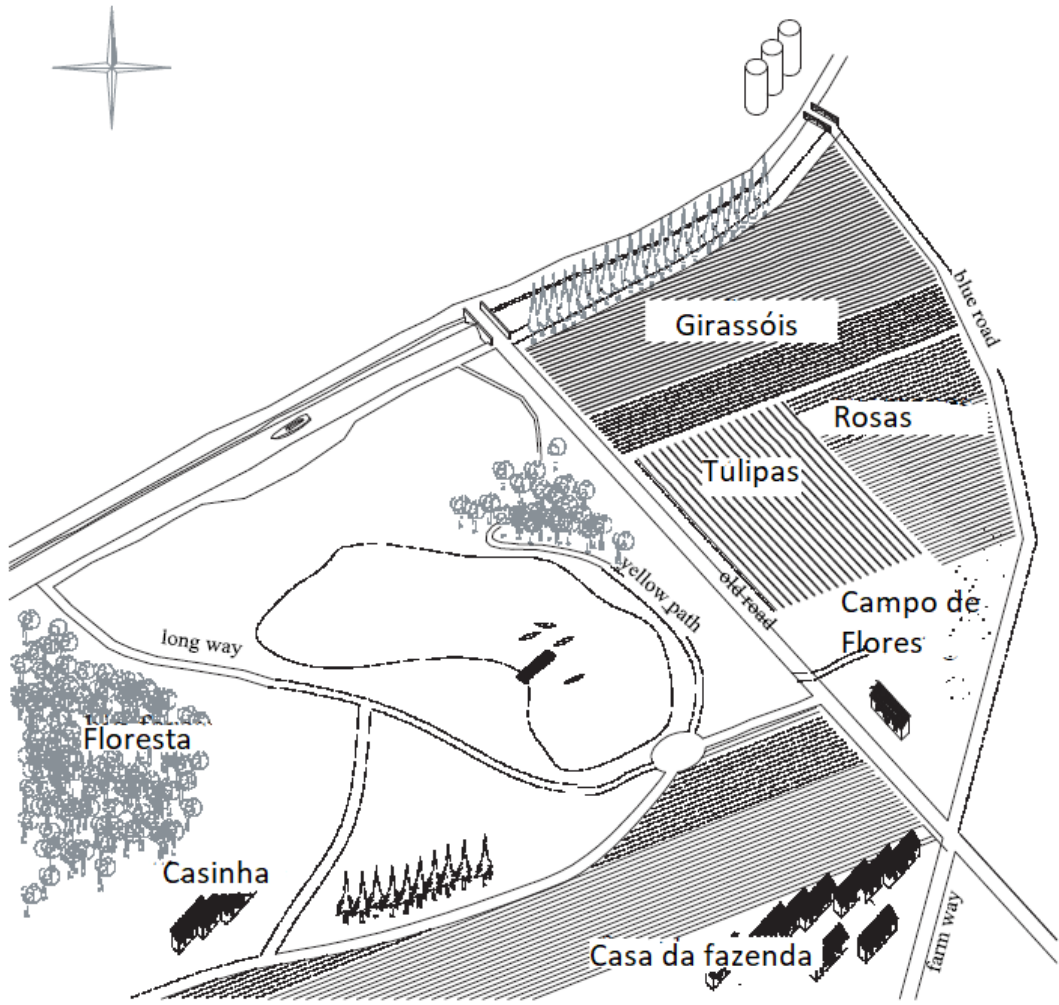
Tarefa do mapa 3

Retirar a roupa na lavanderia, retirar as fotografias; comprar os seguintes artigos: ração para o cachorro, creme facial, cartão de memória para o computador; devolver os DVDs na biblioteca; comprar sapatos novos - relaxar durante o almoço

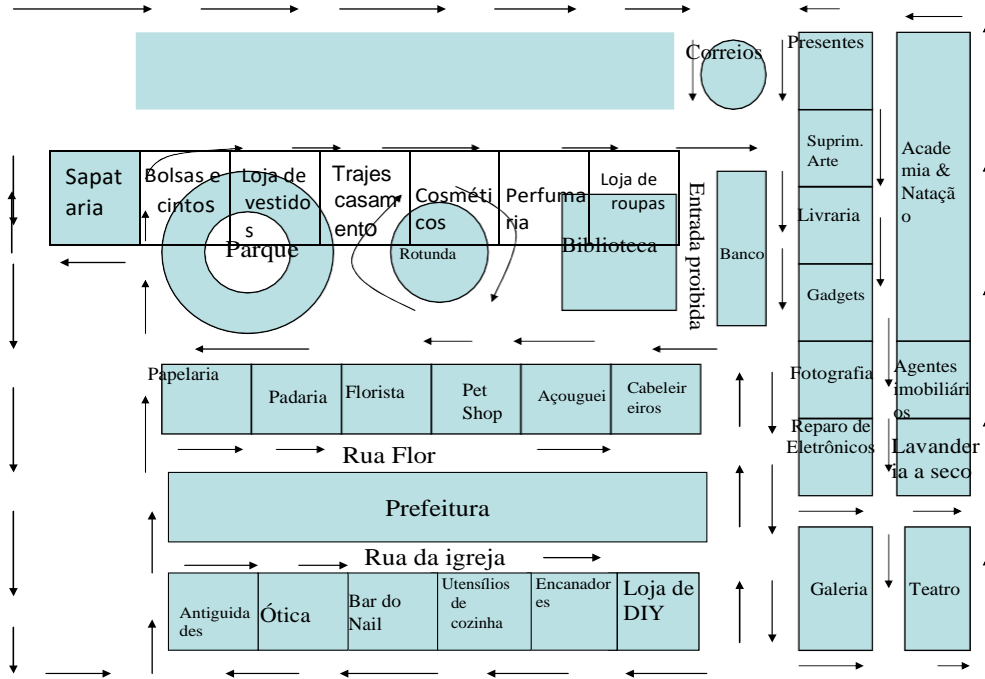
Faça a mesma viagem, mas usando coordenadas geográficas

Faça a mesma viagem usando esquerda, direita, para cima, para baixo





- Restaurante
- Loja de queijo
- Delicatessen
- Disk Comida
- Bar de vinhos



Tarefa de priorização

Objetivo da tarefa

O objetivo desta tarefa é incentivar os pacientes a planejarem com antecedência com o auxílio do pensamento global.

Instruções para o participante

Como você faria o planejamento de um dos eventos listados abaixo? Pense sobre o trabalho mais importante até o trabalho menos importante e anote-os. Por exemplo, qual seria a primeira coisa que você faria?

Planejar uma viagem de trem para outra parte do país
Comprar um presente para um amigo

Fazer uma reserva para o feriado

Organizar sua festa de aniversário
Convidar amigos para sair no fim de semana

Procurar um novo emprego

Decorar um quarto da sua casa

Reflexões para o paciente

O que você achou dessa tarefa?

Você gostou dela? Se eu não estivesse aqui, você a teria pulado? Você achou fácil priorizar?

Você conseguiu manter em mente o evento que você estava planejando ou você o perdeu de vista em algum momento?

Você consegue se lembrar da última vez que você fez algo semelhante ao planejamento de um desses eventos? O que você achou?

Tarefa da visão global

O objetivo da tarefa é extrair porções resumidas de informação de estímulos detalhados.

O terapeuta pede ao paciente para escrever uma descrição de uma cena ou imagem visual.

O terapeuta fará o mesmo com a mesma imagem.

Sites como este, <http://www.flickr.com/> podem ter boas imagens de cenas.

Quando o paciente e o terapeuta terminarem, eles comparam suas descrições.

Reflexões

As duas descrições são muito diferentes? De que maneira?

Uma pessoa escreveu muito mais do que a outra?

Em qual das maneiras a mensagem é transmitida melhor?

Você poderia tentar fazer do jeito que a outra pessoa fez? (ou seja, o paciente fazê-lo da forma como o terapeuta fez)

É difícil ser conciso?

Quais são os problemas de ser muito detalhado? As pessoas às vezes ficam confusas quando você tenta descrever as coisas para eles?

Você acha difícil escrever e-mails/mensagens de texto de forma concisa?

Você acha isso difícil no trabalho ou na escola/universidade?

O que te ajudaria a ser mais conciso? Listar tópicos? Falar em voz alta primeiro?

Tarefa 'Como ... plantar um girassol'

O objetivo desta tarefa é praticar a expressão de si mesmo de forma sucinta. Uma boa parte de nossas interações a transmissão de mensagens para que as pessoas possam entender o que estamos pensando. Dependendo do que a mensagem que está sendo transmitida significa, esta tarefa pode às vezes ser mais complicada em certas situações do que em outras. Esta tarefa pode ajudar a pensar sobre o contexto global do que está tentando ser transmitido e a pensar sobre os pontos principais.

Abaixo estão alguns exercícios que foram projetados para ajudar o paciente a descrever tarefas de forma sucinta. Enquanto usa alguns dos exercícios abaixo, você pode também pedir ao paciente para escolher algo que ele saiba fazer muito bem e descrevê-lo para você. Você também pode perguntar ao paciente se ele tem algum exemplo dos momentos em que eles acham difícil transmitir informações ou perdem de vista a visão global (por exemplo, descrevendo um filme ou livro para alguém ou escrevendo um ensaio para a escola/faculdade).

Aqui estão algumas dicas que podem ajudar a pensar e explicar de forma sucinta

Pense sobre a mensagem principal que você está tentando transmitir; por exemplo, explicar a alguém como plantar um girassol.

Quais são os materiais ou equipamentos necessários. Quais a ordem das etapas

Pense sobre os conectivos de tempo (primeiramente, então, depois disso, durante este tempo etc.) que podem ser usados para ligar suas etapas

Frases curtas podem ser úteis

Como ... plantar um girassol

Você vai precisar...

De um vaso

Terra

Sementes de

girassol Um regador

Estes são os passos que você precisa seguir para plantar um girassol.

Primeiramente, encha o vaso quase até a boca com terra.

Use o regador para umedecer a terra com um pouco de água.

Coloque as sementes de girassol sobre a terra.

Em seguida, cubra as sementes com um pouco mais de terra. Finalmente, despeje um pouco mais de água sobre a terra.

Lembre-se de molhar seu girassol uma vez por dia para ajudá-lo a crescer! Você começará a ver o girassol crescendo dentro de duas ou três semanas.

Como jogar cobras e escadas:

Primeiro, entenda o objetivo do jogo. O objetivo do jogo é ser o primeiro jogador a chegar ao fim do tabuleiro, movendo-se da casa 1 até a 100.

Você tem que percorrer o tabuleiro da base ao topo, direita, depois à esquerda e assim por diante.

Comece a jogar. O primeiro jogador a tirar 6 no dado joga primeiro.

Cada jogador subsequente deve também tirar um 6 para iniciar o jogo.

Os dados são então jogados novamente para mostrar o número de quadrados que o jogador pode mover inicialmente. Coloque o marcador no quadrado apropriado.

Cada jogador tenta uma vez.

Cobra: se um jogador parar na ponta da cabeça da cobra, seu marcador volta até a casa na ponta da cauda da cobra.

Escada: se um jogador pousar em uma casa que está na base de uma escada, seu marcador se move para a casa no topo da escada e continua a partir dali.

O primeiro jogador a chegar à última casa do tabuleiro é o vencedor, mas você deve tirar o número certo nos dados para parar exatamente na casa 100.

Como.. jogar paciência

Distribua sete cartas horizontalmente, com a primeira carta à esquerda virada para cima e o resto virado para baixo.

Passo 2

Repita a distribuição com seis cartas, pulando a pilha com a carta virada para cima. Novamente, a primeira carta distribuída (a segunda pilha da esquerda para a direita) deve ser virada para cima e as demais viradas para baixo.

Passo 3

Faça isso até que você tenha distribuído 28 cartas. A última carta em cada pilha deve ser virada para cima.

Passo 4

Coloque o resto das cartas de lado, virado para baixo em uma pilha. Este é o estoque.

Passo 5

Retire todos os azes que aparecerem e coloque-os de lado virados para cima. Estas serão as fundações para cada naipe. Em outras palavras, a primeira carta em cada pilha é um ás, a próxima é um 2, e assim por diante. Uma pilha é de copas, uma é de ouros, outra é de espadas, e a última é de paus.

Passo 6

Vire o cartão que está no topo do estoque se você não pode jogar com as cartas que estão à mostra.

Passo 7

Construa sequências em ordem decrescente e alternando as cores. Isso significa que a carta colocada em uma sequência deve ser da cor oposta à cor da carta à mostra e deve ser a carta de classificação imediatamente mais baixa. Por exemplo, se um 6 de espadas (preto) está à mostra, você pode colocar tanto o 5 de copas como o 5 de diamantes (os naipes vermelhos) sobre ele.

Passo 8

Coloque o cartão sobre a pilha de descarte, se você não tem lugar para colocá-lo.

Passo 9

Mova um ás para a fundação quando encontrar um. Passo 10

Vire a carta que está virada para baixo, que fica exposta quando você move uma carta virada para cima de uma sequência para outra.

Passo 11

Mova um grupo de cartas quando você tiver uma sequência aberta. Se a carta virada para cima em uma sequência é um rei vermelho e você tem outra sequência com a sequência Rainha-Valete-10-9-8, você pode mover a sequência inteira para o rei, desde que a rainha seja preta.

Passo 12

Coloque um rei em um espaço vazio das sequências.

Passo 13

Você ganha ao usar todas as cartas e ao completar cada fundação pelo naipe dos azes

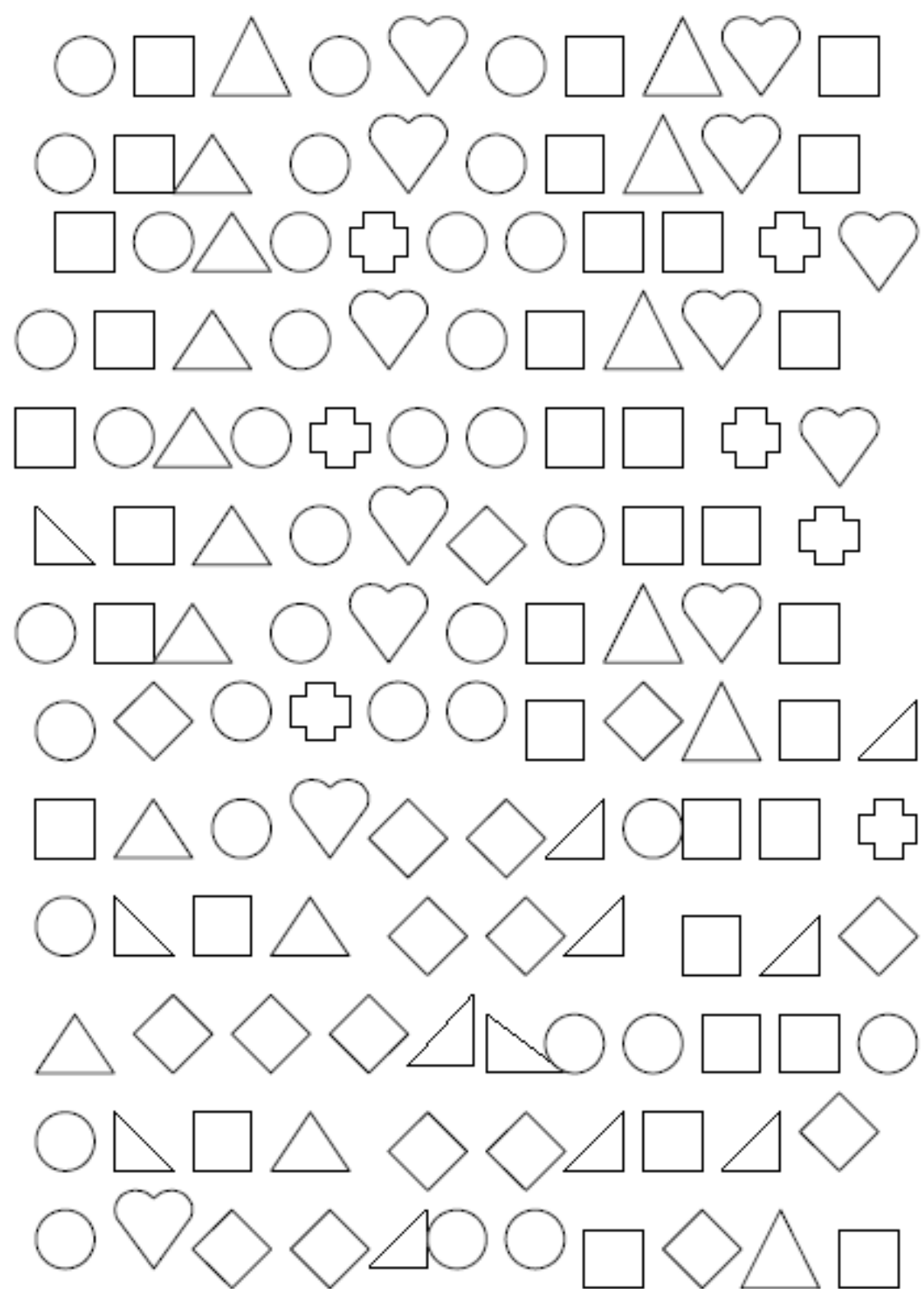
Tarefa de busca e contagem

Objetivo da tarefa

A tarefa a seguir auxiliará o paciente a praticar a alternância entre diferentes aspectos dos estímulos ou entre diferentes regras para a tarefa, de forma rápida e precisa. O objetivo é ajudar os pacientes a aumentarem o controle mental sobre aquilo em que eles se concentram e aumentar o grau de fluidez com que eles podem se mover entre ideias e tarefas.

Instruções para a tarefa

O paciente deve percorrer a folha e apontar para os círculos (ver tarefa no verso). Depois que o paciente fizer isso por algumas linhas, peça a ele que comece a contar até 20 ao mesmo tempo em que aponta. Em seguida, peça para que ele alterne para a contagem de triângulos enquanto conta até 20; em seguida, que ele aponte para os círculos e depois para os triângulos enquanto conta até 20. Esta tarefa pode ser dificultada, dependendo de quão fácil/difícil o paciente a achar. Por exemplo, peça ao paciente para apontar alternadamente para triângulos e quadrados, enquanto conta em números ímpares ou letras do alfabeto alternadas.



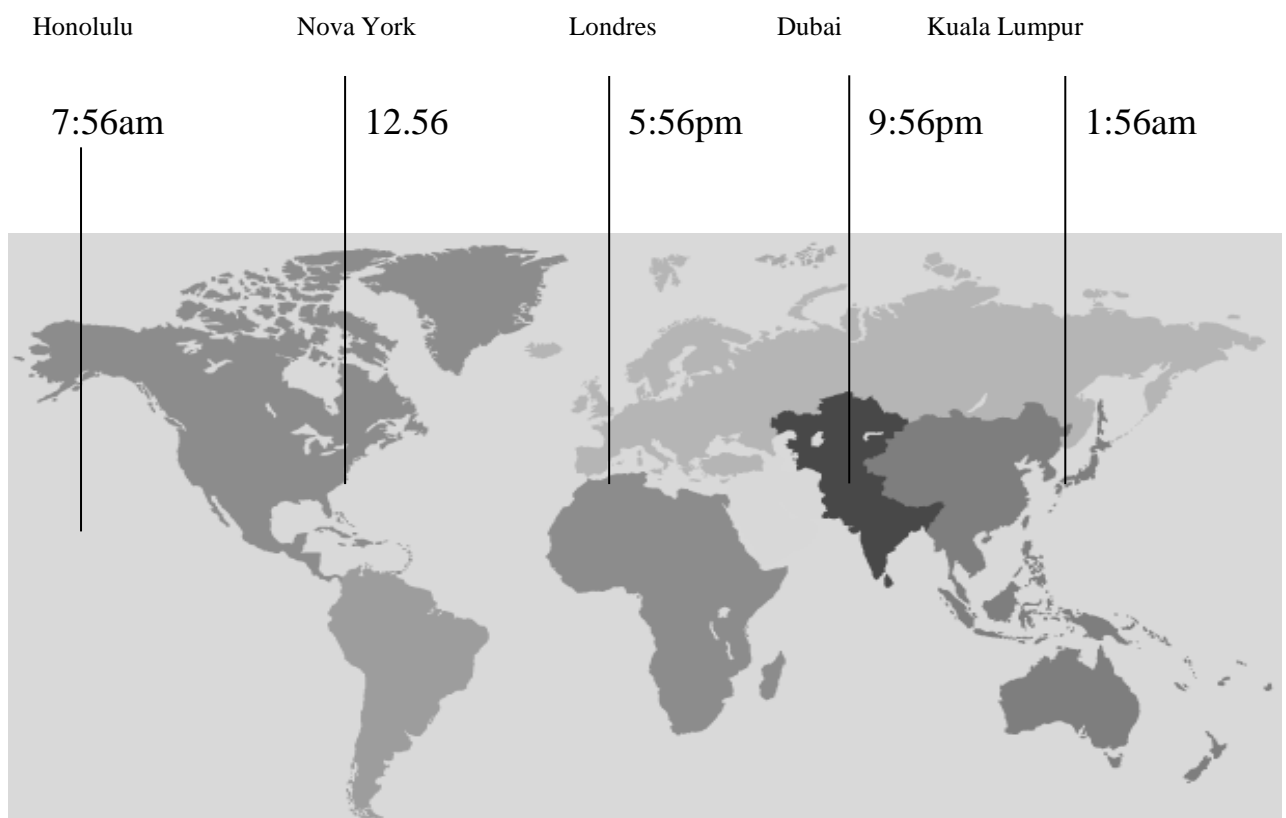
Tarefa de alternar fusos horários

Objetivo da tarefa

O objetivo desta tarefa é praticar a alternância entre informações, mantendo uma regra em mente. As questões abaixo representam um cenário em que o paciente pensará nos diferentes fusos horários em diferentes partes do mundo.

Instruções para a tarefa

Apresente o mapa (veja abaixo) ao paciente e trabalhe com as perguntas embaixo do mapa como achar melhor. Comece com a primeira pergunta, que é a mais fácil, e siga até a mais difícil. As últimas perguntas exigem que o paciente retenha mais informação na mente ao mesmo tempo e que faça mais alternâncias.



Uma teleconferência precisa ser organizada entre empresas localizadas em cidades de três países diferentes, Nova York, Londres e Dubai. A empresa em Londres é a anfitriã e deseja iniciar a chamada às 11h. Que horas serão nas outras duas cidades?

É véspera de ano novo e em cada capital está ocorrendo uma exibição de fogos de artifício. Kuala Lumpur é a primeira cidade a ter a exibição, uma vez lá a meia-noite chega primeiro. Que horas será em cada uma das outras cidades mostradas acima? Quando é meia-noite em Dubai, que hora será em Kuala Lumpur? Quando é meia-noite em Nova York, que horas será em Honolulu?

Joanna, que vive em Londres, gostaria de chamar no Skype sua sobrinha que vive em Dubai. De preferência por volta de 3 da manhã no sábado. A que horas a sobrinha dela precisa estar online? A avó, que mora em Nova York, também gostaria de participar da conversa; a que horas ela deve estar online?

Reflexões para o paciente

Você usou algum truque/técnica para manter sua mente focada na tarefa?
Essas são técnicas com que você está familiarizado?

Você aprendeu algo novo sobre seu estilo de pensamento?

Como você pode usar essa experiência em atividades diárias? Se o seu paciente não puder responder, por favor, dê os seguintes exemplos:

Quando pode ser útil alternar a atenção rapidamente: em situações sociais, por exemplo, em uma festa, onde você pode ter conversas curtas com várias pessoas, dirigindo – ocasião em que você tem que prestar atenção na estrada e nos sinais de trânsito e ainda dirigir o carro.

É difícil para você realizar muitas atividades ao mesmo tempo? Quando você tenta dar conta de multitarefas, alguma tarefa ou pensamento torna difícil manter outras informações em sua mente?

4

Relatórios de casos

Os relatórios de caso são de cinco terapeutas diferentes que trabalharam com pacientes com anorexia nervosa na ala de internação. Cada relatório fornece uma visão geral das 10 sessões. Também estão incluídas as cartas de fim de tratamento do paciente e do terapeuta, as descrições dos escores de avaliação antes e após o tratamento e os escores do índice de massa corporal (IMC) para o período anterior ao tratamento, durante o tratamento e para os 6 meses subsequentes. O IMC é definido como a razão entre peso e estatura e é calculado dividindo-se o peso (em quilogramas) pelo quadrado de altura (em metros). Um IMC entre 20 e 25 kg/m² é considerado dentro da escala normal para adultos saudáveis. Um IMC inferior a 17,5 kg/m² cumpre um dos critérios diagnósticos para a anorexia nervosa. Os nomes dos pacientes são fictícios, para preservar o anonimato.

Todos os pacientes forneceram os formulários de consentimento, para que suas histórias fossem usadas neste manual e cada um deles selecionou um nome fictício com o qual gostariam de ser referidos aqui. Cada um dos casos foi debatido intensivamente em sessões de supervisão e qualquer informação que pudesse servir para identificar a pessoa foi removida. Todos as pessoas cujos casos estão descritos abaixo voltaram à comunidade e não usam mais o serviço de transtorno alimentar.

1. Lucy - terapeuta Natalie Pretorius
2. Nadine – terapeuta Helen Davies
3. Emma - terapeuta Abigail Easter
4. Sarah - terapeuta Becca Genders
5. Jo - terapeuta Naima Lounes

Gostaríamos de agradecer a cada um dos terapeutas por suas contribuições.

Como pode ser observado nos relatos de casos, todos os cinco pacientes apresentaram IMC baixo (média de 15 kg/m²) ao iniciar o tratamento. Todos apresentaram ganho de peso ao longo da intervenção.

Todos demonstraram melhora no desempenho cognitivo de diferentes maneiras. Os dados qualitativos das cartas finais fornecidas mostraram que eles consideraram a intervenção útil.

Lucy

Descrição do caso

Para Lucy, uma mulher de 31 anos de idade que vivenciava seu primeiro episódio de anorexia nervosa, esta foi sua primeira internação em uma unidade de desordens alimentares. Nove meses antes da admissão, ela tinha começado a perder peso, restringindo sua ingestão de alimentos e se exercitando em demasia. Ela se apresentou a seu clínico geral alguns meses mais tarde e foi avaliada em uma unidade ambulatorial de transtornos alimentares, e imediatamente encaminhada a uma unidade de desordens alimentares com internação. Seu IMC na admissão era 13,8. Lucy não tinha histórico de ansiedade ou depressão. Antes da admissão, ela tinha trabalhado como gerente de mídia em uma escola de dança e ela também gostava de dançar regularmente. Ela foi convidada a deixar seu trabalho por razões de saúde e segurança, no entanto, ela não queria fazer isso, e, no momento da admissão, ela queria voltar ao trabalho o mais rapidamente possível. Ela tinha um parceiro que a apoiava e com quem ela tinha estado por 10 anos. Antes do início da anorexia nervosa, seu peso era estável. O tratamento na internação consistiu em terapia ocupacional, sessões grupais comunitárias, sessões grupais de dieta, bem como refeições estruturadas. Antes de iniciar a terapia de remediação cognitiva, nunca tinha recebido qualquer tratamento terapêutico/ psicológico.

Lucy permaneceu sob cuidados de internação enquanto era submetida a 10 semanas de terapia de remediação cognitiva.

Identificando estratégias em tarefas

As primeiras duas sessões foram usadas para familiarizar Lucy com as tarefas, o ambiente e seu terapeuta. Depois de cada tarefa, Lucy foi encorajada a pensar sobre as estratégias que ela usou enquanto fazia a tarefa e para discutir as vantagens e desvantagens delas, bem como possíveis alternativas. Isso permitiu que ela explorasse pontos fortes e fracos da flexibilidade de seu estilo de pensamento. Tornou-se evidente que Lucy foi

capaz de identificar seus estilos de pensamento em relação às tarefas mais facilmente conforme as sessões continuaram. Na verdade, ela começou a "testar" estratégias alternativas, a fim de verificar se elas eram mais eficazes do que outras. Por exemplo, apesar de descrever as figuras complexas globalmente, ela teve uma discussão com o terapeuta sobre estratégias alternativas, como descrever o detalhe interno primeiro. Na próxima sessão, ela testou isso deliberadamente descrevendo o detalhe interno primeiro. Ela comentou que se sentiu com mais dificuldade para fazer isso e que descrever o exterior primeiro parecia ser uma melhor estratégia.

Relacionando estratégias à vida real

Nas sessões 3 e 4, Lucy foi encorajada a pensar como as estratégias que ela usou nas tarefas se assemelhavam aos estilos de pensamento que ela usou em situações da vida real. Mais uma vez, ela achou isso mais fácil de fazer conforme as sessões progrediram. Alguns de seus exemplos são os seguintes: alternar entre ver o layout dos blocos de texto e ler o texto de fato quando no trabalho (tarefa de Stroop); alternar no mesmo lugar entre o ambiente de trabalho e uma aula de dança (tarefa das palavras embutidas); alternar entre gramática e estrutura ao revisar um artigo (tarefa de Stroop); estimar o tamanho de um parafuso ao fazer reformas (tarefa de estimativa); descrever um ou dois edifícios principais em vez de descrever cada edifício no caminho ao informar direções a alguém (tarefa das imagens complexas); ser ensinada por outra pessoa a amarrar o cadarço de uma maneira diferente e mais fácil (tarefa da ideia principal). É digno de nota que Lucy não só achou mais fácil identificar suas estratégias de pensamento e formular exemplos conforme as sessões progrediam, mas ela também se tornou melhor em fazer as próprias tarefas.

Desenvolvendo a conscientização

Foi por volta desse período que Lucy começou a se tornar mais consciente da rigidez de seus comportamentos na ala. Por exemplo, ela disse que uma enfermeira tinha comentado que ela sempre comia seu pudim de arroz tirando-o com a colher pela parte de cima da tigela, um comportamento que Lucy não tinha notado antes. A enfermeira sugeriu que ela tentasse comê-lo de um lado diferente da tigela. Embora Lucy tenha sido capaz de fazer isso, ela notou que logo começou a comer de cima novamente. Lucy e o terapeuta discutiram os benefícios de estar ciente destes tipos de comportamentos habituais.

Identificando temas no estilo de pensamento

Desde as primeiras sessões, Lucy realizou muito bem a maioria das tarefas; em consequência, todos os estilos de pensamento inflexíveis não eram inicialmente aparentes. Ela usou estratégias apropriadas, e os exemplos da vida real que ela trouxe envolviam estratégias com as quais ela parecia estar já familiarizada e utilizando regularmente em ambientes como trabalho, casa ou através da dança. No entanto, na sessão 5, Lucy comentou que, embora ela não tivesse pensado inicialmente que ela era rígida em seu pensamento, ela tinha observado que ela estava se aproximando das tarefas da mesma forma na maioria das vezes. Nas próximas sessões, o terapeuta incentivou-a a realizar deliberadamente algumas das tarefas de maneiras muito diferentes para explorar diferentes estratégias e identificar qualquer estilo de pensamento inflexível. Foi por isso que surgiram três questões principais em relação ao estilo de pensamento de Lucy: (1) sua necessidade de fazer as coisas certas/perfeitas, (2) dificuldades na alternância do foco de atenção e (3) dificuldades na identificação de emoções.

Necessidade de fazer as coisas corretamente/ com perfeição

A necessidade de Lucy de fazer as coisas certas foi demonstrada enquanto ela fazia variantes da tarefa de estimativa. Por exemplo, depois de fazer uma variante cronometrada da tarefa de estimativa, ela comentou que não sentiu a necessidade de ser tão rigorosa para encontrar o meio das linhas, e não se importava tanto com a precisão quanto antes de realizar as tarefas. Esta tarefa chamou a sua atenção para a forma como ela tende a pensar em situações da vida real, onde ela experimenta a necessidade de ser perfeita e de fazer as coisas corretamente. Ela relacionou o processo de ter que mudar a maneira de fazer algo para conseguir o mesmo resultado a um exemplo da vida real: ter que reduzir a exatidão de um original para cumprir um prazo no trabalho. Nessas situações, ela ainda sentiu a necessidade de continuar voltando para corrigir o documento e torná-lo perfeito, apesar do fato de que quaisquer mudanças na fase final significariam refazer outros procedimentos.

Esta discussão alertou para a sua tendência a ter problemas para "deixar passar" quando ela pensa que está errada, e ela deu o exemplo de quando teve uma discussão com um colega no trabalho e não foi capaz de parar de pensar nela e de ficar continuamente remoendo a discussão.

Alternando o foco da atenção

Problemas de atenção alternada também surgiram em tarefas de mudança de padrão (flexibilidade cognitiva), como as tarefas de Stroop e a de palavras embutidas. Lucy relacionou os processos de pensamento nessas tarefas às situações quando ela é interrompida quando está lendo ou quando está

absorvida em algo. Nessas situações, ela se sente irritada por ter sido interrompida. Ela disse que, embora fosse capaz de fazer a alternância, ela não gostava de fazê-la e a achava irritante e difícil.

Identificando emoções

Uma outra questão que surgiu foi a incapacidade de Lucy para discutir as emoções. Ela sempre foi muito boa na tarefa da ideia principal, onde ela teve que resumir uma longa passagem de texto em alguns pontos-chave. Ela ligou essa habilidade com sua preferência por lidar com fatos, e não prestar atenção a detalhes irrelevantes ou abordar as emoções. Porque este módulo da terapia cognitiva da remediação cognitiva não foi direcionado para tratar da alimentação ou das emoções, isso não foi explorado com mais profundidade. No entanto, identificar esta questão acabou por ser uma compreensão valiosa para Lucy, e foi algo que ela levou adiante em suas sessões de psicologia depois que as 10 sessões de terapia de remediação cognitiva tinham terminado (ver comentários de Lucy abaixo).

Transferindo estratégias para a vida real

Depois de ter identificado os estilos de pensamento de Lucy, o terapeuta ajudou Lucy a explorar como algumas das estratégias efetivas que haviam sido aprendidas nas tarefas podiam ser aplicadas a situações da vida real. Por exemplo, eles discutiram como ela poderia aplicar a estratégia de "deixar passar" na tarefa de estimativa ao trabalhar em algum documento no trabalho, de modo que fosse capaz de *não* voltar a corrigi-lo novamente e novamente, tornando-se capaz de se sentir bem se ele não estivesse perfeito.

Similarmente, foram discutidas estratégias que poderiam ajudar Lucy a lidar com situações em que precisava alternar sua atenção de uma coisa para outra. Sua estratégia de alternância na tarefa de Stroop era decidir alternar para a leitura da cor das palavras do que foi escrito, sem deixar a cor anterior distraí-la. Discutiu-se como ela poderia usar essa mesma estratégia em situações como alternar da leitura para atender o telefone, ou ser interrompida por um colega enquanto trabalha.

Tarefas comportamentais

Nas últimas sessões, foi introduzida a ideia de tarefas comportamentais e discutiu-se como Lucy poderia tentar implementá-las entre as sessões. A ideia era vincular algumas das novas estratégias que ela aprendeu ao longo da terapia de remediação cognitiva a comportamentos cotidianos. Foi projetada uma tarefa em que ela tentaria completar o menu da semana usando a

caneta, em vez de fazer vários rascunhos a lápis (o que ela normalmente fazia). Uma estratégia de como ela implementaria isso foi discutida. Lucy disse que iria tentar olhar para os sete dias do menu primeiro como um todo antes de começar com os dias individuais, e iria tentar não voltar e continuar a corrigi-lo. Na próxima sessão, ela comentou que, embora fosse muito mais difícil do que ela esperava e que tinha exigido dela algumas tentativas, ela conseguiu de fato fazê-lo.

Lucy também tentou outras tarefas comportamentais, como a compra de um jornal diferente, lendo-o em um lugar diferente de onde ela costuma ler, embora ela o tenha feito com bastante facilidade, não achando essa tarefa particularmente desafiadora. No entanto, em sua carta, ela identificou potenciais tarefas comportamentais para o futuro que poderiam ser mais desafiadoras para ela (ver a carta de Lucy).

Cartas e reflexões

Na sessão 9, foi introduzida a ideia de cartas de fim de tratamento. O terapeuta pediu a Lucy para escrever suas percepções e experiências de terapia de remediação cognitiva, concentrando-se no que ela sentiu que tinha aprendido, e qualquer coisa que ela sentiu que poderia ser melhorada. O terapeuta escreveu uma carta respondendo a Lucy, em que resumia as sessões.

Na sessão final, cada um leu e discutiu as cartas. Lucy tinha começado seu trabalho psicológico adicional com um psicólogo clínico uma semana antes que as sessões de remediação cognitiva tivessem terminado, e tinha começado já a abordar algumas das questões que tinham emergido nas sessões. Por exemplo, ela já tinha começado a abordar suas tendências perfeccionistas e sua incapacidade de falar sobre sentimentos e emoções. Ela comentou que a terapia de remediação cognitiva foi uma maneira "gentil" de começar a pensar sobre as coisas, diferente de falar imediatamente sobre sentimentos, que é algo que ela teria achado particularmente difícil. Desta forma, ela pensou que a terapia de remediação cognitiva a conduziu muito bem à sua próxima fase da terapia. Sua carta de feedback ilustra isso (veja abaixo).

Carta do terapeuta à paciente

Querida Lucy,

Estamos agora quase terminando nossas 10 sessões de terapia de remediação cognitiva e eu quero dizer que tem sido ótimo conhecer e trabalhar com você e agradecer por seu trabalho árduo e compromisso ao

longo das últimas semanas. Como prometido, aqui está minha carta resumindo meus pensamentos sobre as sessões.

Desde o início você não teve nenhum problema real com nenhuma das tarefas, e eu fiquei genuinamente impressionado com sua capacidade muito boa de refletir sobre seus estilos de pensamento, tanto nas tarefas dentro das sessões como na vida real. Você sempre se saiu bem na tarefa em que descreveu uma forma para que eu desenhasse, e eu desenhei corretamente na maioria das ocasiões. Em uma das primeiras sessões tivemos uma discussão sobre como poderia ter sido mais difícil para que eu desenhasse a forma, se você tivesse descrito cada detalhe interior da forma. Você se lembra como você tentou fazer exatamente isso na próxima sessão para testar? Fiquei impressionado com isso, já que eu acho que isso mostra uma capacidade de refletir sobre diferentes estratégias e explorá-las. Eu recordo que você relacionou esta tarefa a orientar a alguém e informar direções; você disse que poderia ser mais difícil entender as instruções se você descrevesse cada edifício ao longo do caminho, e menos confuso se descrevesse um ou dois edifícios principais. Outro ponto forte seu foi ver ambas as imagens na tarefa das 'ilusões', e você disse que você é boa em ver ambos os lados de uma história; na verdade, você me disse que muitas vezes faz o papel de advogado do diabo em certas situações.

Você se saiu particularmente bem na tarefa da "ideia principal", onde você teve que resumir uma carta em dois ou três tópicos. Nós discutimos as estratégias que você usou para fazer esta tarefa e você disse que tentou delinear os temas principais, mais importantes, da carta, e ignorar as coisas irrelevantes. Você relacionou isso com ser capaz de extrair os fatos de um monte de informações. Você disse que esta é uma maneira de pensar que é semelhante à sua, e disse que você pode ser um tipo factual de pessoa que não se preocupa com detalhes irrelevantes; no entanto, você disse que isso poderia ter suas desvantagens também. Por exemplo, você me disse que isso pode às vezes parecer 'seco' em certas situações, como quando envia um e-mail. Você também relacionou isso a preferir falar sobre fatos a sentimentos, e você me disse que você acha que é especialmente difícil estar na ala onde as pessoas falam sobre seus sentimentos. Mais uma vez, Lucy, isso mostra que você foi capaz de refletir sobre o seu estilo de pensamento.

Você foi muito bem nas tarefas de "alternância". Você sugeriu alguns excelentes exemplos de como as estratégias usadas nessas tarefas podem ser semelhantes às situações da vida real. Por exemplo, você disse que usa esse estilo de pensamento ao alternar entre o formato/layout e o texto em documentos no trabalho. Nós também falamos sobre como essas estratégias podem ser úteis quando você está absorvido em alguma coisa e é interrompida, por exemplo, na leitura. Você disse que, embora você seja capaz de alternar nessas situações, você não gosta disso e acha algo bastante irritante. Sua estratégia para fazer a tarefa onde você tem que alternar entre dizer a cor da palavra ou o que foi escrito foi tomar a decisão de

alternar no final da linha e não voltar ou ser distraída pela tarefa anterior. Nós falamos sobre como essa mesma estratégia poderia ser usada ao alternar a atenção para alguém quando se é interrompido.

Eu me pergunto se isso às vezes torna as coisas um pouco mais fáceis para você, especialmente no trabalho.

Lucy, eu acho que tivemos algumas discussões interessantes, e eu me lembro que você mencionou que sentia que eu a tinha 'pressionado' um pouco mais em uma das sessões finais. Espero que não tenha sido nada demais. Eu recordo que você disse que não pensou inicialmente que era "rígida" em seu pensamento; no entanto, você pensou que talvez você fosse, porque estava fazendo as tarefas da mesma forma nas sessões. Quando procuramos fazer as tarefas de diferentes maneiras, nós chegamos a algumas discussões interessantes. Por exemplo, na tarefa da 'estimativa' cronometrada, você comentou que não estava tão rigorosa na maneira como você abordou a tarefa. Isso nos levou a falar de situações em que essas formas de pensar poderiam ser benéficas. Por exemplo, você me disse que você não costuma 'remoer' as coisas, a menos que você saiba que está errado, e nessas situações você acha difícil deixar passar. Você deu o exemplo de que, depois de ter um desacordo com alguém no trabalho, considera difícil deixar isso passar.

Em um exemplo semelhante, você falou sobre quando você completou o menu, e como você estava fazendo rascunhos a lápis primeiro antes de fazê-lo à caneta para que você não errasse. Nós conversamos sobre como você poderia tentar fazê-lo primeiro à caneta, e pensou na estratégia que você poderia usar para fazer isso: olhando para o menu como um todo primeiro antes de começar os detalhes de cada dia, e não ser tão "perfeccionista" em relação a isso. Esta é uma estratégia excelente que espero que você seja capaz de colocar em prática, não só para o menu, mas para outras situações também. Talvez, ao usar algumas dessas estratégias, você não se sinta como se você tivesse que se pressionar tanto se você não conseguir fazer as coisas direito.

Eu realmente gostei de nossas sessões, Lucy, e espero que você tenha aprendido algumas coisas sobre a maneira como você pensa a partir de algumas das estratégias que você usou nas sessões. Espero também que com isso eu a encoraje a praticá-los em outras áreas da sua vida – no trabalho ou em casa.

Desejo-lhe tudo de melhor para o seu futuro e para a sua recuperação.

Felicidades,

Natalie

Extratos do feedback de Lucy

A carta de Lucy cobriu muitos temas, incluindo (1) desenvolver a conscientização, (2) questões de perfeccionismo, (3) alternar entre estímulos, (4) incapacidade de identificar sentimentos, (5) tarefas comportamentais identificadas para o futuro, (6) usar a terapia de remediação cognitiva como uma introdução a outra terapia psicológica e (7) impressão geral. As citações de sua carta de feedback são mostradas abaixo para ilustrar estas questões.

Desenvolvendo a conscientização

... Ao longo das sessões eu me tornei cada vez mais consciente do meu pensamento e do porquê de ter feito essas escolhas particulares. [A terapeuta] me incentivou a desafiar a maneira como eu fiz as tarefas, reconhecendo que havia muitas abordagens diferentes e isso me levou a tentar estratégias diferentes para as tarefas.

... Nós começamos a usar os exercícios para identificar comportamentos, em vez de atividades, o que foi esclarecedor, já que eu comecei... achando que eu não era rígida em padrões de pensamento ou comportamento. Eu percebi que eu não tenho consciência de muitos desses padrões, como no exemplo de comer o pudim de arroz em uma borda da tigela; isso é algo de que eu não estava consciente, mas algo que eu fui muito capaz de mudar quando fui levada a prestar atenção nisso.

Perfeccionismo

... Retornar às tarefas desta maneira [verificando repetidamente] não pode ser sempre a coisa mais saudável a fazer, e em alguns casos pode ser melhor deixar a tarefa; ficar contente ao saber que ela foi concluída da melhor forma que pude dadas as circunstâncias, ao invés de ficar com a sensação de que não era bom o suficiente e então sentir a necessidade de voltar para melhorá-la.

Alternar a atenção

... Nós falamos muito sobre a minha capacidade de alternar entre duas tarefas... Exploramos isso ainda mais usando exemplos como a interrupção da leitura de um documento no trabalho por um colega. Normalmente, gostaria de ver isso como uma intrusão, no entanto, uma maneira mais positiva de ver isso seria vê-la como uma escolha ativa - estou prestando atenção nesta outra atividade, ao invés de vê-la como uma ação reativa ou

passiva de ser perturbado. Eu posso ver os benefícios de abordar situações desta forma, pois isso pode me permitir ser mais flexível e tratável em vez de ficar irritada com a suposta intromissão.

Abordando sentimentos/emoções

As tarefas que exigiram que eu escolhesse informações factuais e pontos-chave a serem comunicados ilustraram para mim que é assim que eu me conduzo na vida cotidiana, sempre tentando comunicar os fatos e não dando tempo, ou, em alguns casos, importância, para as coisas que cercavam aqueles fatos. Isto poderia me levar a ignorar prazeres ou sentimentos, tornando mais fácil para as pessoas interpretarem mal o meu jeito direto, considerando-o grosseria.

Tarefas comportamentais para o futuro

Uma observação que eu fiz foi que, ao construir a torre com as formas coloridas [tarefa da pilha de cartas], a escolha predominante que eu fiz foi nunca escolher o mesmo objeto que o anterior e isso me fez considerar que eu estava sendo inflexível. Isto poderia ser identificado na escolha de ter um café da manhã diferente todos os dias, ou ao não usar as mesmas roupas ou sapatos em dias consecutivos. Então, talvez estes sejam desafios que eu poderia identificar para o futuro.

Terapia de remediação cognitiva como uma introdução a outro tratamento

Minha experiência com a terapia de remediação cognitiva tem sido muito positiva e eu posso realmente ver os benefícios de usar essa abordagem como uma introdução a outros tipos de terapia. Eu nunca tinha feito qualquer tipo de terapia antes e eu tinha um monte de preconceitos sobre o que era a terapia e o que ela poderia me oferecer. Sentia muito medo ao pensar numa terapeuta me dizendo: ' Conte-me sobre sua infância e seu relacionamento com seus pais '; mas também tinha uma fé cega de que a terapia iria oferecer algum tipo de epifania, que todas as minhas perguntas seriam respondidas, que eu seria capaz de localizar pontos exatos no tempo e relacionamentos que me levaram a este ponto. Está ficando claro que nenhum desses pressupostos é verdadeiro e eles se baseiam na minha falta de compreensão da terapia.

Uma das razões pelas quais eu sinto que terapia de remediação cognitiva tem sido tão benéfica para mim é que eu cheguei agora a um estágio em que, depois de 10 sessões, eu consigo colher resultados em psicologia. Na minha

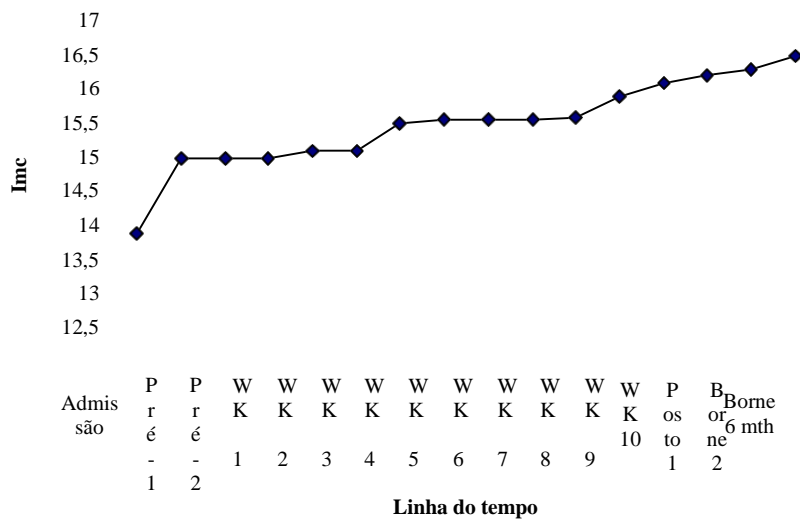
avaliação inicial de psicologia, pude falar racionalmente sobre o meu desejo de tornar as coisas tão boas quanto possível, talvez com tendências para realizar coisas demais e aspirar à perfeição – essa tendência foi identificada na terapia de remediação cognitiva através dos exercícios de tempo-limitado e de olhos fechados. Nós também identificamos a minha predisposição para me relacionar com as coisas racionalmente e praticamente de uma forma muito orientada à ação, talvez em detrimento do meu lado emocional - isso foi identificado no tratamento com o exercício em que me pediram para resumir uma carta em 3 ou 4 pontos-chave. Eu sinto que eu aceito muito mais essas ideias, porque elas já haviam sido trazidas à minha atenção através por outros meios, i.e. terapia de remediação cognitiva.

Eu sinto que foi uma verdadeira realização chegar a essa compreensão na minha avaliação psicológica inicial e eu acredito isso se deveu muito ao nível de entendimento e aceitação da terapia que eu tinha adquirido através desta experiência de remediação cognitiva. Sem a terapia de remediação cognitiva, eu teria levado muito mais tempo para aceitar essas tendências, mas agora eu me sinto confiante para explorar essas questões adicionais em psicologia.

Impressão geral

Eu realmente gostei da pesquisa [da remediação cognitiva] e eu aprovei a complexidade das tarefas. Às vezes senti que as tarefas eram um pouco repetitivas, mas percebo agora que foi isso que me permitiu fixar estratégias pontuais e fazer conexões entre as tarefas e exemplos do meu comportamento. Sinto que aprendi muito neste curto espaço de tempo e que ainda há muito mais a explorar. Estou desapontada por não podermos continuar a investigação, mas talvez esta introdução me permita ser mais consciente e mais capaz de desafiar minhas rotinas e meu comportamento.

O gráfico abaixo mostra o IMC de Lucy plotado no decorrer de 10 sessões semanais de remediação cognitiva. As duas semanas anteriores e pós-tratamento também são mostrados mais os 6 meses pós-tratamento. Como mostrado, o IMC de Lucy aumentou constantemente de 15,0 para 16,2 kg/m² durante as sessões de duas vezes por semana. Oito semanas após a terapia de remediação cognitiva, Lucy recebeu alta de um programa de internação de transtornos alimentares com IMC de 16,2 kg/m², e 6 meses após a terapia de remediação cognitiva seu IMC foi para 16,4 kg/m².



Avaliação Neuropsicológica

Antes e depois das 10 sessões de terapia de remediação cognitiva, foram realizados testes neuropsicológicos para avaliar a melhora da flexibilidade e da coerência central. Para uma descrição completa destas avaliações, consulte o Apêndice C. Na pontuação da coerência central da Figura Complexa de Rey a pontuação aumentou de 1,76 em T1 para 2,0 em T2. Na tarefa de Trilhas A e B, a pontuação não melhorou, já que levou mais tempo para juntar os pontos no tempo 2 - de 23,6 segundos em T1 para 29,2 em T2. Sobre a tarefa da alternância Brixton, a pontuação melhorou porque houve menos erros no tempo 2 – de 13 em T1 a 12 em T2. Na tarefa das ilusões Haptic, a pontuação melhorou porque a percepção da mudança do tamanho da bola melhorou em T2 – de 10 em T1 a 9 em T2. Finalmente, na tarefa Cat-Bat, a pontuação melhorou porque as omissões no texto foram preenchidas mais rapidamente no tempo 2 – de 25 segundos em T1 a 15 segundos em T2.

Nadine

História pessoal

Nadine, uma mulher de 35 anos, tem uma história de 16 anos de distúrbios alimentares. Ela começou a dieta Yo-Yo quando ela tinha 19 anos de idade e continuou até completar 25 anos de idade. Tinha 31 anos de idade quando foi diagnosticada com anorexia nervosa. Sua anorexia nervosa é do subtipo restritivo e ela sofre com depressão leve e transtorno obsessivo compulsivo.

Durante sua adolescência, a mãe e o pai de Nadine tinham ideias conflitantes sobre o que cada um achava certo para ela. Ela se sentiu confusa com sua identidade cultural (tendo pais de diferentes origens étnicas e religiosas). Nadine se sentiu puxada em direções diferentes e nunca muito satisfeita com sua mãe ou seu pai. Sua paixão na vida era dançar e atuar. Quando criança, ela dançava e fazia parte de muitas produções. No entanto, desde que ficou ela não dança mais, mas em vez disso faz fantasias para uma companhia de dança.

No início de sua anorexia nervosa, houve muitas mudanças na vida de Nadine.

A promoção no trabalho não era como ela tinha imaginado que fosse. Ela achou difícil fazer amigos na empresa em que ela trabalhava, como a equipe estava constantemente mudando. Em um nível pessoal, muitos dos amigos de Nadine estavam se casando, estabelecendo-se e tendo filhos e isso também estava levando a sentimentos de isolamento.

Foi a quarta internação de Nadine quando foi oferecida a ela a terapia de remediação cognitiva. Nos 5 anos anteriores ela tinha recebido terapia em família e terapia cognitivo-comportamental, enquanto paciente externa. O IMC de Nadine no início da terapia de remediação cognitiva era de 13,6 kg/m². Seu IMC no final do tratamento foi de 15,2 kg/m². Seu IMC nos 6 meses de acompanhamento passou para 18,20 kg/m².

Explorando estilos de pensamento nas duas primeiras sessões

As sessões ocorriam uma vez por semana e duraram 10 semanas. O objetivo das duas primeiras sessões foi permitir que Nadine tivesse uma noção do que a terapia de remediação cognitiva implicava; construir um relacionamento com o terapeuta; e começar a pensar sobre como os exercícios a fariam pensar sobre seu pensamento. O objetivo do terapeuta para as duas primeiras sessões foi explorar os pontos fortes e fracos de

Nadine em termos de estilo de pensamento e construir um plano básico de formulação para o resto das sessões. Portanto, o maior número possível de exercícios foi abordado nas duas primeiras sessões. No final de cada uma dessas sessões, o terapeuta fez a Nadine algumas perguntas exploratórias:

(1) *O que aprendeu com essas tarefas?* (2) *O que elas mostraram sobre o seu estilo de pensamento?* 3 *Como as tarefas se relacionam com a vida real?* Aqui estão algumas das respostas que Nadine deu a estas perguntas no final da primeira sessão.

"Há outras coisas a considerar... Você nem sempre vê a imagem inteira primeiro' (referindo-se à tarefa das ilusões).

'Pensamentos automáticos fazem você ver as coisas imediatamente... Elas [as tarefas] ajudam a ver que há lados diferentes das coisas.'

No final da sessão 2 as respostas de Nadine parecem estar relacionadas mais às suas

tendências perfeccionistas, visto que ela refletiu sobre as tarefas com comentários como, "que está me irritando não ter visto as duas faces na tarefa da ilusão."

' [Desenhei] mal as imagens complexas e a estimativa não é perfeita'; 'Eu gosto de fazer as coisas da forma mais precisa e perfeita possível - realmente me irrita não ter desenhado a imagem corretamente'; 'Eu gosto de simetria e precisão... Eu quero que tudo seja perfeito.'

Refletindo sobre as respostas de Nadine e observando-a realizar as tarefas, o terapeuta foi capaz de obter uma impressão de suas forças e fraquezas cognitivas. Estas incluíam o pensamento 'preto no branco'; perfeccionismo extremo na conclusão das tarefas; ser muito lenta na execução das tarefas; persistência em tarefas/ sem multitarefas e pensamento dependente de regras. O plano do terapeuta para as próximas oito sessões foi: (1) incentivar Nadine a pensar de forma flexível e explorar pontos de vista alternativos e (2) desafiar o perfeccionismo de Nadine ao não completar tarefas, fazer duas tarefas simultaneamente com menos atenção aos detalhes de cada uma, e abordar as tarefas de forma descontraída.

Desafiando estilos de pensamento

As sessões começaram com uma tarefa diferente e prosseguiram com uma ordem diferente para cada sessão – isso incentiva a flexibilidade. Nadine executou as tarefas de uma forma muito lenta. Foi sugerido que isso ocorria porque ela tinha medo de cometer um erro. O terapeuta queria que Nadine fosse capaz de desafiar esse tipo de pensamento, incentivando-a a cometer erros no ambiente terapêutico seguro. Portanto, nas tarefas de alternância, como a de *Stroop*, Nadine foi encorajada a ir mais rápido à custa de cometer erros e fazer alternâncias rápidas. Na tarefa de estimativa, o objetivo era

pensar em termos de estimativas e aproximações em vez de exatidão. Assim, bem como incentivar Nadine para fazer a tarefa mais rápido, o terapeuta incentivou Nadine a fazer a tarefa com os olhos fechados (também promovendo a atitude de se arriscar), a partir de diferentes pontos na página e usando sua mão não dominante. Fazer a tarefa desta forma foi um pouco desconfortável para Nadine, porque os efeitos no final não eram tão bons quanto ela teria gostado. Seus comentários associados a esses pensamentos foram 'fazendo as tarefas mais rápido eu me sinto menos no controle', 'eu tenho medo de cometer erros', e 'eu gosto de completar as coisas com exatidão'. Assim, Nadine foi capaz de trazer à tona seu pensamento quando confrontada com a necessidade de fazer algo que ela sentiu que era arriscado, sobre o qual ela não tinha controle, e que não levaria a um resultado perfeito. Seus padrões de pensamento nessas circunstâncias foram discutidos em associação com situações do dia a dia. Nadine achou esclarecedor refletir sobre seus comportamentos e pensamento em relação à perfeição e controle, uma vez que a conscientização sobre seu estilo de pensamento em muitas dessas situações era algo de que ela não tinha conhecimento, e ela achou útil considerar os prós e contras de ser menos que perfeito.

Relacionando estratégias à vida real

No final das sessões 7 – 9, Nadine foi encorajada a pensar em comportamentos e cenários na "vida real", onde as estratégias exploradas nas sessões poderiam ser testadas. Nadine decidiu que usaria um par de brincos diferente daquele que ela usava normalmente, algo que ela raramente mudou. Sua segunda mudança comportamental era relacionada com a posição de sua caneca no armário. Ela colocou sua caneca na mesma posição no armário da cozinha, sentindo-se ansiosa se ela era movida. No entanto, ao mover sua caneca para uma nova posição, ela descobriu que estava realmente em um lugar mais acessível. A terceira mudança consistiu em não alinhar perfeitamente seus chinelos no quarto. Ela conseguiu completar as mudanças de comportamento e ela e seu terapeuta discutiram outras mudanças que poderiam continuar a ser feitas depois de concluídas as 10 sessões. Elas incluíam não arrumar alguns quartos da casa nos fins de semana e deixar o parceiro fazer as compras.

Terminando a terapia

No final da sessão 9, foi introduzida a ideia de escrever cartas finais. O terapeuta pediu a Nadine para incluir suas reflexões sobre a terapia de remediação cognitiva e o que ela achava que tinha ganhado ao fazer as

sessões e as melhorias que ela achava que poderiam ser feitas no tratamento. Nadine gostou de fazê-lo. Na sessão final, as cartas foram trocadas e lidas em voz alta.

Carta do terapeuta ao paciente

Querida Nadine,

Nós agora nos encaminhamos para o fim da terapia de remediação cognitiva. Foi um prazer conhecê-la, Nadine, e passar a conhecê-la ao longo das semanas.

Sinto que ao longo das sessões você começou a desafiar a sua abordagem do pensamento, o que é tanto empoderamento como um passo muito positivo para você. Escrevi esta carta como uma forma de resumir as minhas observações das nossas sessões em conjunto.

Eu acho que conforme as sessões progrediam você começou a gostar do processo de reflexão sobre as tarefas, que você tem feito muito bem. Você achou muitas das tarefas fáceis de executar e, em particular, você fez a das ilusões, dos mapas e das palavras embutidas sem esforço.

Com a reflexão sobre as tarefas que você tem sido capaz de dar exemplos de como esses conceitos podem ser uma ponte para a sua vida cotidiana. O tema do pensamento instintivo/analítico tem retornado muitas vezes especialmente em resposta às tarefas que envolveram alternar entre dizer o que está escrito e como está escrito (por exemplo, a tarefa Stroop das cores). Essas tarefas levaram você a começar a identificar quando ocorre esse pensamento instintivo e analítico. Entre os exemplos que você deu, há cenários tais como ter que passar a roupa tarde na noite, não conseguir deixar as abas das cortinas fora da linha, uma mancha em seu tapete. Você foi capaz de verificar a partir destes exemplos que há um conflito em seu pensamento a respeito de muitas ocorrências em sua vida diária. Eu acho que esta é uma grande conquista para você, Nadine, porque a identificação de diferenças em seu estilo de pensamento significa que você pode desafiá-los e, portanto, ser flexível em sua resposta a situações como essas.

Eu acho que as tarefas das imagens complexas (descrevendo o todo de preferência ao detalhe) e as tarefas de estimativa permitiram que você explorasse os processos de pensamento por trás de sua necessidade de perfeição. Muitas questões surgiram a partir destas reflexões, ou seja, o seu medo de ser julgada negativamente. Elas também permitiram que você pensasse sobre como você vê as outras pessoas e sobre o fato de que você não tem padrões tão elevados para os outros. Isso levou você a raciocinar 'por que, então, as outras pessoas me julgariam criticamente' e nós

exploramos o fato de que os outros não vão julgá-la como você julga a si mesma.

Em algumas das sessões, pedi-lhe que deixasse a tarefa de estimativa incompleta.

Embora inicialmente você tenha ficado um pouco desconfortável com isso, você encontrou uma estratégia de pensamento para resolver isso e seguir em frente. Esta é uma excelente conquista, uma vez que demonstra que você é capaz de deixar algo em um estado inacabado - uma atitude que antes você encarava com insegurança.

Seja positiva em suas perspectivas e continue a usar as estratégias de pensamento que você descobriu nas sessões. Desejo-lhe tudo de bom para o seu futuro.

Felicidade
s, Helen.

Carta da paciente à terapeuta

Querida Helen,

Muito obrigada por me conceder a chance de participar das sessões de terapia.

Eu realmente achei a sessão mais útil do que eu imaginava. Aprendi muito sobre mim, descobrindo que tenho outras questões para abordar fora do meu transtorno alimentar, ou seja, rituais, regras e crenças. Eu pude entender que muitos deles estão ligados à anorexia e que resolver um sem o outro não vai melhorar as minhas chances de me recuperar sozinha, mas vai simplesmente mudar os problemas para outra área.

Eu ainda não cheguei à solução para superá-los, no entanto, eu tive um grande esclarecimento sobre as questões que eu preciso trabalhar.

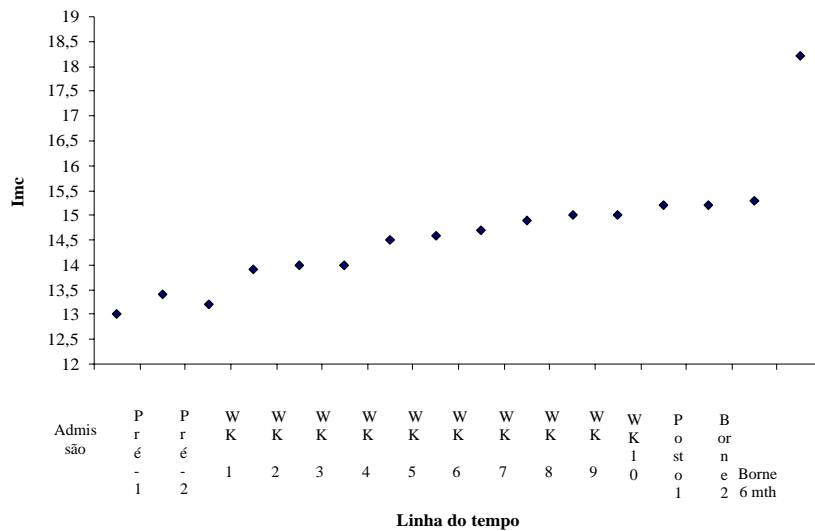
Os exercícios às vezes pareciam não ter relevância para a minha doença e meu futuro, porém, ter a oportunidade de discuti-los em mais detalhes me ajudou a entender a importância de experimentá-los, e que as mudanças são possíveis e poderiam levar a um efeito positivo na minha vida.

Penso que as sessões serão de grande utilidade para outros doentes que sofrem de distúrbios alimentares e para a pesquisa, e espero que sigam em frente por um futuro melhor.

Muito obrigada, Nadine

O gráfico abaixo mostra o IMC de Nadine no decorrer de 10 sessões de remediação cognitiva, plotado uma vez por semana. As duas semanas antes e depois da terapia também são mostradas, além dos 6 meses depois do tratamento. Como mostrado, o IMC de Nadine aumentou constantemente de 13,90 kg/m² no início das sessões de remediação cognitiva a um IMC de

15,20 kg/m² na última sessão. Em 6 meses após o tratamento de remediação cognitiva, o IMC de Nadine aumentou para 18,20 kg/m².



Avaliação Neuropsicológica

Na tarefa Rey não houve mudança no escore de coerência central. Na tarefa Trails a pontuação não melhorou porque demorou mais tempo para juntar os pontos no tempo 2 - de 25,7 segundos em T1 a 31,7 segundos em T2. Na tarefa de Brixton houve uma melhoria em T2, pois o número de erros diminuiu - de 11 em T1 para 9 em T2. Na tarefa Cat-Bat não houve mudança e o tempo permaneceu o mesmo. Finalmente, na tarefa de ilusões Haptic houve uma melhora, pois o número de erros de persistência diminuiu – 25 em T1 a 12 em T2.

História

Emma começou a terapia de remediação cognitiva com a idade de 21 anos, logo após a sua admissão em uma ala de internação especializada em distúrbios alimentares. A família de Emma começou a notar que sua perda de peso e padrões alimentares restritivos haviam se intensificado gradualmente nos dois anos anteriores à sua admissão, tornando-se mais perceptível após um feriado com os amigos. Foi diagnosticada com anorexia nervosa com 19 anos de idade, embora considere que sua anorexia tenha começado aos 15, sem nenhuma causa óbvia. No início das sessões de remediação cognitiva o IMC de Emma era de 12,1 kg/m².

Antes de sua admissão no hospital, ela tinha começado com sucesso a estudar música em nível universitário, que ela não conseguiu completar, e estava trabalhando para uma companhia de seguros, mas achou o trabalho estressante. Emma é uma mulher muito bem-sucedida com um QI elevado, apesar de se sentir um fracasso. Emma descreve-se como uma pessoa reservada e solitária; ela tem poucos amigos e uma tendência para se isolar, um comportamento que era óbvio no ambiente da ala. No momento de sua admissão, ela disse estar farta da vida, sofrendo com desânimo, perda de sono e baixa concentração. Estava sofrendo de ansiedade e depressão elevadas, como demonstrado por suas contagens na escala de Ansiedade e Depressão do hospital (ansiedade 21/21 e depressão 18/21).

Parecia que faltava a Emma a compreensão de sua anorexia e ela estava fazendo pouco progresso na internação. Ela estava tendo problemas para se envolver com outras intervenções psicológicas como parte do programa de internação, incluindo terapia de aprimoramento motivacional e terapia cognitivo-comportamental, expressando que ela achou muito difícil lidar com o conteúdo emocional.

Sessões

Emma ficava muito quieta durante as primeiras sessões, falando em voz baixa e raramente fazendo contato visual. Procurou-se incentivá-la por meio de tarefas que exigiam interação e verbalização (por exemplo, a tarefa de imagens complexas) com a terapeuta. Apesar de sua timidez, Emma tinha grande interesse nas sessões, apreciou as tarefas e tornou-se cada vez mais engajada e confiante nas sessões conforme elas progrediam. Ela participou de todas as 10 sessões de terapia de remediação cognitiva, em média duas

vezes por semana, durante um período de seis semanas, continuando a se engajar ativamente em um programa de terapia ocupacional da internação.

Os objetivos das sessões iniciais eram permitir que Emma se familiarizasse com as tarefas e fortalecesse a relação terapêutica, a fim de capacitá-la para explorar seus estilos e comportamentos de pensamento em um ambiente seguro. Nós cobrimos o maior número possível de tarefas, identificando pontos fortes e fracos, sem a reflexão mais detalhada que ocorre nas sessões posteriores.

Embora Emma tivesse algumas dificuldades para se concentrar durante as sessões, ela demonstrou no início ser cognitivamente muito capaz de executar bem uma gama de tarefas. Ela usou estratégias para descrever objetos globalmente, para empregar regras em uma variedade de "tarefas de alternância" e demonstrou alguma flexibilidade de pensamento. Ao longo das sessões, Emma continuou a desenvolver com sucesso essas estratégias de pensamento e tornou-se mais rápida e mais precisa em seu desempenho. Sua confiança em suas habilidades cognitivas rapidamente aumentou, e ela respondeu bem aos elogios e ao encorajamento.

Conforme as sessões progrediram Emma foi cada vez mais solicitada a refletir sobre os estilos de pensamento que ela estava adotando para completar as tarefas e relacionar esses estilos com a vida real. O objetivo desse incentivo era ajudar Emma a se conscientizar mais sobre seus estilos e comportamentos de pensamento. Uma vez que ela foi capaz de fazê-lo, tarefas de lição de casa comportamentais foram definidas de forma colaborativa para que ela pudesse "testar" algumas dessas reflexões em um contexto cotidiano.

Emma inicialmente parecia ter dificuldade para relacionar os exercícios com a vida cotidiana e disse não saber realmente o que era esperado dela, ou o que a terapeuta 'queria' que ela dissesse. Na sessão 4, ela estava desenvolvendo sua capacidade de expressar e discutir os estilos de pensamento usados para completar as tarefas; em particular, mais pensamento global em tarefas em que ela foi obrigada a se concentrar em no quadro geral em oposição ao detalhe das tarefas. Emma foi capaz de empregar este estilo de pensamento durante a tarefa da ideia principal e claramente relacionar isso com as tarefas que ela tinha usado em seu emprego anterior.

Emma gostou da tarefa das ilusões, reflexo de seu interesse por arte, e foi capaz de relacionar isso com áreas de sua vida em que ela era menos capaz de ver diferentes perspectivas ou "lados da história". Isso muitas vezes a deixou se sentindo irritada e frustrada e, por sua vez, mais retraída de situações sociais; um exemplo que ela deu foi de conversas com sua mãe, onde ambas pareciam ter dificuldades para compreender a perspectiva da outra. Emma sentiu que ela sempre foi muito boa em apoiar outras pessoas para ver as coisas de diferentes pontos de vista, mas sentiu que, quando se tratava de si mesma e, particularmente, seu transtorno alimentar, ela foi

incapaz de ver diferentes perspectivas. Em relação à sua anorexia, ela comentou que, "Eu dependo e confio completamente no que outras pessoas estão dizendo no momento, eu consigo sempre enxergar por mim mesma". A partir das reflexões nas sessões, ela foi capaz de desenvolver uma estratégia para ajudá-la a lidar com suas dificuldades para ver as coisas a partir das perspectivas dos outros. Emma disse que ela tinha achado útil repetir a palavra "perspectiva" para si mesma em situações em que ela ficava frustrada quando as pessoas eram incapazes de ver as coisas de seu ponto de vista.

Emma inicialmente também carecia de "clareza" [*insight*] e compreensão em alguns dos comportamentos mais rígidos e traços perfeccionistas que ela tinha adotado. Muito concretamente, ela os viu apenas como hábitos práticos e úteis. Ela foi encorajada pela terapeuta a explorar outros aspectos de seus comportamentos menos flexíveis que não eram tão úteis para ela. Com direção e apoio, Emma foi capaz de refletir sobre isso e depois começar a desafiar alguns desses comportamentos em exercícios para casa. Em particular, ela foi capaz de mudar a ordem em que ela lavava a roupa de manhã e testar a alternância de suas rotinas, sem ter relatado um aumento considerável da ansiedade.

Nas sessões 6 e 7 Emma também começou a desafiar seus comportamentos menos flexíveis em outras áreas de sua vida em etapas realizáveis; por exemplo, ouvindo música em uma ordem diferente durante a noite, ouvindo estações de rádio diferentes na parte da manhã, e usando maquiagens diferentes. Inicialmente, ela sentiu que todos esses comportamentos só existiam para servir a propósitos muito práticos, mas através da reflexão ela foi capaz de explorar e descobrir [*gain insight*] como os comportamentos podem ser mais uma parte fixa de sua vida diária. Como resultado, ela relatou perceber que ela não era tão flexível como ela acreditava inicialmente e que ela estava gostando de testar coisas novas.

A tendência de Emma para isolar-se na ala também foi explorada como parte de um comportamento mais inflexível, que consistia nela ficar sentada na mesma sala após as refeições longe dos outros. Ela sentiu que esse comportamento reforçou seus sentimentos de baixa autoestima e baixa confiança. Uma tarefa comportamental para casa, que envolvia a interação e sentar-se em áreas comuns em momentos em que ela geralmente se isolava, explorou esse aspecto. Inicialmente, o pensamento de desafiar este comportamento provocou ansiedade em Emma e ela estava frustrada com ela mesma porque isso que ela tinha considerado simples se mostrou tão desafiador. Com encorajamento, Emma aceitou esse desafio e foi capaz de interagir com os outros pacientes na enfermaria em um jogo de tabuleiro, em um momento em que ela geralmente se isolaria em uma sala separada. Nas últimas sessões, começamos a focar mais no que tínhamos abordado e como ela pode empregar isso no futuro.

Resultados

A mudança mais notável em Emma depois das 10 sessões de tratamento foi o crescimento de sua confiança e autoestima. A maior confiança demonstrada por Emma nas sessões sobre comunicação não se limitou ao ajuste da terapia, porque ela relatou se sentir mais confiante em outras situações sociais, tais como grupos de terapia ocupacional, comentando, "eu estou percebendo que eu não vou morrer se eu falar".

Emma também se tornou cada vez mais capaz de refletir sobre como ela estava pensando. Ela começou a desafiar seus estilos de pensamento existentes, e explorar novos sem o medo inicial que ela tinha de não dizer o que o terapeuta "queria". Ela foi capaz de vincular com sucesso esses estilos de pensamento com exemplos de sua vida e relacionar esses estilos de pensamento a pequenas tarefas comportamentais, como o uso de diferentes maquiagens e sentar-se em salas diferentes após os períodos de refeição. Esse processo também permitiu que Emma obtivesse uma visão [*insight*] ampliada de seus comportamentos rígidos. Foi encorajador ver que Emma se sentia capaz de refletir sem orientação entre as sessões, e de definir seus próprios desafios de forma flexível e espontânea conforme as situações surgiam. Isso ajudará na aplicação do que ela aprendeu nas sessões a situações de sua própria vida no futuro.

Carta de despedida da terapeuta à paciente

Querida Emma,

Nós chegamos agora ao fim de nossas 10 sessões de terapia de remediação cognitiva. Gostaria de repassar os progressos que você fez e aquilo de que tratamos. Gostaria também de agradecer o seu empenho e a sua abertura nas sessões, o que nos permitiu abranger muita coisa num período relativamente curto de tempo.

O objetivo do trabalho de remediação cognitiva foi explorar e refletir sobre estilos de pensamento, em especial a flexibilidade, vendo coisas de diferentes perspectivas, fazendo multitarefa e focando a visão global em detrimento de focar muito em detalhes.

Desde o início você foi capaz de executar muito bem nas tarefas, e usou os estilos de pensamento de forma eficaz. Ao longo do tempo você continuou a desenvolver e trabalhou estratégias para ajudá-la a completá-las mais fácil e rapidamente. Ao realizar as tarefas das ilusões, discutimos a importância de ser capaz de ver as perspectivas de outras pessoas sobre as coisas, em vez de apenas ver "um lado da história". Você me impressionou ao se mostrar capaz de extrair lições de nossas discussões sobre este tema para ajudá-la fora de nossas sessões. Você falou sobre como você acha que é mais difícil

aplicar isso a si mesma do que aos outros, e eu acredito que isso é algo em que você continuará a trabalhar no futuro. Você exibiu uma boa flexibilidade em seus estilos de pensamento através das tarefas de 'alternância' e 'manipulação' que fizemos.

Conversamos detalhadamente sobre comportamentos flexíveis e rígidos, e você inicialmente sentiu que sua vida não era restringida por rotinas diárias. Eu acho que através da terapia de remediação cognitiva você se tornou mais consciente, e muitas vezes se surpreendeu, das situações em que seus comportamentos podem ser menos flexíveis do que você pensava antes. Você foi capaz de fazer com sucesso algumas boas mudanças comportamentais ao ser mais flexível com a música que você ouve e a maquiagem que você usa. Também fiquei impressionada com sua abordagem criativa das relações entre as tarefas e a vida real, e uma variedade de situações diferentes. A princípio, creio que você achou mais difícil pensar em exemplos mais práticos ou concretos da vida real, e comportamentos que você poderia "testar" na vida real. Acredito que você achou isso difícil porque muitos dos estilos de pensamento e comportamentos de que falamos são mais desafiadores para você em situações que provocam ansiedade ou emocionalmente difíceis, em particular nas horas de refeição. Me impressionou muito que você já tenha começado a refletir sobre essas situações, e 'testado' ser mais flexível, apesar da natureza desafiadora dessas situações. Espero que no futuro você possa usar alguns dos estilos de pensamento e as coisas que discutimos, para enfrentar esses comportamentos em passos gerenciáveis.

Outra patente força sua é a sua capacidade de fazer as tarefas que exigiram que você fosse descritiva ou fornecesse instruções, como a leitura do mapa ou a descrição das formas para eu desenhar. Nós conversamos sobre como é útil se concentrar na estrutura mais ampla das formas como um todo e não se deter muito nos detalhes das imagens. Nós também discutimos como a maneira com que você descreve as coisas precisa ser adequada para a pessoa com quem você está falando - não assumindo que eles saibam o que você sabe ou vejam o que você vê.

Assim, eu acho que você foi capaz de se relacionar bem com a vida real, e em várias conversas com os outros.

Mais visivelmente, eu vi sua confiança e autoestima crescerem ao longo das sessões. Isto foi refletido na maneira como você se aproximou das tarefas. Como você disse, você sente que já foi capaz de usar um pouco dessa confiança aumentada em outras situações, como nas suas sessões de TO. Falamos sobre você achar menos agradáveis outras terapias, mais emocionais', e que pode ser possível usar sua experiência de remediação cognitiva e aumentar a confiança em outras terapias.

Você tem se mostrado capaz de assimilar o que discutimos na sessão e aplicá-lo a situações emergentes, ao invés de se planejar para elas, e de adotar "uma abordagem flexível para ser flexível!" Eu creio que isso permitirá

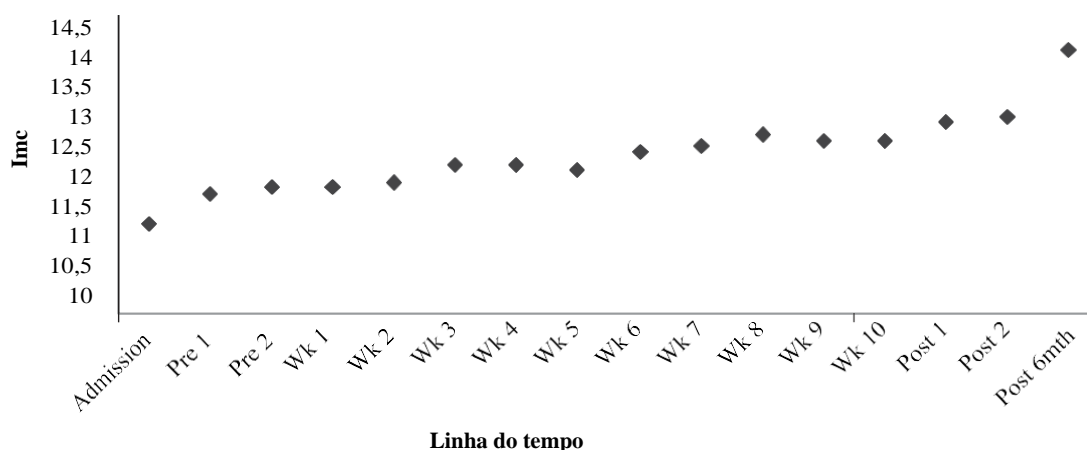
que você use sua experiência de terapia de remediação cognitiva com sucesso no futuro, ao abordar novas situações.

Espero que essas sessões tenham ajudado você a refletir sobre seus modos de pensar, e que com sua mente naturalmente criativa e inquisitiva você seja capaz de fazer uso deles no futuro.

Tudo de bom,
Abby.

O gráfico abaixo mostra o IMC de Emma plotado no decorrer de seis sessões de remediação cognitiva, duas vezes por semana. As duas semanas antes e após o tratamento também são mostradas, mais o valor em 6 meses após o tratamento. Houve duas semanas entre a admissão na internação e 'Pré 2 semanas'. Como mostrado, o IMC de Emma aumentou de forma constante de 12,10 kg/m² no início das sessões para um IMC de 12,90 kg/m² na última sessão. Seis meses após a terapia de remediação cognitiva, o IMC de Emma tinha aumentado para 14,40 kg/m².

15



Avaliação Neuropsicológica

Na tarefa de Rey, a pontuação de coerência central melhorou porque a pontuação de cópia global aumentou no tempo 2 de 1,59 em T1 para 1,91 em T2. Na tarefa de Trails, a pontuação melhorou, uma vez que os pontos se uniram mais rapidamente no tempo 2 – de 33,94 segundos em T1 para 19,24 em T2. Na tarefa de alternância de Brixton, a pontuação melhorou porque havia menos erros no tempo 2 - de 7 em T1 a 4 em T2. Na tarefa Cat-bat a pontuação melhorou porque as omissões no texto foram preenchidas mais rapidamente no tempo 2 - de 25 segundos em T1 a 13 segundos em T2. Finalmente, na tarefa das ilusões de Haptic não houve mudança.

História

Sarah é uma mulher de 18 anos de idade com um histórico de seis anos de anorexia nervosa, que foi admitida na unidade de internação com um índice de massa corporal de 13,5. Sarah começou a restringir sua ingestão de alimentos com a idade de 12 após a mudança para outro país com sua família e bullying sofrido subsequentemente na escola, que se centrou principalmente no fato de que ela era de uma cultura diferente, mas também nos requisitos alimentares relevantes para a cultura dela. Isso foi logo seguido por um comportamento purgativo como um meio de autopunição. Este comportamento tornou-se uma ocorrência diária e quando admitida na internação Sarah tinha provocado a purgação todos os dias nos últimos 4 anos. Sarah tinha previamente passado por duas internações hospitalares. Sarah foi admitida em uma unidade psiquiátrica de crianças e mais tarde em uma unidade psiquiátrica geral, mas não considerava o tratamento útil e perdeu uma quantidade significativa de peso depois que teve alta. Sarah foi encaminhada para este serviço devido à falta de serviços especializados de transtorno alimentar onde ela vivia.

Sarah era uma pessoa bem-sucedida estudando para quatro vestibulares durante a sua admissão na unidade. Isso estava causando um aumento significativo de sua ansiedade e estresse, porque ela estava particularmente preocupada com a obtenção das melhores notas em seus exames, apesar de estar no hospital. Devido a suas experiências de *bullying* na escola e a gravidade de seu transtorno alimentar, Sarah tinha sido socialmente isolada durante a maior parte de sua adolescência e dependia unicamente de sua família para companhia e apoio. No início de seu tratamento, Sarah exibiu vários comportamentos alimentares desordenados em períodos de refeição, como sujar-se de comida e esconder alimentos, e estava encontrando dificuldades para lidar com as demandas de realimentação e a rotina da internação. Sarah se apresentou na internação como sendo assertiva e sincera na comunicação de suas necessidades e expectativas para o tratamento. Ela estava interessada em iniciar o trabalho psicológico individual e ficou inicialmente decepcionada por ser atendida por um terapeuta de remediação cognitiva e não por um "psicólogo adequado". No entanto, ela aceitou começar as sessões de terapia de remediação cognitiva.

Apresentando a terapia de remediação cognitiva

A terapia de remediação cognitiva foi introduzida como uma intervenção baseada em evidências de pesquisa que mostram que todos nós temos estilos de pensamento particulares e é baseada na ideia de que, com a prática, podemos treinar nosso cérebro para melhorar certas habilidades e estratégias que podem nos ajudar. O terapeuta comparou-a com jogos de treinamento do cérebro com que Sarah estava familiarizada e relatou que ela tinha gostado. Isto pareceu melhorar seu nível de interesse em se engajar na terapia de remediação cognitiva. Destacou-se também que nesta intervenção psicológica preocupava-se em aprender mais sobre o estilo de pensamento de Sarah e a vida cotidiana e não foi projetada para abordar problemas de peso e forma.

Visão global vs. Exercício de detalhe e foco

Usando a tarefa de imagens complexas o terapeuta explorou com Sarah sua capacidade de pensar e se comunicar de forma substancial e holística. Sarah descreveu as imagens complexas começando com os elementos maiores e mais tarde adicionando os detalhes, o que foi uma estratégia bem-sucedida. Através da discussão, Sarah foi capaz de identificar que esta era a estratégia que ela tinha visado e estava satisfeita com o resultado.

A tarefa da ideia principal foi mais desafiadora para Sarah. A primeira vez que ela resumiu a carta escolhida, ela quase repetiu o original palavra por palavra. O terapeuta incentivou-a a resumir novamente, mas desta vez em tópicos. Sarah usou papel e lápis nesta tarefa e depois de várias repetições conseguiu condensar as informações nas mensagens principais mais importantes.

Outro desafio para Sarah foi descrever a imagem de uma cena de rua movimentada. O exercício envolveu tanto Sarah quanto o terapeuta escrevendo uma descrição do que podiam ver na foto. Sarah escreveu vários parágrafos descrevendo vários detalhes enquanto o terapeuta escreveu alguns tópicos delineando os principais componentes da cena. Sarah refletiu que essas tarefas tinham sido duras, já que ela não queria deixar nada de fora por medo de não ser totalmente compreendida ou de deixar de fora algo importante. Através da reflexão ela percebeu que, às vezes, incluir muitos detalhes pode confundir um ouvinte e também levá-lo a ser mal interpretado.

Visão Global versus Detalhe e Foco – Reflexões sobre a Vida Cotidiana

Quando perguntada se foi capaz de olhar para a visão global em outros lugares da vida ou se ela tendia a se preocupar com detalhes, Sarah disse que estava muito mais preocupada com detalhes em sua vida diária. Ela se descreveu como sendo muito "analítica", muitas vezes ficando sobrecarregada quando pensa em todas as dificuldades ou problemas de que ela gostaria de tratar. Sarah deu o exemplo de que se ela tivesse uma lista com cinco coisas para fazer e conseguisse fazer quatro delas, ela se concentraria naquela que não tinha conseguido fazer em vez das quatro que ela tinha feito, e, conseqüentemente, iria se sentir um fracasso. Isso foi importante em seus trabalhos escolares, porque ela se pressionava significativamente para completar cada pequeno pedaço de trabalho perfeitamente, o que tornou muito difícil priorizar e manter os objetivos maiores de seus estudos em mente. Isso muitas vezes causou muito stress e ansiedade em relação ao trabalho escolar e medo de ficar sem tempo.

Sarah também falou que lança mão de muitos detalhes quando se comunica. Sarah se deu conta de que esse era um problema para ela, já que achava difícil se envolver em "conversa fiada". Ela muitas vezes acha difícil seguir o ponto principal das conversas e está muito preocupada em fornecer informações suficientes e preencher quaisquer lacunas nas conversas. Ela se deu conta de que isso pode explicar por que ela achava difícil fazer amigos, já que as pessoas muitas vezes se perdem em conversas com ela.

Sarah muitas vezes falava sobre sentir falta de sua família enquanto ela estava na internação e de achar difícil de se convencer que eles ainda se preocupavam com ela. Sarah achava difícil entender que sua família pudesse tê-la em mente, mesmo quando eles não estavam com ela.

Sarah recebeu um feedback positivo por sua estratégia na tarefa das imagens complexas e sua capacidade de, eventualmente, condensar as letras na tarefa da ideia principal. Enfatizou-se como essas tarefas refletem que ela tem a habilidade de olhar para a visão global e que, com a prática, espera-se que ela seja capaz de fortalecer essa habilidade e usá-la mais na vida cotidiana.

Visão Global versus Detalhe e Foco - Prática

Desde a primeira sessão ficou claro que Sarah teve grande dificuldade para ver o contexto global na vida e para alternar sua atenção para longe das dificuldades que ela estava tendo para administrar seu tratamento na unidade, em particular os momentos de refeição. Ela estava preocupada com os aspectos negativos do tratamento e da recuperação e achou difícil focar em alguma coisa positiva. Para resolver isso começamos cada sessão com um

resumo de como as coisas tinham mudado ou melhorado desde o início da admissão em vez de focar na refeição que ela tinha acabado de comer ou o que tinha acontecido naquela manhã. Conforme as semanas se passavam Sarah tornou-se mais capaz de ver sua admissão como um todo e o período de tempo que ela estava se concentrando em reflexões tornou-se maior. Em sessões posteriores Sarah foi capaz de refletir que ela estava saindo mais do que quando ela chegou, tinha mais energia por ter melhorado a nutrição e que seu humor tinha melhorado.

As refeições foram um momento em que a preocupação com os detalhes do que ela estava comendo era mais problemático para Sarah e muitas vezes resultou em comportamentos próprios do transtorno alimentar na mesa de jantar. Sarah foi encorajada a pensar sobre seu futuro como uma forma de praticar o pensamento global e foi convidada a preencher cartões de memória com razões para se recuperar e as coisas que ela gostaria de alcançar na vida. Isto incluiu andar na praia, ter uma família e ter uma carreira. Sarah achou isso muito proveitoso durante as refeições e relatou que era uma boa distração para não pensar sobre a comida.

Flexibilidade – exercícios

Ao longo das 8 sessões Sarah completou várias tarefas que envolviam alternância e pensamento flexível. Sarah achou os exercícios de alternância de *Stroop* e das palavras embutidas particularmente difíceis. Ela tendia a ser lenta no início, mas aumentava seu ritmo durante a tarefa. Estas tarefas foram repetidas em várias sessões durante toda a intervenção e Sarah tornou-se muito mais confiante e confortável ao fazê-las.

É digno de nota que o inglês não é a primeira língua de Sarah. As tarefas de alternância, em particular, exigem que a pessoa faça julgamentos rápidos sobre palavras que podem ter sido mais difíceis para Sarah. No entanto, ela foi capaz de completar essas tarefas.

Através da reflexão, Sarah foi muito capaz de perceber que, para completar essas tarefas, seria preciso ser flexível e capaz de se adaptar rapidamente a novas informações. Sarah reconheceu que isso era algo que ela geralmente acha difícil e gostaria de praticar. Ela geralmente gostava das tarefas de alternância e as considerava um desafio instigante.

Flexibilidade - Reflexões sobre a vida cotidiana

Ao discutir o pensamento flexível em relação às tarefas Sarah reconheceu que ela podia ser muito rígida em suas rotinas diárias, mas foi inicialmente relutante em compartilhar mais detalhes nas sessões de terapia de remediação cognitiva.

Sarah expressou o desejo de ser mais despreocupada e espontânea como sua mãe e irmã, mas explicou que se sentia mais estruturada e regrada, como seu pai. Ela temia que, talvez, ela tivesse nascido com esses traços e não fosse capaz de mudar. Nós discutimos como o cérebro é "plástico" e pode ser "moldado" e adaptado com exercícios. Foi também salientado que o objetivo da terapêutica não era remover nenhuma característica que alguém possa ter, mas simplesmente reforçar as outras, de modo a incentivar um repertório mais vasto de habilidades.

Na sessão 4 Sarah se julgou capaz de descrever seus hábitos matinais para a terapeuta, que envolviam uma rotina rigorosa desde o momento em que se levantava. Em particular, Sarah completaria sua rotina matinal no banheiro na mesma ordem todos os dias e, em seguida, precisaria incluir certa quantidade de tempo para o exercício e para a oração. Sarah explicou que esta rotina a fazia sentir-se segura e capaz de enfrentar o dia. Ela também foi capaz de ver, no entanto, que era demorada e que havia momentos em que as coisas fora de seu controle interfeririam, por exemplo, outro paciente no banheiro no momento em que ela queria usá-lo. Sarah expressou um desejo de ser mais flexível e ser capaz de "seguir o fluxo". Ela foi capaz de ver que isso seria útil quando se está em situações desconhecidas e deu o exemplo de estar de férias com outra família.

Como mencionado, Sarah estava estudando para o vestibular durante sua admissão. Isso era algo com que ela estava lutando e achava muito difícil de corrigir, enquanto na internação. Queixou-se de ser interrompida ou distraída pela rotina da internação, por exemplo exames de sangue que estão sendo colhidos, observações físicas da equipe de enfermagem. Na reflexão Sarah pôde ver que essas distrações só duravam, alguns minutos, mas ela achou quase impossível alternar a sua atenção de volta para o seu trabalho escolar, uma vez que ela tinha sido distraída.

Foi discutido em sessão como Sarah tinha a capacidade de ser flexível, mas que talvez ela não tivesse confiança em suas habilidades. Suas habilidades linguísticas foram dadas como um exemplo, já que Sarah falava três línguas. Sarah foi encorajada a falar sobre como inicialmente era difícil falar com diferentes membros de sua família em diferentes línguas, mas foi lembrada de como ela agora gerencia isso perfeitamente. Isso mostra grande flexibilidade de pensamento. Sarah achou difícil aceitar essa força em si mesma.

Flexibilidade – prática

Durante as sessões Sarah achava difícil alternar sua atenção para outra coisa além de falar sobre as refeições e sentiu que o tudo em seu dia era focado nas refeições. As tarefas foram usadas como base para discussões sobre Sarah ser capaz de alternar a atenção para além de certas coisas que estavam fora de seu controle (como as refeições) e se concentrar nas coisas que ela podia controlar. Destacou-se que, se Sarah preenchesse o tempo entre os horários de refeição com outras atividades, então seria mais fácil alternar sua atenção para outra coisa além dos horários de refeição. Na sessão Sarah escreveu uma lista de atividades de que ela iria desfrutar e que ela poderia escolher fazer.

Após as discussões sobre os rituais da manhã de Sarah, ela foi questionada se havia algo pequeno que ela sentiu que poderia mudar para que praticasse a flexibilidade. Sarah optou por escovar os dentes depois de seu banho, em vez de antes. Na próxima sessão, Sarah praticou isso três vezes. Ela refletiu que o primeiro tinha sido difícil, mas depois que ficou mais fácil ela mostrou interesse em escolher outra coisa em sua rotina para desafiar. Sarah escolheu na sessão desafiar sua rotina de exercícios antes do almoço, que incluía saltos estrela em seu quarto. Para resolver isso, Sarah iria se certificar de que estaria nas áreas comuns antes do almoço para praticar a alternância de sua atenção para além da necessidade de se exercitar.

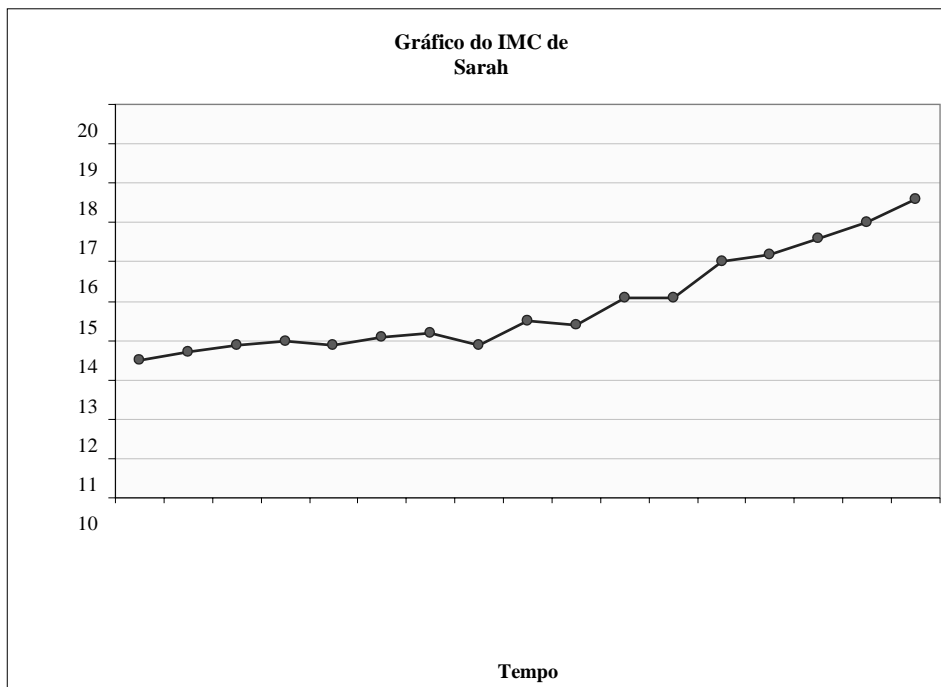
Foi observado pela terapeuta que Sarah sempre usava seu cabelo da mesma maneira todos os dias (uma trança sobre o ombro direito). Ela foi perguntada se poderia fazer outro tipo de penteado, o que ela disse que ia achar muito difícil. A terapeuta prometeu que viria com o cabelo diferente para a próxima sessão para mostrar colaboração. Sarah foi incapaz de mudar seu penteado inicialmente, no entanto, e foi apenas na 7ª sessão que ela foi capaz de revelar que era porque ela escondia comida nele. Sarah sentiu uma sensação de alívio ao revelar isso e com por sua própria iniciativa começou a pentear seu cabelo em muitos estilos diferentes. O terapeuta deu muitos feedbacks positivos em relação a isso e observou-se que Sarah foi muito elogiada por outros pacientes e funcionários.

Na sessão final, Sarah começou a se desafiar a não vomitar. Sarah revelou que ela não tinha passado um dia sequer sem vomitar pelos últimos quatro anos. Ela sentiu que tinha reunido a confiança e motivação para começar a desafiar isso e na sessão final relatou que ela não tinha vomitado por uma semana. Sarah continuou a desafiar este comportamento durante todo o restante de sua admissão. Esta foi uma conquista notável para ela e, embora não fosse algo que tenha sido abordado diretamente nas sessões de terapia de remediação cognitiva, a abordagem motivacional e o incentivo de desafios comportamentais podem ter contribuído para a capacidade de Sarah para começar a abordar esse impedimento.

Comentários de Sarah sobre a terapia de remediação cognitiva:

"Eu achei a terapia de remediação cognitiva muito útil. Abriu novas portas ao meu modo de pensar. Eu nunca soube que eu era capaz de alterar minha mente e me tornar a pessoa que eu queria ser. Antes, eu pensava que era apenas a forma como a minha mente funcionava e nem sequer me dava ao trabalho de desafiá-la. Mas agora eu percebi que tenho as chaves para abrir minha mente para mudanças positivas. "

O gráfico abaixo mostra o IMC de Sarah plotado no decorrer de seis sessões de remediação cognitiva, duas vezes por semana. As duas semanas antes e após o tratamento também são mostradas, além do valor em 6 semanas após o tratamento.



Avaliação Neuropsicológica

Na tarefa de Rey o índice de coerência central de Sarah aumentou de 0,96 da terapia de remediação cognitiva a 1,14 após a TRC, sugerindo que a maneira como ela processou a imagem tinha se tornado mais global.

A tarefa de Brixton conta o número de erros que o respondente comete. Sarah cometeu 12 erros antes da terapia de remediação cognitiva, colocando sua pontuação dentro da gama 'média alta'. Após a terapia de remediação cognitiva, ela só cometeu 4 erros, movendo sua pontuação para a gama 'muito superior'.

Jo

História pessoal

Jo, uma mulher de 26 anos de idade, teve um histórico de 1 ano de anorexia nervosa (do subtipo “purgativo”). Ela relatou que tinha começado a dieta quando tinha 25 anos e a partir deste ponto começou a perder quantidades significativas de peso.

Quando Jo começou a escola secundária, ela sofreu bullying, o que impactou sua autoestima. Além disso, depositavam muitas expectativas nela na escola, e ela, por sua vez, depositava-as em si mesma. Aos 12 anos de idade, começou a se automutilar e foi encaminhada para os serviços de saúde mental da criança e do adolescente (CAMHS), com 15 anos. Jo estava experimentando desânimo, ansiedade e transtorno de pânico e praticava automutilação regularmente. Ela recebeu terapia individual por mais de um ano, o que ela considerou de grande ajuda.

Durante o aparecimento de seu transtorno alimentar, Jo estava experimentando baixa autoestima. Originalmente, sua razão para fazer dieta era ter um corpo mais magro, mas logo sua vida se tornou muito pré-ocupada com dieta e exercício. A perda de peso subsequente deu-lhe um senso de realização e controle em sua vida e Jo criou regras rígidas sobre alimentação e exercício, como ‘Eu tenho que ser a melhor e eu preciso ser perfeita’ e tinha tendências obsessivas em relação a essas regras. Jo relatou que seu transtorno alimentar se tornou uma boa distração, visto que ela não tem que enfrentar sentimentos difíceis ou responsabilidades e que isso fornecia a sensação de autocontrole e de ser boa em alguma coisa.

Jo não teve contato prévio com os serviços de transtorno alimentar e esta foi sua primeira admissão no hospital. Antes de sua admissão ao hospital, Jo tinha completado um grau universitário em literatura inglesa e estava trabalhando a tempo inteiro. Tinha trabalhado previamente como um assistente comunitária de prevenção às drogas e depois como professora.

A mudança que ela desejava era ter uma perspectiva mais relaxada em relação à vida, ser menos rígida e desenvolver um pensamento mais equilibrado no que diz respeito ao alimento e ao exercício.

Foi durante esta primeira admissão na internação para um transtorno alimentar que foi oferecida a Jo a terapia de remediação cognitiva. Seu IMC no início da terapia de remediação cognitiva era de 15,4 e no final da intervenção de 17,4.

Uma introdução à terapia de remediação cognitiva: explorando estilos e estratégias de pensamento

As 8 sessões de remediação cognitiva aconteciam duas vezes por semana e duravam de 30 a 45 minutos. As duas primeiras sessões foram dedicadas a introduzir Jo ao conceito de terapia de remediação cognitiva e a pensar sobre como os exercícios poderiam ser usados para refletir sobre estilos e estratégias de pensamento.

Depois de cada tarefa, Jo era encorajada a pensar sobre o que ela tinha achado da tarefa, como ela a tinha completado e quais as estratégias que ela usara. Os prós e contras da estratégia foram então discutidos, bem como algumas estratégias alternativas que ela poderia ter usado. Jo foi então encorajada a refletir sobre o uso dessas estratégias em sua vida cotidiana. Essas reflexões permitiram que Jo pensasse em seu estilo de pensamento e como ela poderia incorporar estratégias alternativas, bem como mais flexibilidade em seu cotidiano.

No final de cada sessão, Jo e a terapeuta revisavam o que tinha sido abordado na sessão, ou seja, o que Jo julgava ter aprendido sobre seus estilos de pensamento e como eles se relacionavam com sua vida cotidiana, e, em seguida, pensava em desafios comportamentais que ela poderia tentar antes da próxima sessão.

Desafiando estilos de pensamento

A primeira tarefa usada para explorar o conceito da visão global foi a tarefa das "formas complexas". Jo realizou a tarefa de maneira muito detalhada (por exemplo, as instruções que ela deu à terapeuta sobre a figura incluía informações sobre centímetros e graus de ângulos). Ela também hesitou bastante e muitas vezes reformulou instruções para garantir que elas fossem tão abrangentes quanto possível. Jo e a terapeuta refletiram sobre como, embora a figura tenha sido reproduzida com bastante precisão pela terapeuta, tais instruções detalhadas poderiam ser opressivas. Isso levou a pensar sobre a vida cotidiana de Jo e como, no trabalho, ela muitas vezes tinha que transmitir um monte de informações detalhadas em e-mails para os colegas: foi discutido que, embora focar em detalhes seja útil em algumas situações, também pode ser confuso ou opressivo, portanto, poderia ser produtivo

pensar sobre o contexto ou a situação em que as informações deveriam ser reformuladas.

Isso foi explorado ainda na tarefa da "ideia principal", em que Jo condensou grandes quantidades de informação em tópicos, resumiu o texto e lhe deu um título curto. Jo refletiu que evitar ficar preso aos detalhes era adequado à transmissão de informações detalhadas.

A fim de explorar a alternância, a terapeuta optou por focar primeiro na tarefa das ilusões. Jo conseguiu ver as duas imagens e diferentes aspectos da imagem rapidamente, e foi capaz de alternar entre eles. Jo explicou, de fato, que ela gosta de multitarefas e que ela faz muito isso no trabalho. Esse conceito de alternância foi usado para explorar como Jo poderia usar essa força para mudar de uma perspectiva para outra quando, por exemplo, discordar de alguém sobre algo.

Nas imagens mais complexas na tarefa das ilusões, embora Jo tenha sido capaz de ver ambas as imagens, ela achou mais complicado se concentrar em apenas uma imagem, uma vez que ela prestaria atenção nos detalhes da outra imagem. Jo e a terapeuta exploraram como os detalhes podem, de fato, distrair e que é importante ver o contexto global para evitar ficar preso a um detalhe à custa do resto. Isso foi explorado adicionalmente em outras tarefas de alternância e Jo relatou que conseguia entender como ter em mente a visão global poderia ajudá-la quando ela está ansiosa e se prende a um detalhe particular.

Finalmente, a tarefa de *Stroop* foi usada para explorar ainda mais a flexibilidade, e Jo refletiu que durante sua admissão à unidade de internação ela teve que mudar completamente seu estilo de vida e ser flexível, e que ela estava satisfeita por ter sido capaz de fazer isso. Além disso, isso se relacionava com a necessidade que Jo tinha de fazer as coisas perfeitamente, e ela podia ver como este não era um estilo de pensamento que a ajudava, pois ser flexível permitiu que ela tivesse mais liberdade.

A tarefa de "estimativa" foi usada durante as sessões para desafiar a necessidade de perfeição de Jo, e embora no início ela tenha encontrado dificuldades para completar a tarefa rapidamente e para estimar de modo aproximado o meio das linhas, no final ela foi capaz de completá-la rapidamente e sem se preocupar excessivamente com a exatidão. Jo relatou que sua necessidade de perfeição estava presente em muitos aspectos de sua vida, e que, por exemplo, ela não permitia erros em seus desenhos e esboços e além disso comia em uma ordem particular.

Ao longo da terapia de remediação cognitiva, Jo explorou essa necessidade de perfeição e refletiu que ela poderia se permitir ser mais espontânea e mais flexível no geral.

Tarefas comportamentais

Ao longo das sessões, Jo e a terapeuta pensaram em tarefas comportamentais que Jo poderia fazer entre as sessões para testar estratégias alternativas para lidar com situações de vida cotidiana, e os desafios que ela poderia se propor para mudar uma rotina específica ou hábito.

Em primeiro lugar, Jo tentou ganhar flexibilidade na sala de jantar e desafiou seus comportamentos habituais. Ela também tentou relaxar mais após as refeições e tentou ser mais aberta nos grupos da internação. Outros desafios que foram discutidos nas sessões foram se permitir errar em seus esboços e desenhos, e também aceitar coisas como lascas e imperfeições em seu esmalte que ela normalmente não aceitaria.

Desde o início, Jo estava ansiosa para experimentar esses desafios comportamentais e não só com tentou com sucesso os discutidos nas sessões, mas também surgiu com outros que ela, em seguida, discutiu na sessão seguinte com a terapeuta.

Terminando a terapia

No final da sessão 8, a ideia de cartas de término foi introduzida. Jo foi convidada a refletir sobre o trabalho que ela tinha terminado como parte da terapia de remediação cognitiva e o que ela pensava ter ganhado ao longo da intervenção. A terapeuta escreveu uma carta a Jo, resumindo o trabalho realizado durante as sessões e uma sessão final foi marcada, que foi quando o terapeuta e Jo se reuniram para ler suas cartas em voz alta e depois trocá-las. Foi uma oportunidade para refletir juntos sobre a intervenção como um todo, o que Jo sentiu que tinha conseguido e o que ela poderia fazer no Futuro.

Ao longo da terapia de remediação cognitiva, Jo foi motivada a participar dessa intervenção. Apresentou-se como perspicaz em relação a suas dificuldades e ao impacto negativo que o transtorno alimentar estava tendo em sua vida. Jo foi reflexiva durante as sessões e foi motivado a fazer mudanças comportamentais e pensar em novos desafios comportamentais.

Carta da terapeuta à Jo

Querida Jo,

Nós já terminamos nossas oito sessões de terapia de remediação cognitiva e eu quero dizer que foi um prazer conhecer e trabalhar com você. Muito obrigada pelo seu trabalho árduo e compromisso ao longo das últimas semanas. Como expliquei, aqui está a minha carta para você, resumindo meus pensamentos sobre o trabalho que fizemos juntas.

O objetivo do nosso trabalho em conjunto foi explorar e refletir sobre os estilos de pensamento, em especial a flexibilidade, vendo as coisas de diferentes perspectivas, praticando multitarefa e focando a visão global em vez de focar muito em detalhes. Eu percebi que ao longo das sessões você começou a desafiar a si mesma e sua abordagem do pensamento, o que é um passo positivo.

Desde o início, você não teve nenhum problema real com qualquer uma das tarefas e me impressionou como você foi capaz de refletir sobre seus estilos de pensamento, tanto nas tarefas dentro das sessões como na vida cotidiana.

Quando trabalhamos na tarefa das "formas complexas", discutimos como era mais difícil para eu desenhar a forma quando você descreveu mais detalhes. Além disso, como eu desenhei a forma corretamente na maioria das ocasiões, com ou sem instruções excessivamente detalhadas, refletimos sobre como uma abordagem de visão global foi proveitosa e como os detalhes não foram, talvez, tão necessários neste contexto.

Ao longo das sessões, você achou fácil praticar multitarefas, pois, como explicou, você regularmente as executa no trabalho e condensa grandes quantidades de informação. Você deu o exemplo de ter que mandar um e-mail a um colega com as partes mais importantes de informação que você recolheu de uma entrevista longa e detalhada com um cliente.

Você também foi particularmente bem na tarefa da "ideia principal", em que você tinha que resumir uma carta em três tópicos. Discutimos as estratégias que você usou para fazer essa tarefa e você disse que tentou extrair os temas principais, mais importantes da carta, e ignorar os detalhes irrelevantes. Você

deu sugestões de como você melhoraria o texto para torná-lo mais claro e melhorar a estrutura geral.

Além disso, um ponto forte seu foi conseguir ver ambas as imagens nas tarefas de ilusões, e você disse que você é boa em ver os dois lados de uma história e ver a perspectiva de outra pessoa em uma discussão, por exemplo.

Nós também fizemos exercícios cognitivos de 'alternância', que você considerou menos agradáveis, já que eles podem ser complicados e confusos. No entanto, você foi capaz de refletir sobre o seu estilo de pensamento e deu um grande exemplo de ter que ser flexível e de alternar: desde que você foi admitida na internação, você teve que mudar todo o seu estilo de vida e rotinas normais, como o trabalho.

Ao longo das sessões, discutimos também a necessidade de que as coisas sejam muito precisas, "certinhas", e seu esforço para alcanças a perfeição, por exemplo, quando faz esboços e desenha. A tarefa da 'estimativa' foi útil porque nos permitiu explorar a sua necessidade de que as coisas sejam feitas da forma mais precisa possível. No início, foi difícil para você fazer este exercício rapidamente e estimar aproximadamente o meio das linhas; no entanto, nas nossas últimas sessões, você conseguia fazê-lo rapidamente, e não estava excessivamente preocupada se alguns deles não estavam tão precisos quanto poderiam ter sido. Você foi capaz de realizar com sucesso algumas boas mudanças comportamentais ao ser mais flexível com o esmalte: você foi capaz de aceitar que ele descascou e não teve que refazer tudo como você normalmente teria feito.

No geral, tentar não ser muito dura consigo mesma sobre as coisas é uma excelente estratégia e uma que eu espero que você seja capaz de colocar em prática, não só nesses casos, mas também em outras áreas da vida.

Em resumo, acho que a tarefa das formas complexas e as tarefas de estimativa permitiram que você explorasse os processos de pensamento por trás de sua necessidade de perfeição e exploramos o fato de que as coisas nem sempre precisam ser perfeitas e muito detalhadas para serem precisas.

Você também começou a refletir sobre situações emocionalmente difíceis e "testou" ser mais flexível, apesar da natureza desafiadora dessas situações, e espero que no futuro você seja capaz de usar alguns dos estilos de pensamento e as coisas que discutimos, para abordar estes comportamentos em etapas administráveis.

Eu realmente gostei de nossas sessões juntas e espero que você se dê conta de que você aprendeu algumas coisas sobre a maneira como você pensa, a partir de algumas das estratégias que você usou nas sessões. Espero também poder encorajá-la a praticá-las em outras áreas da sua vida – no trabalho ou em casa.

Desejo-lhe tudo de melhor para o seu futuro e para a sua recuperação.

Felicidade

s, Naima

Carta da paciente à terapeuta - Extratos

"... Gostaria de te agradecer por todo o seu trabalho e por ter gasto seu tempo nas últimas semanas para realizar o programa de terapia de remediação cognitiva comigo. Eu apreciei as sessões e as achei muito úteis; espero poder aplicar o que aprendi na minha vida. "

"No início, eu achei difícil entender como os exercícios poderiam ter uma aplicação prática. No entanto, você sempre foi muito solícita e me mostrava como aplicar as ideias em situações da vida real, e me ajudou com exemplos quando eu precisava. Achei muito importante você me pedir para pensar em cenários reais nos quais eu poderia aplicar as diferentes ideias, porque isso me ajudou a estabelecer uma relação entre os exercícios no papel e fazer mudanças reais. "

Visão global:

".... Eu achei o conceito de olhar para o contexto global na vida [...] uma estratégia útil para me ajudar a gerir as minhas ansiedades em relação à alimentação. [...] Eu tentei me lembrar que, no conteúdo da minha vida como um todo, o peso é apenas uma parte de quem eu sou e não deve ser a coisa mais importante. [...] Eu também o usei quando eu fiquei preocupada com o meu ganho de peso e fui tomada por ansiedades relativas ao fato de estar ficando mais gorda - eu tentei me lembrar que no conteúdo da minha vida como um todo, o peso é apenas uma parte de quem eu sou e não deve ser a coisa mais importante. [...] Também me ajudou a começar a pensar sobre a visão global da minha recuperação e a ver que comer e ganhar peso é apenas uma das formas de garantir que eu fique bem e feliz - olhando para o

contexto global, sobretudo, eu posso ver agora que eu preciso tratar de um monte de questões e fazer muitas mudanças. Eu posso ver agora que eu fiquei presa no detalhe da dieta como uma distração para não enfrentar as maiores realidades e responsabilidades em vida ".

Tarefa de estimativa:

"... Eu também tirei a ideia de relaxar e ser flexível no meu pensamento e abordagem da vida a partir de tarefas como a tarefa de estimativa. Isso me ensinou que eu deveria relaxar mais e ser menos perfeccionista e regrada e regida por 'deveres', porque fazer isso tem muito pouco impacto negativo. Eu apliquei isso a coisas como a minha atitude em relação às calorias, tentando ser menos rígida, porque se estou com algumas calorias a mais ou a menos em relação ao meu plano de refeição não deveria ser tão importante, e além do que eu não deveria me sentir culpado e temer consequências negativas se eu não seguir exatamente o que eu acredito serem as escolhas alimentares 'perfeitas'. [...] Embora eu defina altos padrões para mim e me esforce para ser perfeita, eu comecei a tentar e considerar que eu posso me dar ao luxo de relaxar um pouco mais comigo mesma, mesmo porque, na realidade, as diferenças que são exteriormente perceptíveis para outras pessoas são provavelmente muito pequenas, mesmo quando me sinto muito mal por não manter os altos padrões que defini para mim.

Tarefa das ilusões:

"... Eu também percebi a importância de ser mais flexível e relaxar mais em relação ao meu pensamento sobre tarefas como os exercícios de mudança de imagem. Eles me ensinaram a tentar ver as perspectivas de outras pessoas sobre as coisas, e me lembrou de considerar as opções e ideias dos outros, mesmo quando eu tenho dificuldade de vê-las sozinha. "

"Eu também pensei, com a ajuda das tarefas, que talvez haja mais de uma maneira de ver a mim mesma, e que talvez eu possa ser vista como não tão ruim assim, e também que outras pessoas podem estar me vendo e me julgando por coisas diferentes do meu peso ou número da roupa."

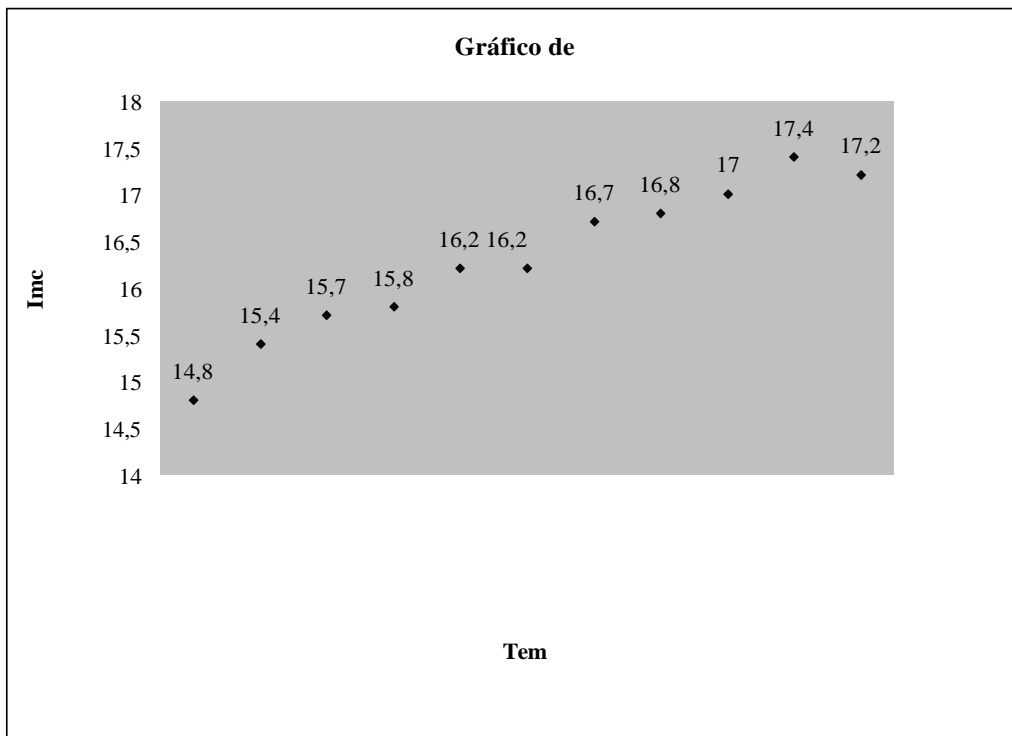
"... Eu tentei usar o que eu aprendi para ser mais flexível na maneira como eu gasto meu tempo livre. Em vez de fazer coisas como exercícios porque eu sinto que eu devo, e ser pega pensando em detalhes como quantas calorias eu deveria estar queimando, ou o trabalho que eu tenho que fazer, eu tentei me permitir "desfrutar mais do momento" e ter tempo para relaxar e não me sentir como se eu tivesse que estar sendo produtiva.

"Obrigado por todo o seu tempo, apoio e ajuda, eu realmente aprecio isso e acho que me beneficie por ter começado a ganhar uma nova perspectiva e abordagem, que eu espero que me permitam relaxar mais e ser mais flexível, tanto com o meu peso, minha alimentação quanto na minha vida em geral."

Cumprimentos, Jo

O gráfico abaixo mostra o IMC de Jo traçado no decorrer de oito sessões de terapia de remediação cognitiva, duas vezes por semana. Seus IMCs nas duas semanas antes e depois da terapia também são mostrados.

Como mostrado, o IMC de Jo aumentou constantemente de 15,4 no início da terapia de remediação cognitiva para 17,4 na última sessão.



sessão sessão sessão sessão sessão sessão sessão sessão
2 semanas 1 2 3 4 5 6 de 7 8 sessão final 2 semanas
antes após

Avaliação Neuropsicológica

Na tarefa de Rey o índice de coerência central de Jo diminuiu de 1,85 antes do tratamento para 1,49 após a terapia de remediação cognitiva. A tarefa de Brixton conta o número de erros que o respondente cometeu. Jo cometeu 7 erros antes do tratamento e apenas 5 erros após a terapia de remediação cognitiva.

CAPÍTULO

5

Terapia de remediação cognitiva para anorexia em formato Grupal

Contexto

Há uma demanda crescente por internações hospitalares mais curtas para pacientes com anorexia nervosa (Vizhi, 2003), e um movimento para um tratamento mais intensivo em outras configurações menos dispendiosas, como hospitais-dia está se desenvolvendo (Zipfel, 2002). Além disso, há um aumento da pressão sobre os serviços de saúde para fornecer tratamentos curtos e eficazes para AN.

Uma maneira de abordar essa demanda é fornecer terapias em grupo. Isso pode fornecer benefícios específicos para pacientes com AN e pode ser rentável para o serviço. Pacientes com AN tendem a ser socialmente isolados, têm alta ansiedade em situações sociais (Tropa et al., 2003.) e sofrem baixa de autoestima (por exemplo, Cooper e Turner, 2000). Incentivar o engajamento em terapias de grupo pode proporcionar um espaço seguro para os pacientes explorarem tópicos com outras pessoas que possam compartilhar suas dificuldades, promovendo assim a interação social e melhorando a autoconfiança. Uma intervenção do grupo baseada na terapia de remediação cognitiva da pode ser particularmente útil em incluir pacientes em terapias do grupo porque os tópicos cobertos não são provocadores de ansiedade como nos grupos que focalizam sintomas e comportamentos de transtornos alimentares, ou preocupações com a imagem do corpo, portanto, e assim podem ser mais toleráveis para os pacientes. Este capítulo

descreverá o desenvolvimento piloto da terapia de remediação cognitiva para AN em um formato de grupo.

O grupo de flexibilidade – O desenvolvimento da terapia de remediação cognitiva em formato de grupo

Um piloto da terapia de remediação cognitiva em formato de grupo foi criado no Serviço de Transtorno Alimentar do Sul de Londres e Maudsley NHS Trust para ser entregue a pacientes internados, pacientes ambulatoriais e aqueles em reabilitação residencial. Optou-se por chamar a intervenção de "Workshop de flexibilidade" para torná-lo mais acessível aos pacientes que não estavam familiarizados com o termo 'terapia de remediação cognitiva'. Aqueles que trabalhavam no piloto estavam conscientes de que os pacientes-alvo para receber a intervenção de grupo poderiam ter tido, ou teriam, sessões de terapia de remediação cognitiva individual, por isso foi decidido que se tentassem incluir alguns exercícios novos nas sessões de grupo. Houve também a necessidade de se certificar de que os exercícios seriam aceitáveis para os pacientes em uma situação de grupo, enquanto continuasse a ter um caráter interativo para fazer uso do formato de grupo de forma mais eficiente. Como com a terapia de remediação cognitiva individual, o objetivo das sessões de grupo era a prática do pensamento global e flexível, mas com o apoio de membros do grupo de pares e facilitadores de grupo. Todas as sessões foram projetadas para incluir os seguintes elementos: psicoeducação, exercícios práticos, reflexão e discussão dentro da sessão, e o planejamento de tarefas de casa. A discussão contínua sobre os exercícios e tarefas de casa para pensamentos e comportamentos da vida real também permaneceu uma parte essencial do processo de reflexão.

Os objetivos do piloto não foram apenas explorar se a participação no grupo aumentaria as habilidades cognitivas, mas também se havia algum ganho secundário em melhorar a autoestima e a motivação. Medidas de resultado foram utilizadas para avaliar a efetividade dos grupos na melhoria dessas áreas e também sua aceitabilidade ao grupo de pacientes. As medidas de resultado utilizadas são descritas após os planos de sessão abaixo.

A duração da intervenção foi estipulada para ser de 4 sessões semanais. Esta decisão foi influenciada em parte pelo fato de que o grupo era um piloto não financiado e também pela duração média da admissão de internamento naquele tempo, que tinha diminuído:

Os grupos foram concebidos para serem geridos por vários membros interdisciplinares do pessoal com dois facilitadores por grupo. A postura dos facilitadores teve como objetivo ser entusiasta, motivacional, colaborativa e

interativa. As sessões são uma *exploração* dos diferentes estilos de pensamento dos membros do grupo: não há maneiras certas ou erradas de pensar, mas sim prós e contras para cada uma. A principal diferença entre os formatos individuais e de grupo de terapia de remediação cognitiva é que o formato de grupo é muito mais curto, portanto, as reflexões e a relação com a vida cotidiana devem ser iniciadas muito mais cedo. No entanto, com vários membros do grupo, e com as contribuições dos dois facilitadores, essas reflexões tendem a surgir mais facilmente nas primeiras sessões.

Assim, quatro sessões de grupo foram planejadas e implementadas, e o esboço de cada sessão é fornecido abaixo.

Boas-vindas ao grupo e regras básicas

Os membros do grupo são recebidos e alguns minutos são gastos discutindo regras gerais para o atendimento do grupo, como respeito mútuo, controle do tempo e confidencialidade. Também foi perguntado aos membros do grupo se eles gostariam de manter as quatro sessões abertas ou fechadas para novos membros. Na maioria dos casos, os membros do grupo solicitaram grupos fechados e como facilitadores nós descobrimos que isso realmente permitiu uma maior continuidade entre as sessões.

Introdução à terapia de remediação cognitiva

Os facilitadores do grupo devem dar uma breve explanação da base do grupo da mesma maneira que uma introduziria sessões cognitivas individuais da terapia de remediação a um paciente. Deve-se salientar que as sessões são projetadas para ser interativas e não necessariamente focadas na alimentação, peso e forma. Por exemplo:

"A ideia por trás deste grupo é ajudar as pessoas pensarem sobre o pensamento. Na vida cotidiana, muitas vezes não paramos e pensamos como nós pensamos - nós tendemos a fazer as coisas da mesma maneira dia após dia sem realmente pensar sobre elas – como se estivéssemos no piloto automático. Nosso cérebro se acostuma com essas formas de pensar e isso significa que muitas vezes achamos difícil de nos adaptarmos quando precisamos.

A ideia desse grupo é que façamos alguns jogos e quebra-cabeças que nos ajudarão a identificar nossas estratégias de pensamento na vida cotidiana e explorar se pode haver maneiras alternativas de fazer as coisas. "

Uma pequena tarefa no início da sessão pode fornecer uma demonstração simples das ideias por trás do grupo e agir como um 'quebra-gelo':

Tarefa da caligrafia

Os membros do grupo recebem uma folha de papel e uma caneta e pede-se que eles simplesmente escrevam seus nomes com sua mão dominante. Em seguida, eles são solicitados a fazer o mesmo, mas com sua mão não dominante. Os facilitadores podem fazer o mesmo para demonstrar a natureza interativa do grupo e envolver os pacientes no processo.

Pergunta-se então aos membros do grupo se eles gostariam de compartilhar suas folhas com o grupo e discutir como se sentiram ao escrever com a mão não dominante. Os facilitadores também podem compartilhar suas experiências.

O objetivo do exercício é demonstrar como todos nós temos certas maneiras de fazer as coisas com que nos sentimos confortáveis e a maioria dos nossos hábitos cotidianos são automáticos. No entanto, o exercício nos mostra que, embora todos nós achemos difícil fazer as coisas de outra maneira, o nosso cérebro vai nos permitir fazê-lo e com a prática deve tornar-se mais fácil.

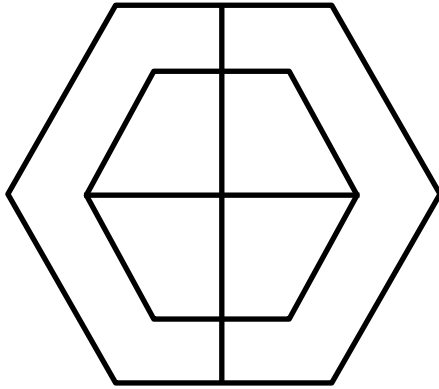
Tarefas da descrição em dupla

Pede-se aos membros do grupo que formem duplas e cada um recebe um folheto contendo um conjunto de desenhos de linhas de formas simples e mais complexas (ver exemplos 1 e 2) e papel em branco e canetas. Deve ser assegurado que cada membro tenha um folheto diferente do seu parceiro.

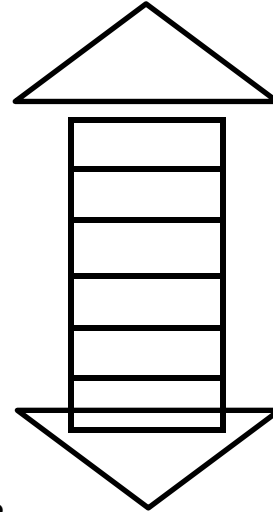
Eles são então instruídos a um por vez escolherem uma figura de seu folheto, sem mostrá-la ao seu parceiro, e descrevê-la a eles para que eles possam desenhá-la. Um facilitador deve formar dupla com um paciente se houver números ímpares.

Essa tarefa deve demorar cerca de 10 minutos ou tempo suficiente para que cada membro de uma dupla tenha descrito e desenhado pelo menos uma das formas.

Exemplo de figuras para a tarefa do desenho:



Exemplo 1.



Exemplo 2

Reflexões:

Os facilitadores podem então pedir ao grupo observações e reflexões sobre a tarefa para suscitem a discussão sobre o pensamento focado em detalhes versus o pensamento global e os prós e contras destes, *por exemplo*:

O que vocês acharam?

Foi fácil ou difícil? Foi mais fácil desenhar ou descrever? Que estratégias pareciam ajudar?

Como você poderia ter feito isso de forma diferente?

Que estilos de pensamento você estava usando durante esta tarefa? De que maneiras alternativas você poderia abordar esta tarefa?

Quais são as vantagens/desvantagens destas abordagens?

Quando precisamos usar esses estilos de pensamento na vida cotidiana? Será que estes estilos de pensamento podem em alguma ocasião causar problemas?

Planejando tarefas para casa

A sessão termina com alguns desafios para casa opcionais. Isto deve ser introduzido alguns minutos antes do fim, quando um folheto com ideias sugeridas pode ser fornecido (veja uma cópia dos desafios para casa abaixo). Os pacientes são incentivados a tentar um pequeno desafio como lição de casa, que deve ser tratado como uma experiência pessoal. O objetivo não é que os pacientes enfrentem grandes dificuldades associadas ao seu transtorno alimentar, mas apenas pratiquem tarefas simples com o intuito de conscientizar seus estilos de pensamento e aumentar sua confiança em sua própria capacidade de mudar.

GRUPO DE FLEXIBILIDADE – DESAFIOS PARA CASA

Antes da reunião de grupo na próxima semana, veja se consegue tentar um ou dois destes desafios.

Tente e escolha um que seja algo que você normalmente não faria, ou que seja diferente de como você normalmente o faria....

Esses desafios podem ajudar a quebrar uma rotina rígida que você tenha (e. g. arrumar o quarto), ou podem ajudar a quebrar um padrão rígido de pensamento (e. g. preocupar-se com a interação na sala de jantar).

- **Levante-se ou vá se deitar em uma hora diferente** – tente não colocar o relógio para despertar, se não houver alguma coisa que você precise fazer depois.
- **Leia uma revista, ou uma revista diferente**
- **Assista a um filme ou a um episódio de um programa de TV que você nunca tenha visto** – planeje talvez uma noite para assistir um filme com outras pessoas
- **Tente mudar sua rotina de banhos** – use talvez um xampu ou sabonete diferente.
- **Penteie seu cabelo de um jeito diferente**
- **Ouça uma radio diferente**
- **Tente não arrumar a cama ao se levantar** – pode tentar deixá-la desarrumada até mais tarde ou até que você vá se deitar.
- **Mude o lugar onde você se senta no saguão**
- **Peça um CD emprestado para alguém**
- **Siga uma rota diferente para um lugar aonde você sempre vai**
- **Experimente uma sombra ou batom de cor diferente**
- **Jogue um jogo de cartas ou de tabuleiro**
- **Mude a configuração das horas em seu celular para 24h ou 12h**
- **Leia um capítulo de um livro**
- **Deixa a casa desarrumada ao sair e a arrume mais tarde**
- **Escolha um novo som de chamada para o seu celular**

Ou escolha o seu próprio *pequeno* desafio que signifique alguma coisa para você.

Depois nos conte como foi

Resumo da sessão anterior e reflexão sobre a lição de casa

Pede-se aos membros do grupo que façam um resumo da sessão anterior e digam o que aprenderam. Os membros do grupo que tentaram um desafio em casa são incentivados a compartilhar suas experiências.

Tarefa das ilusões

As ilusões visuais podem ser aumentadas e exibidas em uma lousa, ou podem ser fornecidas como folhetos se isso não for possível. Cerca de 4 ou 5 ilusões podem ser usadas em uma sessão. Os facilitadores incentivam uma discussão sobre cada ilusão, perguntando aos membros do grupo o que podem ver – essa tarefa é uma boa maneira de promover a interação com diferentes membros do grupo que se aproximam do quadro para apontar diferentes partes da imagem.

Depois disso, pede-se que os membros do grupo reflitam sobre o que a tarefa nos diz sobre nossos modos de pensar, por exemplo:

O que as pessoas notaram primeiro? As partes maiores ou as partes menores?

Os membros do grupo conseguiram ver as diferentes perspectivas?

Quando precisamos ser capazes de alternar na vida cotidiana?

Às vezes é ver as coisas de outro ponto de vista?

As pessoas acham difícil mudar suas rotinas e hábitos normais? Algum exemplo?

Planejando tarefas para casa

Novamente a sessão termina com o planejamento de tarefas opcionais para casa. A lista de desafios para casa pode ser usada novamente para aqueles que não tentaram algum, mas para outros, pode ser apropriado planejar dentro da sessão um desafio mais pessoal. Mais uma vez, os facilitadores devem tentar desencorajar objetivos irrealistas, de modo a evitar a possibilidade de sentimentos de fracasso.

Resumo da sessão anterior e reflexão sobre a tarefa para casa

Como na sessão anterior, a sessão 3 deve começar com um lembrete dos tópicos das sessões precedentes e o feedback dos pacientes que tentaram desafios em casa.

Esfregue a barriga/Tapinhas na cabeça

Peça aos membros do grupo que esfreguem a barriga e deem tapinhas na cabeça ao mesmo tempo (os facilitadores também podem participar). Em seguida, peça-lhes que alternem para esfregar a cabeça e dar tapinhas na barriga. Pergunte ao grupo quão fácil ou difícil eles acharam a tarefa.

Os facilitadores explicam então que esta é uma tarefa curta e fácil que demonstra como nossos cérebros acham difícil gerenciar duas coisas ao mesmo tempo, especialmente quando elas são feitas de uma maneira com que não estamos acostumados.

Tarefa de jogo de cartas

O objetivo desta tarefa é praticar a multitarefa ainda mais. Os membros do grupo são convidados a formar duplas; facilitadores podem formar com os pacientes. A cada dupla é dado um pacote de cartas de baralho e pede-se que joguem uns com os outros até que lhes sejam dadas mais instruções. Depois que os membros do grupo jogaram por alguns minutos, os facilitadores pedem então que eles continuem a jogar 'snap' mas ao mesmo se revezem para descrever seu filme favorito. Permita que os membros do grupo continuem com isso por alguns minutos antes de iniciar a discussão sobre a tarefa.

As reflexões devem suscitar a discussão sobre por que a tarefa era difícil, e como os pacientes gerenciam multitarefa na vida cotidiana, por exemplo:

O que todos acharam da tarefa?

Quando ela se tornou mais difícil?

De que habilidade precisamos para jogar cartas ao mesmo tempo em que conversamos?

Quando precisamos fazer isso na vida cotidiana? Quando é difícil?

Planejando as tarefas para casa

Mais desafios pessoais podem ser incentivados, desta vez eles podem se concentrar em praticar multitarefa se isso foi identificado como um problema particular, caso contrário, o foco pode permanecer na prática de flexibilidade nas atividades diárias e rotinas.

Sessão 4 – Sumário e reflexões

Resumo da sessão anterior e reflexão sobre a lição de casa

Como antes, o grupo começa com um resumo do que foi abordado na sessão anterior e uma discussão sobre a lição de casa.

Mapas mentais

O objetivo da sessão final é resumir e consolidar o que foi abordado nas sessões anteriores e pensar em como os membros do grupo podem dar continuidade ao que aprenderam. Mapas mentais ou 'diagramas de aranha' são uma boa maneira de ajudar os membros do grupo com isso. Os membros do grupo recebem papel em branco e uma caneta e são solicitados a escrever 'grupo de flexibilidade' no centro da página. Os membros do grupo são então incentivados a escrever em torno desta frase central outras palavras ou frases que eles podem se relacionar ao grupo de flexibilidade. O facilitador incentiva-os a pensar como o trabalho do grupo de flexibilidade se relaciona com o plano geral de recuperação, como ajuda a dar os próximos passos no tratamento e no futuro em geral.

Os membros do grupo podem então compartilhar uns com os outros o que eles assimilaram do grupo. Os facilitadores podem escrever essas reflexões em uma lousa, se necessário. Abaixo está um exemplo do mapa mental de um membro do grupo, reproduzido com sua permissão:

Exemplo de "mapa mental" dos membros do Grupo:

O objetivo é ajudar os membros a se lembrarem dos quatro estilos de



pensamento diferentes que foram abordados nas sessões: "pensamento focado em detalhes", "pensamento global", "alternância" e "multitarefa". A tarefa a seguir permite que os membros do grupo reflitam mais sobre essas diferentes estratégias.

Tarefa das ocupações

Esta tarefa permite que os membros do grupo explorem os quatro estilos de pensamento diferentes e quando eles seriam úteis na vida cotidiana. O objetivo geral é que os pacientes concluam que nenhum estilo de pensamento particular é melhor que o outro, todos eles têm seus usos para pessoas diferentes, mas que ajuda se podemos ter habilidades em todos os quatro estilos de pensamento, já que todos eles são necessários em algum ponto da vida.

Diferentes ocupações são escritas em cartões postais ou notas *post-it* na preparação para a sessão, por exemplo: cirurgiã cerebral; professora; garçonne; arquiteta; estudante; editora; engenheira; chef.

No início da tarefa, o facilitador deve escrever os quatro estilos de pensamento nos quatro cantos da lousa. O grupo é então instruído a colocar as diferentes ocupações na lousa embaixo da habilidade que mais usariam. A discussão sobre as habilidades ocupacionais utilizadas por cada um deve ser incentivada e, em seguida, chegar a um consenso em relação a onde cada um deve ser colocado. Por exemplo, um arquiteto pode precisar ter uma abordagem de visão global para olhar para o edifício que ele está planejando como um todo e onde ele vai se inserir no ambiente, mas ele também precisa ter uma abordagem detalhada, porque ele vai precisar fazer desenhos muito minuciosos e detalhados do projeto. Neste exemplo, o arquiteto pode então ser colocado em algum lugar na lousa entre a visão global e o foco em detalhes.

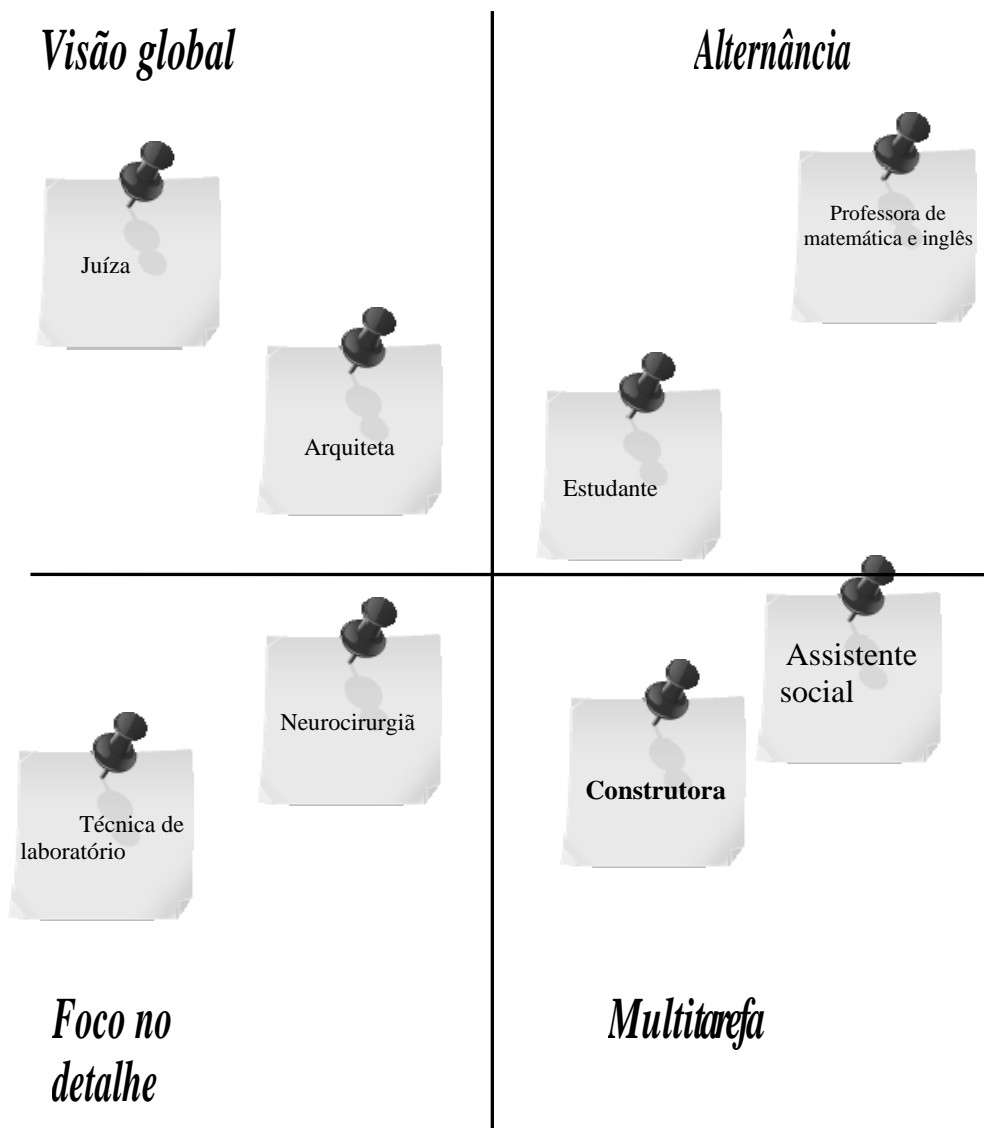
As discussões geralmente concluem que várias das ocupações usam uma variedade de habilidades e podem ser colocadas no meio da lousa ou entre duas das habilidades. Depois que todas as ocupações são classificadas na lousa os facilitadores propõem uma discussão sobre o que o grupo pode concluir a partir desta tarefa sobre as habilidades de pensamento abordadas nessas sessões. Como mencionado, isto permite que os membros cheguem a algumas conclusões úteis sobre habilidades de pensamento, por exemplo:

todo mundo precisa de uma combinação de todas as habilidades de pensamento;

algumas pessoas têm forças em algumas das habilidades mais do que outras;

se podemos praticar todas as habilidades em nosso 'repertório' de pensamento, então estamos somos provavelmente mais capazes de lidar com situações diferentes na vida.

Tarefa das ocupações – um exemplo:



Provérbios e ditos

O objetivo da tarefa final é fornecer algumas mensagens motivacionais para que o grupo discuta na sessão e leve como um folheto. Provérbios e ditos que capturaram os objetivos e os temas das sessões grupais são apresentados ao grupo e fornecidos em um folheto (um exemplo do folheto de provérbios e ditos é fornecido abaixo). Os facilitadores devem propor uma discussão sobre esses ditos e como os membros do grupo se sentem em relação ao término do grupo, *por exemplo*:



Alguns desses ditos se destacam especialmente para alguém? Alguém tem um favorito?

Alguém tem outros exemplos que não estão na lista?

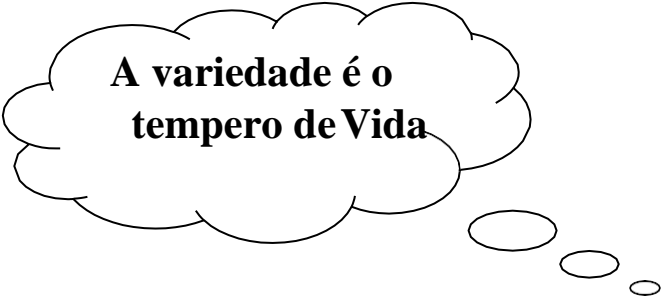
Algum deles realmente resume o que este grupo significou?

Todos podem compartilhar a mensagem principal que absorveram do grupo e como eles vão levá-la adiante.

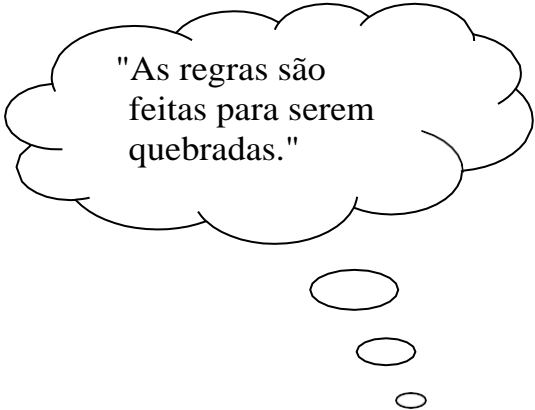
"Quem não se
aventurou, nada
ganhou"



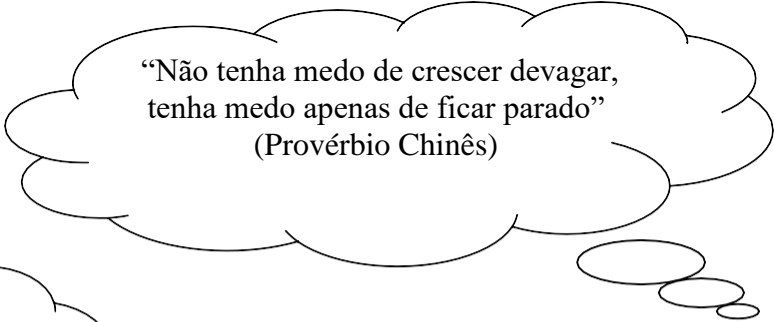
Provérbios e ditos – alguns exemplos



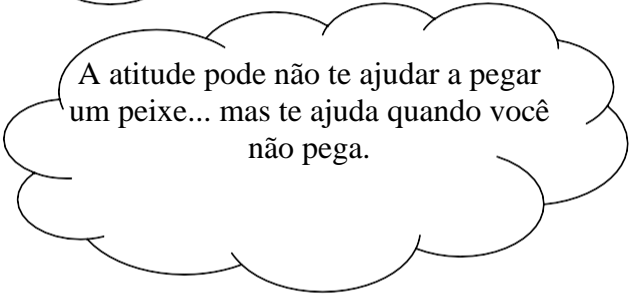
**A variedade é o
tempero de Vida**



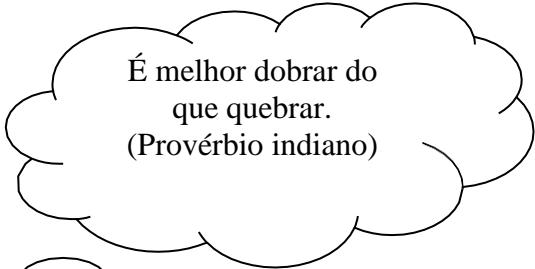
**"As regras são
feitas para serem
quebradas."**



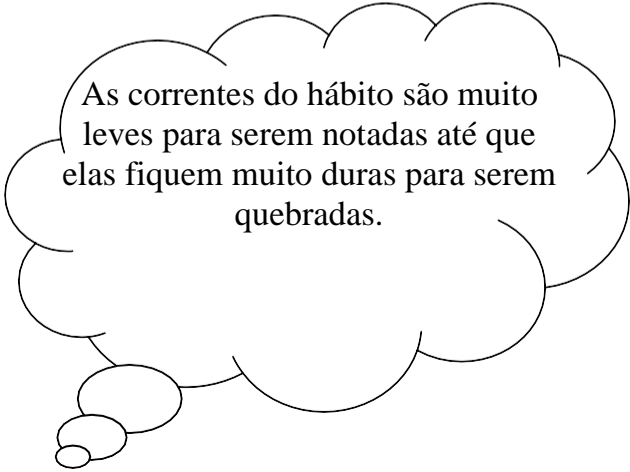
“Não tenha medo de crescer devagar,
tenha medo apenas de ficar parado”
(Provérbio Chinês)



A atitude pode não te ajudar a pegar
um peixe... mas te ajuda quando você
não pega.



É melhor dobrar do
que quebrar.
(Provérbio indiano)



As correntes do hábito são muito
leves para serem notadas até que
elas fiquem muito duras para serem
quebradas.

Medidas de resultado da terapia de remediação cognitiva no formato em grupo

Se o grupo está sendo avaliado, as medidas de resultado podem ser dadas antes do primeira e após a última sessão. As medidas para a sessão final podem incluir um questionário de feedback. O feedback verbal também pode ser buscado no final dos grupos.

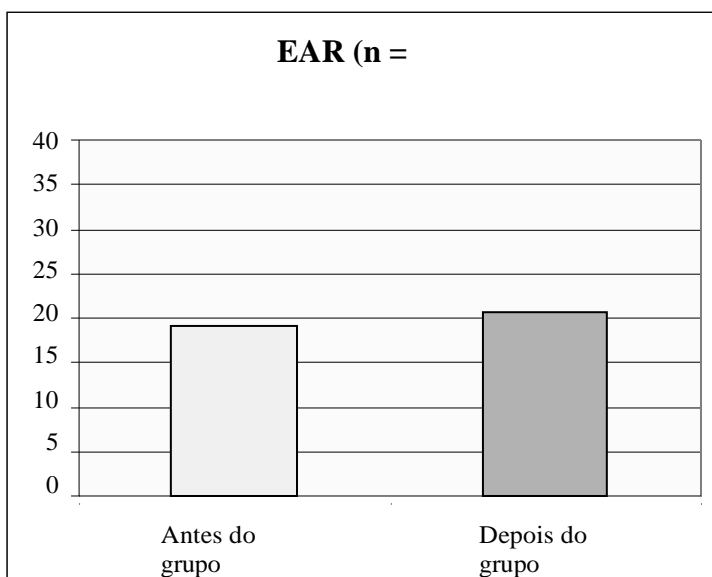
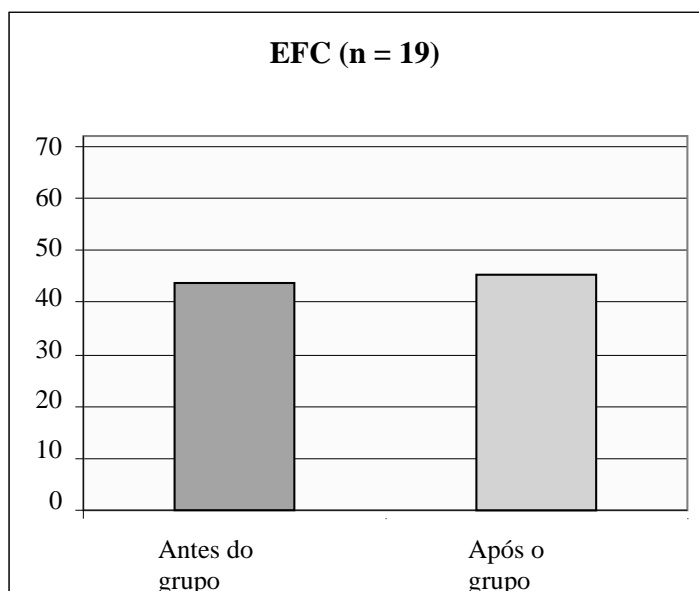
Ao decidir sobre as medidas de resultados apropriadas para avaliar este piloto, a equipe estava consciente de tinha de escolher medidas que refletissem as áreas em que o grupo se concentrou ao mesmo tempo em que permaneciam práticas para serem aplicadas em sessão. A avaliação neuropsicológica não foi possível principalmente devido à falta de recursos, mas também não seria prática com mais de 9 grupos participantes.

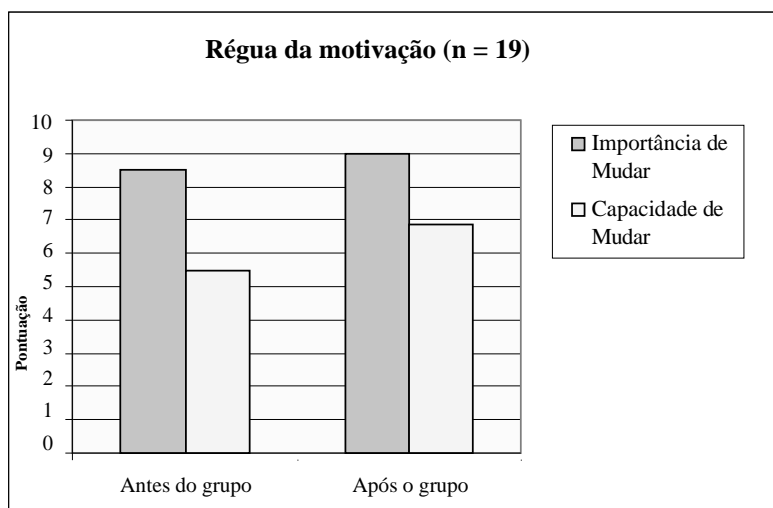
Para mensurar o desenvolvimento de habilidades cognitivas a escala de flexibilidade cognitiva (EFC; Martin e Rubin, 1995) foi usada. A EFC avalia as percepções dos participantes sobre as opções e alternativas disponíveis em situações cotidianas. Escores mais altos representam maior flexibilidade cognitiva. Os autores encontraram um escore médio de 54,1 em uma população saudável (Martin e Rubin, 1995).

A escala de autoestima de Rosenberg (EAR; Rosenberg, 1965) foi utilizada para avaliar a autoestima global. Aqui, pontuações mais altas representam maior autoestima. Os participantes também receberam uma Régua Motivacional pela qual lhes foi pedido que avaliassem em uma escala de 0 -10 quão importante é mudar e quão confiantes eles são em sua capacidade de mudar.

Além disso, demos aos participantes um formulário de feedback autoprojeto na última sessão. Este formulário de feedback pediu em primeiro lugar aos pacientes que estimassem em uma escala de Likert de 1 a 5 o quanto eles apreciaram as sessões; quanto as sessões foram úteis e se eles achavam que tinham aprendido novas habilidades. Houve também duas questões que perguntavam aos pacientes o que eles mais gostaram nas sessões e o que poderia ser melhorado.

Dados de resultados do piloto "grupo de flexibilidade":

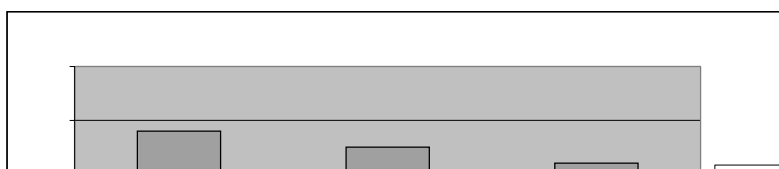




Comentários dos membros do grupo

Quando perguntados sobre o que mais gostaram nas sessões, 11 participantes (65%) mencionaram que serem capazes de falar e compartilhar experiências foi útil. Os pacientes também mencionaram gostar da abordagem que usava tarefas práticas para demonstrar os estilos comportamentais e de pensamento. Os aspectos educacionais das sessões, isto é, o aprendizado sobre estilos de pensamento e o cérebro foi mencionado igualmente como sendo útil. Quatro pacientes também disseram que acharam a tarefa para casa entre as sessões útil para a prática de novas maneiras de abordar as atividades cotidianas.

Apenas 12 dos participantes sugeriram algo que poderia ser melhorado e metade desses pacientes disseram que gostariam de mais sessões e mais prática das habilidades abordadas nas sessões. Dois pacientes mencionaram os benefícios de ter sessões de terapia de remediação cognitiva individual além dos grupos, e os pacientes restantes disseram que nada poderia ser melhorado.



Citações retiradas dos questionários de feedback dos pacientes

"As tarefas definidas e discutidas foram bastante leves, mas permitiram uma reflexão mais profunda. Senti que não pressionava muito e nem era muito formal, mas foi motivador. "

"..... ajudando a compreender estilos e estratégias de pensamento, e como adotar novos mecanismos de enfrentamento."

"Algo diferente dos grupos que eu assisti antes.... maneiras alternativas de olhar para as coisas"

"Eu acho que seria útil que todos participassem."

6

O que aprendemos com os pacientes sobre a terapia de remediação cognitiva

Feedback qualitativo

Até o momento, analisamos mais de 23 cartas finais dos pacientes. Estes dados foram publicados no *International Journal of Eating Disorders*, Whitney, J., Easter, A. & Tchanturia, K (2008). Service users' feedback on cognitive training in the treatment of anorexia nervosa: a qualitative study [O feedback dos usuários do serviço sobre o treinamento cognitivo no tratamento da anorexia nervosa: um estudo qualitativo]. *Int. J. Eat. Disorders*, 41 (6), 542 – 550). Estes dados forneceram uma ferramenta valiosa para compreender quanto os pacientes acharam útil a terapia de remediação cognitiva. Isto significa que temos conseguido incorporar e melhorar as sessões com base na participação dos pacientes.

A partir das cartas, aprendemos que os pacientes acharam a terapia:

Geralmente positivo

Revigorante, e eles gostaram que não se concentrou em alimentou e comida

Útil na redução de tendências perfeccionistas e rígidas e em ver as coisas mais holisticamente

Os pacientes conseguiram traduzir as habilidades aprendidas para a vida real, auxiliados por:

Uma postura encorajadora e calorosa do seu médico
Discussão da aplicabilidade das habilidades às configurações da vida real

Alguns pacientes sugeriram alterações na intervenção, por exemplo, níveis variados de dificuldade e mais orientações na implementação das alterações comportamentais

Questionários de autorrelato

Além das cartas, após 10 sessões de terapia de remediação cognitiva, pedimos aos

pacientes que completassem um pequeno questionário no qual se pedia que classificassem, em uma escala de 1 – 10, quanto eles estavam satisfeitos com diferentes aspectos de seu tratamento. As perguntas que pedimos incluíam:

Quão positivo você se sente a respeito o tratamento que você teve? (0 = nem um pouco positivo, 10 = muito positivo)

Quão eficaz você acha que seu tratamento tem sido? (0 = nem um pouco efetivo, 10 = muito eficaz)

Em que medida esse tratamento atende às suas expectativas? (0 = de maneira alguma, 5 = expectativas atendidas, 10 = expectativas excedidas)

Você acha que o tratamento fornece habilidades transferíveis para suas atividades diárias? (0 = muito pouco, 10 = muito)

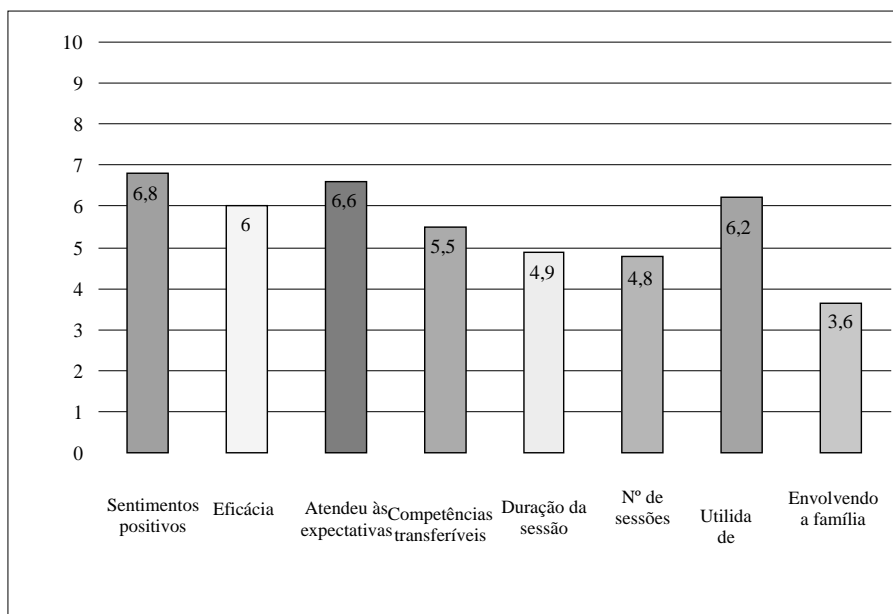
Quão satisfeito você estava com:

A duração das sessões (0 = muito curto, 5 = suficiente, 10 = muito longa)
número de sessões (0 = muito poucas, 5 = suficientes, 10 = muitas)

Quão útil você achou o tratamento? (0 = nem um pouco útil, 10 = extremamente útil)

No que diz respeito à eficácia do seu tratamento, quão importante você acha que tem sido envolver uma pessoa próxima ou membro da família?
(0 = nem um pouco, 10 = muito)

Como ilustra a figura abaixo, os escores médios de satisfação de nossos pacientes são encorajadores.



Como as cartas dos pacientes podem informar as terapias futuras?

No contexto da internação, a terapia de remediação cognitiva pode ser um predecessor de terapias adicionais, por exemplo a terapia cognitivo-comportamental. As cartas finais escritas pelo paciente e o terapeuta são ferramentas úteis para fazer uma ponte entre o que foi aprendido na terapia de remediação cognitiva e aquilo em que o paciente vai embarcar em tratamentos psicológicos futuros. Terapeutas que vão tratar de pacientes que receberam terapia de remediação cognitiva podem achar as cartas valiosas em termos de sua formulação.

CAPÍTULO

7

Aplicando a terapia de remediação cognitiva: da supervisão às experiências dos terapeutas

Quem pode aplicar a terapia de remediação cognitiva?

A terapia de remediação cognitiva pode ser aplicada por membros da equipe multidisciplinar clínica, assim, é possível que enfermeiros, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e pesquisadores trabalhem com os pacientes utilizando essa abordagem. Em nossos formatos, terapeutas de remediação cognitiva também incluíram psicólogos clínicos estagiários ou doutorandos com contratos honorários adequados para trabalhar na clínica. Os terapeutas de remediação cognitiva devem estar aptos para trabalhar com pacientes psiquiátricos, assim como ter treinamento especializado que os autorize a trabalhar com esta população.

É importante que o treinamento de terapia de remediação cognitiva seja realizado (workshop introdutório de 2 dias com acompanhamento anual de workshops de treinamento) e supervisão regular (individual ou em grupo). A supervisão é conduzida por um médico treinado e licenciado (i.e. psicóloga clínica, terapeuta ou psiquiatra). Embora este manual e as ideias para

exercícios cognitivos deem a estrutura para as sessões, é importante que todas as complicações que surjam durante as sessões sejam discutidas na supervisão junto com o trabalho empreendido durante a terapia de remediação cognitiva, o que pode contribuir para a formulação geral discutida na sessão de supervisão.

Supervisão

É aconselhável que os terapeutas tenham uma supervisão regular (como é importante quando se trabalha com qualquer intervenção psicológica). Para o estudo piloto discutido neste manual, os terapeutas receberam supervisão de grupo semanal de um psicólogo clínico. A partir dessas muitas sessões de supervisão, podemos fornecer uma descrição abrangente das questões a que os supervisores devem estar atentos.

Os terapeutas precisam de apoio e encorajamento, mas também ser lembrados do propósito da terapia de remediação cognitiva e o que pode ou não fazer. Por exemplo, a terapia de remediação cognitiva é oferecida a pacientes muito complexos e, portanto, é claro que não será possível para o terapeuta de remediação cognitiva resolver ou abordar todos os problemas do paciente e as necessidades psicológicas. O supervisor pode detectar onde os desvios de protocolo estão ocorrendo e ajudar o terapeuta a manter o propósito da terapia de remediação cognitiva 'funcionando' em sessões futuras.

Terapeutas menos experientes podem se preocupar sobre como conter emoções na sala e como apoiar o paciente que está angustiado (ver Questões Frequentes para obter informações sobre as emoções na terapia de remediação cognitiva e respostas às perguntas mais comuns que surgem quando se aplica a terapia de remediação cognitiva).

É uma boa ideia filmar ou gravar sessões para supervisão (veja no verso um formulário de avaliação que pode ser útil para avaliar o desempenho do terapeuta).

Avalie a motivação do terapeuta e o estilo motivacional da aplicação da intervenção (isso se pode conseguir a partir de gravações de sessões e usando a escala de classificação incluída no manual).

Terapia de remediação cognitiva em comparação com outras intervenções

A partir do trabalho-piloto, também foi destacado que as pessoas acham útil compreender as distinções e semelhanças entre a terapia cognitivo-comportamental (TCC) e a terapia de remediação cognitiva (TRC). Para os supervisores, é especialmente importante ter esta informação clara para se relatá-la aos terapeutas.

Semelhanças entre TRC e TCC

Como o modelo Maudsley de TCC para anorexia nervosa, a TRC é aplicada na forma de uma entrevista motivacional (como desenvolvida por Miller e Rollnick). Um aspecto fundamental do estilo de motivação é que o terapeuta tem como objetivo a igualdade entre ele e o paciente. Esta é uma conquista mais fácil em TRC, já que terapeuta e paciente podem se revezar para dirigir as tarefas. Além disso, os terapeutas devem permitir que as palavras do próprio paciente forneçam o ponto de partida para reflexões terapêuticas, por exemplo, a forma como as habilidades que eles usam nas tarefas podem ser transferidas para suas vidas diárias. O terapeuta deve oferecer estímulo frequente ao paciente de uma maneira morna e positiva.

Refletir sobre cenários da vida real na TCR pode, por vezes, levar a uma discussão sobre as crenças do paciente em um determinado estilo de pensamento. Um paciente pode endossar sua abordagem focada no detalhe e ter crenças negativas quanto à capacidade de mudá-la. Uma discussão pode então se seguir a respeito dos cenários diários em que esta maneira de pensar torna a vida difícil para o paciente. Quando a TRC envolve essa forma de reflexão, ela está direcionando o conteúdo do pensamento e não apenas os processos que o sustentam. Este é, naturalmente, o que é classicamente visado em TCC.

Embora a TRC vise processos cognitivos básicos, essas semelhanças destacam o fato de que tais processos interagem com crenças de nível superior. É inevitável que exemplos relacionados a tais crenças irão surgir na TRC, mas é importante saber o porquê e que o foco ainda é ajudar com os processos de pensamento.

As tarefas comportamentais na TRC também podem refletir os princípios da TCC. As tarefas comportamentais aliviam as ansiedades do paciente e

proporcionam-lhes experiências positivas sobre as consequências da mudança em um formato contido. No entanto, as tarefas comportamentais na TRC não desafiam diretamente os comportamentos relacionados a transtornos alimentares.

Diferenças entre TRC e TCC

A TRC não aborda os principais sintomas da doença (alimentação, preocupações com o peso ou a forma corporal) e usa material afetivamente neutro

A TRC é estruturada e dá aos pacientes uma sensação freqüente e previsível de realização

A TRC oferece *inputs* psicológicos, mas não no mesmo grau que a TCC ou outras intervenções psicológicas complexas; em outras palavras, a TRC para anorexia nervosa não é uma intervenção psicológica autônoma: vemos como uma adição complementar ou pré-tratamento da TCC

A TCC exige a tomada de diferentes perspectivas, bem como que se tenha uma visão mais global dos problemas, a fim de identificar e desafiar os fatores que contribuem para a manutenção dos sintomas. A TRC é direcionada a esses processos.

Escala de avaliação do terapeuta de remediação cognitiva

Há várias maneiras de avaliar a fidelidade do tratamento na TRC. Por exemplo, as sessões podem ser gravadas em vídeo e a escala de classificação abaixo pode ser usada para classificar as sessões e, em seguida, usada para classificar a fidelidade entre terapeutas.

Escala de avaliação do terapeuta de remediação cognitiva (as respostas são codificadas em uma escala Likert 1-7)

1. **Estrutura da sessão (o terapeuta guiou e estruturou a sessão apropriadamente?)**
2. Ritmo da sessão
3. Estilo do terapeuta – colaboração (o terapeuta desenvolveu uma relação colaborativa com o cliente? Quão interessante é o estilo de comunicação do terapeuta? (Considere (1) a vivacidade de seu discurso; (2) a originalidade de suas ideias; (3) a animação de sua maneira de falar).
4. **Técnicas apropriadas (o terapeuta sugeriu técnicas apropriadas de TRC para tratar o estilo de pensamento do paciente?)**
5. Execução hábil de técnicas

O terapeuta parecia ser competente na aplicação da TRC?
6. Utilidade da sessão (O cliente pareceu achar o conteúdo da sessão útil?)
7. Conexão terapêutica (O terapeuta usa a TRC para construir uma conexão terapêutica com o paciente?)
8. Dificuldade do cliente/problema

Dados os problemas deste cliente em particular, o terapeuta foi eficaz?
9. Ligando Sessões

O terapeuta fez referência ao conteúdo de outras sessões e exemplos da vida real?
10. Utilização do manual (O terapeuta fez referência adequada ao Manual de instruções?)
11. Atribuições de tarefas para casa (O terapeuta sugeriu a lição de casa apropriada? O terapeuta perguntou sobre o resultado de tarefas para casa previamente combinadas?)

12. **Até que ponto você acha que isso é terapia de remediação cognitiva, tal como você a entende?**

A experiência dos terapeutas em trabalhar com terapia de remediação cognitiva

Escrever e trocar cartas com os pacientes é um dos elementos centrais no pacote de tratamento de Maudsley utilizado em serviços ambulatoriais e de internação (Schmidt e Treasure 2006). Nesta seção, faremos um apanhado geral do que aprendemos com a análise de cartas de terapeutas escritas para pacientes após a terapia de remediação cognitiva, as quais foram retiradas do estudo piloto descrito neste manual (Tchanturia et al, 2008). Em geral, resumindo, o trabalho de terapia de remediação cognitiva em cartas finais serve a vários objetivos:

Para o paciente é uma maneira muito boa de ter um sumário e 'essência' das 10 sessões;

Para o terapeuta é uma boa maneira de pensar sobre a formulação e preparar-se para um trabalho adicional com o paciente;

É um resumo útil do trabalho que pode ser compartilhado com a equipe multidisciplinar para ajudar a manter as habilidades e estratégias que o paciente foi capaz de aprender nas sessões de terapia de remediação cognitiva.

Vinte e três cartas de 12 terapeutas aos pacientes foram analisadas com o objetivo de explorar em profundidade os principais temas que surgiram nas cartas, que foram: o conteúdo da terapia de remediação cognitiva do ponto de vista dos terapeutas; os benefícios que os terapeutas julgavam que a terapia de remediação cognitiva teve para os pacientes e o processo da terapia. A análise qualitativa foi conduzida por dois pesquisadores utilizando a abordagem da Teoria Fundamentada (Easter e Tchanturia, in press).

Estão abaixo os temas mais comuns que foram levantados nas cartas, descritos com citações tiradas das cartas, para fornecer exemplos práticos.

Refletindo e desafiando estilos e estratégias cognitivas

Todas as cartas discutiram a capacidade dos pacientes de identificar e refletir sobre estratégias cognitivas que foram utilizadas para completar as tarefas como um primeiro passo importante dessa intervenção.

"Ao longo da terapia de remediação cognitiva você tinha uma visão muito boa sobre como você abordou as tarefas e descreveu seu pensamento e estratégias de modo extremamente claro. Isso nos permitiu refletir juntos sobre aspectos bons e possivelmente menos úteis de certas estratégias, especialmente quando aplicadas a situações da vida real, e a considerar algumas alternativas. "

As descrições das reflexões dos pacientes foram frequentemente vinculadas a suas tentativas de desafiar esses processos de pensamento. Isso foi muitas vezes descrito como um processo de olhar para a eficácia relativa dos estilos cognitivos identificados, gerando alternativas e experimentando ao testar estratégias diferentes. Os estilos cognitivos que foram discutidos nas cartas incluíam o perfeccionismo, a atenção ao detalhe, o pensamento dicotômico e a flexibilidade cognitiva.

Flexibilidade cognitiva "Nós conversamos sobre como isso se relaciona a ver as coisas como boas/ruins, certas/erradas e como na verdade essa é uma maneira realista de pensar. Assim, nós falamos sobre dar mais substância para as áreas no meio e você teve a ideia maravilhosa de fazer um espectro por meio do qual o vermelho está em uma extremidade e o branco no outro, com o objetivo de pensar sobre cenários e resultados como estando no meio do espectro, ou seja, pense rosa! "

O processo de refletir e desafiar estilos cognitivos continuou durante toda a intervenção e os terapeutas incentivam seus pacientes a continuá-lo no futuro.

Vinculando tarefas com a vida cotidiana e exemplos da vida real

Uma fase subsequente da intervenção mencionada em todas as cartas foi aquela em que os pacientes relacionaram esses estilos de pensamento a situações em suas vidas cotidianas. Muitos dos exemplos apresentados pelos terapeutas diziam respeito a situações em que as dificuldades do paciente no processamento holístico e na flexibilidade cognitiva dificultavam seu funcionamento diário.

Flexibilidade: Os terapeutas deram uma variedade de exemplos de como os pacientes ligavam "tarefas de flexibilidade cognitiva" à vida diária, o que ocorreu em uma variedade de domínios da vida. Os exemplos mais frequentes incluíam rotinas rigorosas, como lavagem e limpeza, rotinas de manhã e à noite, viajar pela mesma rota todos os dias, dificuldade em mudar seu foco de atenção e usar a mesma roupa, maquiagem e penteado. Abaixo está um exemplo de como um paciente vincula as tarefas de flexibilidade cognitiva a um exemplo específico de sua vida em que ela teve dificuldade em alternar sua atenção para trás e para frente.

_"Você encontrou um ótimo exemplo de ter que alternar sua atenção entre várias janelas diferentes abertas no MSN Messenger na Internet. Você me disse que você costumava ser capaz de fazer isso facilmente, mas desde que você ficou mal você achou muito difícil fazer isso. "

Na citação descrita abaixo, descreve-se como a paciente, que antes sentia medo de mudar completamente, passou a ver os benefícios positivos que isso poderia trazer para sua vida diária.

"Em algumas das primeiras sessões, você conseguiu relacionar as alternâncias de regras ao seu uso de regras ou lista mental de tarefas na vida cotidiana; você descreveu como você geralmente é capaz de fazer alterações em suas rotinas ou planos, se necessário (por exemplo, se soar um alarme na internação, se você recebe uma cobrança inesperada), mas que isso provoca muita ansiedade. Por outro lado, você descreveu como, depois de fazer mudanças, às vezes você realmente sente um grande alívio (por exemplo, quando você dormiu demais e não pôde chegar cedo na sala de jantar). Depois de algumas sessões, você se tornou confiante para definir tarefas para si mesma, que envolviam a mudança ativa de sua agenda. Você incorporou com sucesso novas atividades, como o trabalho de arte e jogos de computador. Outro grande passo foi ir para a sua primeira sessão para aprender a usar a Internet - quando a ideia surgiu, você se desafiou a ir em frente no mesmo dia sem planejamento e você foi capaz de desfrutar de uma grande sensação de realização depois! De modo importante, você também notou como uma rotina alterada pode às vezes substituir uma rotina antiga (por exemplo, estar ativa depois das 7pm), mas mostrou grande intuição [*insight*] e iniciativa e encontrou uma maneira de lidar com isso (tomar ocasionalmente um banho relaxante) ".

Processamento holístico: Exemplos dados por terapeutas de como os pacientes tinham vinculado as "tarefas de processamento holístico" às suas vidas diárias refletiam situações em que os pacientes sentiram que poderiam se perder no detalhe de uma atividade, por exemplo, em conversas com os outros e quando transmitiam informações sucintamente para alguém, trabalho doméstico (limpeza/ "faça você mesmo"), escrever cartas, cartões e ensaios, e comportamentos perfeccionistas.

"Nós discutimos o exemplo de montar móveis da IKEA que você disse que tinha medo de fazer; de uma forma, esta tarefa requer atenção aos detalhes e trabalho passo a passo, mas ao mesmo tempo é preciso ter uma ideia geral do resultado final ou meta para a qual você está trabalhando. "

As citações abaixo fornecem exemplos de como as tarefas da "visão global", tais como a da "ideia principal" ajudaram pacientes a identificar estilos

de pensamento detalhados/ holísticos e também como uma estratégia aprendida na tarefa poderia ser aplicada à vida diária.

"Na tarefa da ideia principal (cartas), você foi capaz de demonstrar alguns pontos fortes muito importantes; você conseguiu resumir a mensagem principal de forma sucinta, que você disse que frequentemente é importante ao transmitir a informação de modo eficiente aos outros na vida diária. Você descreveu como ficar presa nos detalhes de uma situação (por exemplo, seu relacionamento com seu pai; o conteúdo de calorias das refeições) pode impedir de ver o cenário global e, portanto, de fazer as coisas andarem de uma forma mais produtiva. Foi bom ouvir que você já podia identificar mudanças em sua abordagem de algumas coisas, talvez porque você possa agora manter a visão global em mente com mais frequência".

"... Em relação a isso, você mencionou que as pessoas às vezes comentam que você dá demasiada informação, ou repete a informação quando você está dizendo algo a eles. Discutimos como você pode se lembrar de resumir nessas ocasiões, e você fez a excelente sugestão de dizer "o ponto principal é..." ou 'Para ir direto ao ponto...'. "

Aplicações da terapia de remediação cognitiva e tarefas comportamentais

para casa

Seguindo as descrições de terapeutas de como os pacientes podiam vincular a

terapia de remediação cognitiva à sua vida cotidiana, 19 (83%) das cartas dos terapeutas relatavam situações em que os pacientes haviam aplicado as habilidades, reflexões e discussões da terapia de remediação cognitiva fora das sessões terapêuticas. Estes exemplos incluíam tanto aplicações como parte dos exercícios de casa estabelecidos por terapeutas, bem como aplicações mais espontâneas de terapia de remediação cognitiva para as configurações da vida real. Os terapeutas incentivam os pacientes a experimentar novas formas de fazer as coisas e a considerar a visão global em suas atividades diárias.

"... Você trabalhou para ser mais flexível em seu pensamento fora de nossas sessões. Você experimentou tarefas diárias que eram diferentes da sua rotina habitual. Por exemplo, você experimentou com sucesso usar maquiagem nova e estava disposta mesmo a sacrificar (o programa de TV) *X Factor* para assistir *Strictly Come Dancing!* "

"Em outra conexão perspicaz entre as tarefas e sua vida, você falou sobre balancear a limpeza e sua vida social: como você deixou o chão sem lavar, a fim de não se atrasar para encontrar um amigo. Essa decisão refletiu sua capacidade de colocar a limpeza no contexto de sua vida como um todo e classificá-la em relação à sua vida social. Isso também mostrou a sua capacidade de ser flexível, que é uma habilidade que exploramos nas outras tarefas durante a terapia de remediação cognitiva"...

"Como uma forma de praticar a visão global, eu pedi para você tentar pensar mais sobre a sua visão global nas tarefas de casa fazendo uma colagem ou um cartão de memorização com as imagens que te fazem lembrar disso. Você fez uma bela esteirinha com sua mãe e seu pai, que continha imagens encantadoras que te faziam lembrar de seus animais, sua família e as coisas de que você gosta. Os métodos que você usou nessas tarefas e sua abordagem de seu trabalho artístico sugere que você tem ambos os conjuntos de habilidades (foco no detalhe e visão global), que espero que sejam úteis para que você pense em um futuro mais amplo para você e para que se encaminhe para a recuperação".

A extensão com que as tarefas comportamentais para casa foram descritas e o sucesso que os pacientes tiveram em terminá-los variaram conforme as cartas. Nas quatro cartas que não se referiam a quaisquer aplicações concretas da terapia de remediação cognitiva para a vida cotidiana, os terapeutas sugeriram fortemente que a aplicação seria o próximo passo para os pacientes se concentrarem no futuro.

Sugestões e o futuro

As cartas enfatizavam aspectos-chave da intervenção para que os pacientes se lembrassem deles e sugeriam como cada paciente poderia implementar a terapia de remediação cognitiva no futuro:

"Você ficou melhor em transmitir o essencial usando tópicos e pensamos que seria uma boa ideia que você pratique por conta própria o resumo de trechos de livros, revistas/artigos, etc, bem como tentar trabalhar o uso de palavras abreviadas."

A maioria (N = 17; 74%) das cartas comentou que seria proveitoso para o paciente continuar a refletir sobre seus estilos de pensamento e comportamentos no futuro, e continuar a praticar as habilidades aprendidas e discutidas na terapia de remediação cognitiva.

"É importante que você continue tentando praticar todas as estratégias usadas nas sessões em sua vida real. Especialmente, você pode continuar trabalhando na tentativa de ver diferentes perspectivas e acrescentando pequenas mudanças em suas rotinas diárias. Você pode ser capaz de compartilhar suas novas "experiências" com alguém próximo a você para melhorar suas habilidades "

"..... Se eu te entendi direito, por trás de tudo isso está na verdade uma mudança que você quer fazer em seu foco, parar de focar tudo em sua vida que tem a ver com alimentação e começar a se concentrar em viver sua vida. Você descreveu que viver com um transtorno alimentar é algo com que você tem convivido na maior parte de sua vida e que a incerteza sobre o que a vida seria sem ele é algo que te provoca muita ansiedade. Ao explorar algumas novas atividades, tentamos olhar para maneiras como

you can start to concentrate on alternatives in small steps. However, I think that it is important to continue to discuss your thoughts about this with other staff members of the internship, to continue to explore these thoughts and anxieties".

Reconhecimento do progresso dos pacientes

All letters outlined the strengths, achievements and progress of the patients in therapy. Many letters (N = 14; 61%) commented that the patients had little or no difficulty in completing the tasks and that they did not represent a very large intellectual challenge.

"You found many of the tasks easy to execute and, in particular, you said that you did the tasks of visual illusions, maps, words incorporated..... without effort."

The letters praised the patients for having faced challenges and for the effort to apply the skills in their real lives, to create behavioral examples and coping strategies, and for the progress made in their cognitive flexibility and holistic processing skills: "Although you had problems with homework between sessions, as we talked, I think that if you continue to challenge yourself in the same way that I saw you do over the last few weeks, you will be able to see positive changes in the future".

"In the last two sessions, it was very positive to hear that you could recognize and be happy with your own progress and really feel proud of your work. I am confident that your motivation and strength to face some very difficult challenges that you demonstrated over the last few weeks will be a great base for continuing the recovery process."

Dificuldades vivenciadas pelos pacientes

19 (83%) of the letters described some of the difficulties that the patients experienced in the remediation cognitive therapy sessions and how they were addressed. While many letters commented that the patients tended to complete the TRC tasks with ease, others reflected on the difficulties that their patients experienced with the tasks in relation to their information processing styles.

"Some tasks I think that they showed to be a little challenging at the beginning, particularly the estimation task. I remember initially that you were very focused on your performance, or in other words, that precision or order were required for them to be completed."

Além dos problemas decorrentes dos estilos de processamento de informações, as cartas comentaram sobre a capacidade dos pacientes de refletir e desafiar seus estilos de pensamento, para fornecer exemplos de vida cotidiana, para aplicar a terapia de remediação cognitiva a situações da vida cotidiana e para realizar tarefas comportamentais para casa.

"..... Você falou sobre ser muito recente a incapacidade de olhar para o contexto global. Você sentiu que sua vida tinha se tornado muito estreita, pois não tem mais as coisas que eram importantes para você, como um trabalho ou vida social. Muitas vezes você também falou sobre como as coisas eram difíceis na internação e que para passar por isso você se concentrou em uma hora de cada vez. Isso significa que às vezes você achou difícil refletir sobre como sua semana inteira tinha sido..... "

"você sente, em particular ao longo do ano passado, que você não tem usado o seu cérebro o suficiente e sente que ele 'virou geleia'. Você afirmou que você gostaria de ter os seus 'recursos' de volta e ampliar sua vida. Nós discutimos de que modo, se você não usar certas habilidades por um tempo, torna-se mais difícil quando precisamos usá-los. No entanto, as tarefas mostraram que, com um pouco de prática, podemos obter essas habilidades de volta. "

Emoções

Uma vez que a terapia de remediação cognitiva aborda os processos básicos dos pensamentos dos pacientes em vez do conteúdo, a intervenção é projetada para ser afetivamente neutra quanto ao conteúdo, pois tal referência às emoções e sentimentos dos pacientes foi breve. Entretanto, já que os pacientes naturalmente experimentam emoções durante o tratamento, os terapeutas reconheceram frequentemente emoções positivas e negativas que foram experimentadas ou expressadas por pacientes nas sessões.

As emoções positivas mais frequentemente comentadas foram prazer, diversão e humor, mencionadas em 14 (61%) de letras. Os terapeutas discutiram como os pacientes desfrutaram aspectos da terapia de remediação cognitiva, em particular as tarefas, e também comentaram o prazer que tinham experimentado no trabalho com seus pacientes.

"... nos divertimos com as tarefas de ilusão, e novamente você sempre foi capaz de ver ambas as imagens, mesmo que possa demorar alguns instantes para achar a segunda [ilusão] e para alternar entre as duas. "

"O que notei com mais clareza foi a sua confiança ou autoestima crescer ao longo das sessões. Isto se refletiu na maneira como você se abordou as tarefas. Como você disse, você sente que já foi capaz de pegar um pouco deste aumento da confiança e usá-lo em outras situações, como nas suas sessões de TO [terapia ocupacional]. "

A ansiedade foi a emoção negativa vivenciada durante a intervenção que foi mais citada, que foi comentada em oito cartas (35%). Os terapeutas descreveram como seus pacientes se sentiram ansiosos em relação a completarem as tarefas perfeitamente ou onde se exigiu que fossem mais flexíveis em seus pensamentos ou comportamentos.

"Quando começamos as sessões, você parecia ansioso para fazer todas as tarefas corretamente. Você se lembra de descrever as imagens complexas para que eu pudesse desenhá-las? Você se culpou por eu ter desenhado errado as formas e achou difícil de acreditar que eu não sou muito bom em desenhar diagramas. "

Comida, peso e imagem corporal

Sete (30%) das cartas fizeram referência a características centrais da AN, como comida, peso e imagem corporal, embora as referências tenham sido frequentemente breves e não o foco principal das cartas. As referências a este tópico foram uma forma de colocar as sessões de terapia de remediação cognitiva no contexto mais amplo das doenças de seus pacientes e refletir sobre as discussões durante a intervenção em relação a esses temas.

"Você, então, comentou que isso é um pouco como o seu transtorno alimentar - você disse que pode ser fixada em muitas coisas, mas se você dá um "passo para trás" você pode ver que essas coisas não são tão importantes."

"Se eu te entendi direito, por trás disso tudo está na verdade uma mudança que você quer fazer em seu foco, parar de focar tudo em sua vida em torno de alimentos e começar a se concentrar em viver a sua vida " .

Eficácia

Houve uma série de características que terapeutas consideraram como contribuindo para a eficácia e os resultados bem-sucedidos da intervenção. Na

maior parte das vezes os terapeutas comentaram sobre o trabalho árduo e o compromisso que os pacientes tem com na terapia, mencionados em 16 cartas (70%).

"Sua motivação e compromisso com o trabalho psicológico, incluindo as nossas sessões de terapia de remediação cognitiva, te dão ferramentas importantes para enfrentar os desafios que trazem a superação de sua anorexia nervosa, obsessões e compulsões."

Como discutido antes, a habilidade dos pacientes de refletir e desafiar seus estilos e estratégias de pensamento era uma característica adicional que foi identificada em algumas cartas como tendo um impacto nos resultados da intervenção.

Em resumo

Em suma, muitos temas semelhantes surgiram através das 23 cartas dos terapeutas e todas as cartas descreviam realizações dos pacientes e progressos possibilitados pela intervenção. Isto tomou a forma de três estágios distintos: 1. refletir sobre estilos cognitivos e desafiá-los, 2. ligar tarefas de terapia de remediação cognitiva com situações da vida cotidiana e dar exemplos da vida real, e 3. realizar tarefas comportamentais para casa e aplicar a terapia de remediação cognitiva à vida cotidiana. A maioria das cartas resumiu aspectos da intervenção que os pacientes acharam difíceis e sugeriu áreas para serem trabalhadas no futuro. Os temas menos dominantes foram as emoções experimentadas durante a intervenção e as características centrais da AN. As cartas também reconheceram atributos pessoais em seus pacientes que eles reconheceram como importantes para o progresso de seus pacientes.

Uma das principais características da terapia de remediação cognitiva é que ela é afetivamente neutra quanto ao conteúdo e não se concentra em comida, peso e imagem corporal, que os pacientes acharam um aspecto revigorante de seu tratamento (Whitney, Easter & Tchanturia, 2007). No entanto, as cartas dos terapeutas identificaram os tipos de emoções e sentimentos que os pacientes podem experimentar durante a terapia de remediação cognitiva e como às vezes pode ser útil se referir a características centrais da doença para compreender estilos de pensamento mais úteis.

Os temas que aparecem nas cartas dos terapeutas refletem tanto os temas que emergem do relato das cartas de fim de tratamento dos pacientes (Whitney, Easter & Tchanturia, 2007) quanto os fundamentos teóricos da terapia de remediação cognitiva (Baldock & Tchanturia, 2007, Tchanturia, Davies, & Campbell, 2007, Tchanturia et al 2008, Tchanturia e Hambrook

2009). Muitos dos princípios da entrevista motivacional e estágios de mudança também são aplicáveis à terapia de remediação cognitiva e podem ser vistos nos principais conceitos das cartas dos terapeutas. O enfoque variado das cartas dos terapeutas em diferentes estágios da intervenção implica que os terapeutas adaptem a intervenção à prontidão e à capacidade de mudança individual de seus pacientes.

8

Benefícios da terapia de remediação cognitiva a longo prazo

Vimos que há evidências de que o perfil neuropsicológico dos pacientes com AN pode mudar após a terapia de remediação cognitiva (Tchanturia et al, 2008). No entanto, é importante saber se a terapia de remediação cognitiva também teve um impacto sobre as atribuições dos estilos de pensamento dos próprios pacientes e outros resultados.

É bem estabelecido que pacientes com transtornos alimentares têm baixa autoestima (por exemplo, Geller et al, 1998). Os estudos que usam a terapia de remediação cognitiva para reportar psicose melhoraram a autoestima enquanto os pacientes estavam engajados no tratamento (Wykes e Reeder, 2005). A depressão e a ansiedade também são aspectos clínicos fundamentais na apresentação da AN. Verificou-se também que níveis aumentados de depressão e ansiedade persistem mesmo após se ter recuperado dos sintomas de transtorno alimentar (Pollice et al, 1997). O índice de massa corporal é rotineiramente medido como parte do tratamento para transtornos alimentares e é um marcador clínico de resultados amplamente utilizado na pesquisa de transtornos alimentares. Autoestima, depressão, ansiedade e ganho de peso não são visados pela intervenção da terapia de remediação cognitiva. No entanto, dada a significância desses resultados clínicos na AN, desejávamos monitorar as alterações antes e depois da terapia de remediação cognitiva.

Era rotineiramente pedido aos pacientes que completassem as medidas dos resultados do autorrelato antes e depois da terapia de remediação cognitiva e em 6 meses depois do tratamento. As medidas de autorrelato foram as seguintes:

Cognitive Flexibility Scale (CFS) (Martin e Rubin, 1995)

Thinking Skills Questionnaire (TSQ) (Powell e Malia, 2003) Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE) (Rosenberg, 1965)

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Zigmond e Snaith, 1983)

O IMC dos pacientes também foi registrado em vários momentos ao longo do tratamento e acompanhamento: na admissão à unidade de internação

1 e 2 semanas antes da intervenção Em cada uma das dez sessões

Em 1 e 2 semanas após a intervenção No acompanhamento de 6 meses

Cômputo dos dados longitudinais

Tabela 1. Média e desvios padrão para o IMC coletado antes do tratamento, pós-tratamento e nos 6 meses de acompanhamento

Base (n = 23)	Pós- tratamento (n = 23)	6 meses de acompanhamento (n = 12)
Média (SD)	Média (DP)	Média (SD)
14,8 (1,4)	16,2 (1,3)	16,7 (1,6)

Fig. 1. Escores médios na escala de flexibilidade cognitiva média (EFC)

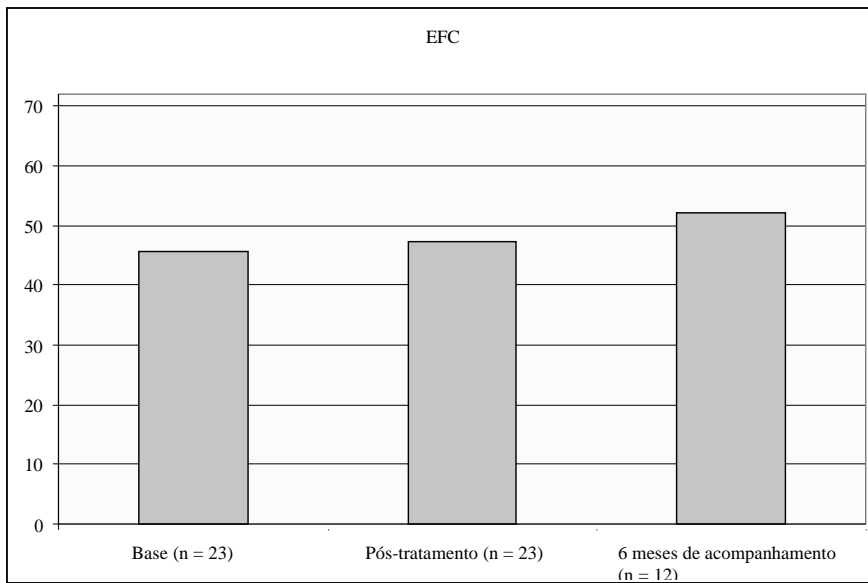


Fig. 2. Escores médios no questionário de habilidades de pensamento (QHP)

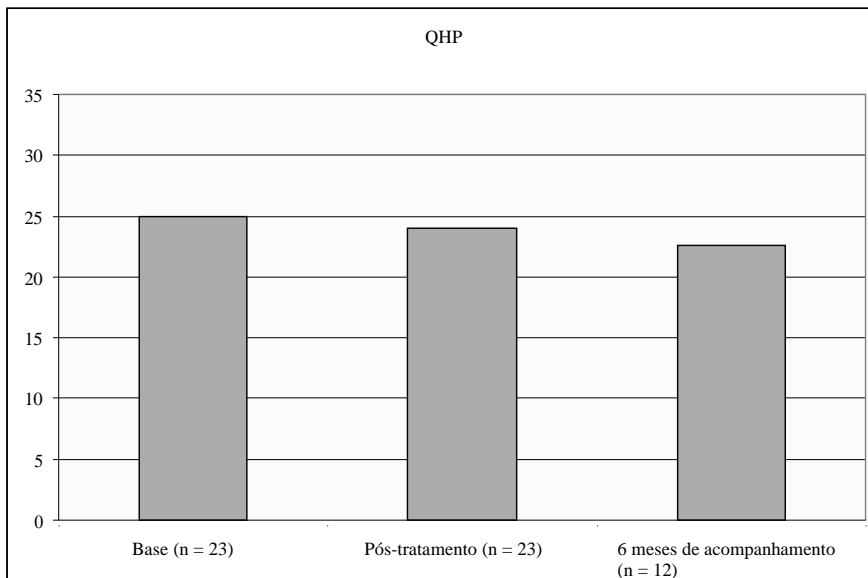


Fig. 3. Escores médios na escala Rosenberg de autoestima (RAE)

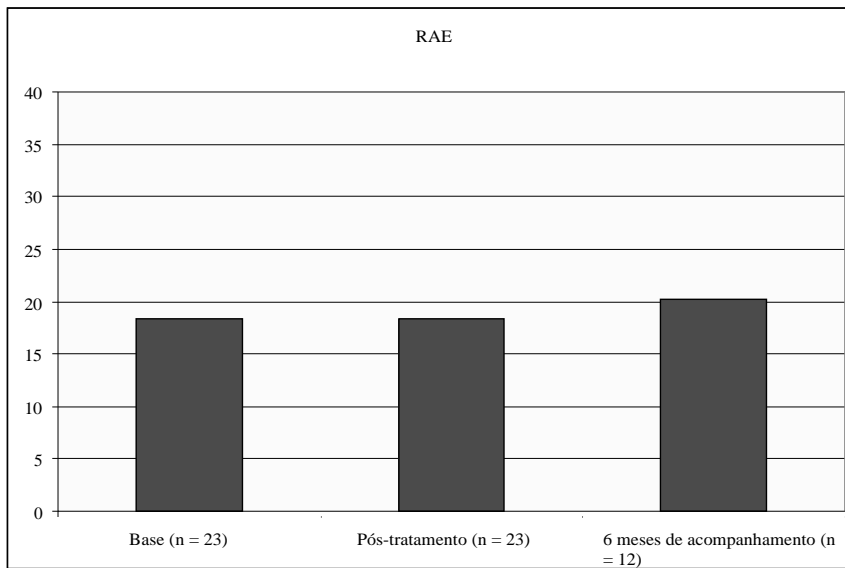
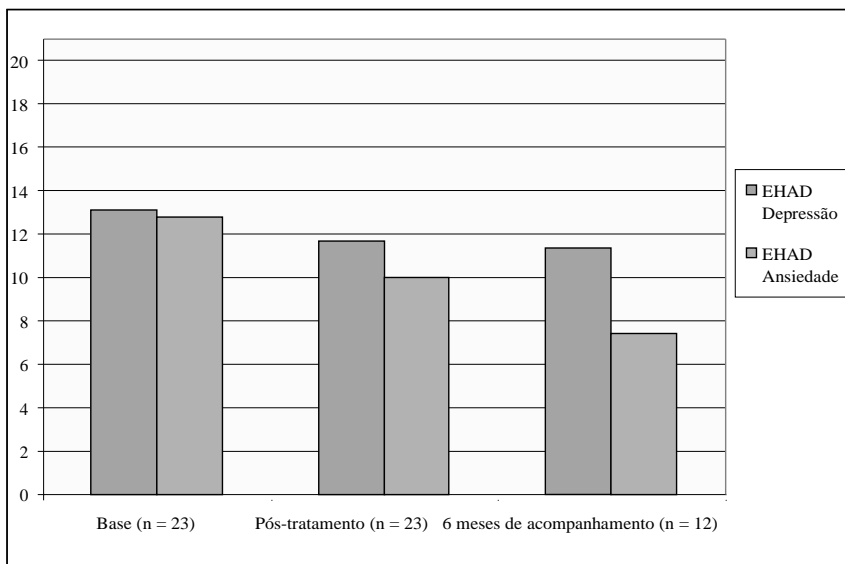


Fig. 4 Escores médios na escala hospitalar de ansiedade e depressão (EHAD)



A mudança nos escores das cinco medidas mostrou melhora. Em relação aos estilos de pensamento, observaram-se aumentos lineares significativos no EFC, representando uma melhora de longo prazo no pensamento flexível. As mudanças nas outras áreas clínicas da autoestima, da depressão e da ansiedade igualmente revelaram uma melhora nos escores, entretanto, somente as melhorias nos níveis de depressão alcançaram significância estatística. As mudanças significativas no IMC também são encorajadoras, com melhorias no status de peso continuando nos 6 meses de acompanhamento. No entanto, deve-se notar que os participantes deste estudo foram retirados de uma unidade de internação especializada em transtornos alimentares, portanto, aumentos na saúde nutricional não podem ser atribuídos unicamente à terapia de remediação cognitiva.

9

Perguntas frequentes

Quantos exercícios se espera que sejam feitos em cada sessão?

Dez exercícios são o máximo por sessão, no entanto, seja flexível, porque os pacientes têm um ritmo diferente no início da terapia. Os formulários de avaliação no manual fornecem apenas sugestões do que fazer. Aprendemos que "menos é mais" e é importante deixar tempo para a reflexão, em vez de fazer as tarefas só por fazer.

O que posso fazer se meu paciente não apresentar dificuldades em alguma das tarefas que implementarmos na sessão?

Incentive-os, reconheça seus pontos fortes cognitivos e explore se eles têm dificuldades em suas estratégias nas tarefas cotidianas. Se forem identificados problemas, trabalhe com os pacientes para explorar possíveis soluções e como as forças cognitivas podem ser aplicadas à vida real.

Como posso encorajar o meu paciente se ela/ele não conseguir dar exemplos da vida real?

Incluimos os exemplos de outros pacientes no manual. Eles podem fornecer um trampolim para que seu paciente possa pensar sobre seus próprios exemplos da vida real. Incentive-os a pensar novamente.

O que posso fazer se meu paciente quiser falar sobre questões emocionais ou exemplos relacionados a comida/emoções?

Fique com ele, mas se você não for capaz de lidar com o problema que eles trouxeram na sessão, volte para os objetivos da tarefa e para onde você começou. Detenha-se no componente cognitivo do problema, em vez de ser atraído para o elemento emocional.

O que posso fazer se o meu paciente disser que:

Ela/ele está entediado com (alguns dos) os exercícios?

Explore por que isso ocorre antes de excluir o exercício. Pode ser porque o exercício é muito fácil ou difícil, caso em que você pode alterar o ritmo em que você os faz. Você pode introduzir novos exercícios, para testar; você pode discutir como esses exercícios são usados em várias circunstâncias. Se o paciente achar que não são úteis e quiser sair, respeite esta escolha. Mencione que para algumas

para pessoas pode ser irrelevante e isso não afetará seus planos de tratamento futuro e gestão do cuidado.

Ela/ele acha alguns exercícios muito fáceis?

Reconheça que eles estão indo muito bem e mencione que nem todos os acham fáceis e é muito impressionante achar todas as tarefas fáceis; no entanto, muitos exercícios provocam a criatividade e permitem que se aumente a dificuldade, e talvez também seja hora de trabalhar com exemplos da vida real.

Ela/ele acha que alguns exercícios são muito difíceis?

Reconheça que as tarefas são bastante difíceis e talvez seja melhor empregar uma estratégia diferente. Por exemplo, com as tarefas de estimativa ou Stroop, cobrindo a maior parte da tarefa para que apenas uma pequena parte possa ser vista pode torná-las menos assustadoras.

Ela/ele acha alguns exercícios muito frustrantes?

Vale a pena explorar que parte da tarefa é frustrante: é porque é muito fácil ou muito difícil?

E se o paciente diz que não compreende a finalidade da terapia de remediação cognitiva e como ele se relaciona com a sua doença?

Se é nas primeiras sessões você pode explicar que, conforme as sessões progredirem, os estilos de pensar que as tarefas evocam irão, se tudo der certo, se ligar aos cenários e aos comportamentos da vida real. Se esta pergunta é feita em sessões mais avançadas da terapia, pode ser útil lembrar tarefas específicas em que o paciente pode ter ido bem, refletindo sobre esses exemplos e revisitando-os e expandindo-os mais.

O que posso fazer se o paciente não fez as experiências comportamentais que tínhamos combinado na sessão anterior?

Obviamente, encontrar a razão para isso. Pode ser que ela tenha sido considerada um desafio muito grande e ele não estava suficientemente preparado. Com mais preparação (isto é, você e o paciente que discutindo o cenário e os pensamentos que serão evocados) ele pode tentar esta tarefa outra vez ou talvez outra coisa. A lista de tarefas comportamentais no manual pode ajudar sugerindo ideias de comportamentos para se testar.

Quanto tempo deve durar uma sessão? O que posso fazer se o paciente insiste em tornar as sessões mais longas do que é recomendado (porque ela/ele gosta ou acha útil)?

Cada sessão deve durar entre 30 e 45 minutos. A terapia não se destina a ser exaustiva para o paciente. Se considerar que seu paciente demora muito tempo fazendo os exercícios, então reduza o número de exercícios que podem ser feitos no prazo alocado. Ou pode ser o caso que seu paciente gasta um longo tempo refletindo sobre os exercícios,

que é igualmente útil, mas tente balancear os exercícios e a reflexão de modo que o paciente tenha a possibilidade de se beneficiar de ambos.

O terapeuta pode promover a reflexão sobre os exercícios durante as duas primeiras sessões?

Na primeira sessão você pode provavelmente ter uma ideia da capacidade de seu paciente para fazer os exercícios. Se o seu paciente faz os exercícios muito facilmente, ou seja, é bom e rápido na alternância, bom em descrever uma figura global, etc, mas também parece disposto e confiante para começar a refletir sobre as tarefas, então o terapeuta pode começar a incentivar isso na segunda sessão.

Quando é recomendado iniciar experimentos comportamentais?

Depende muito do indivíduo. Alguns pacientes em nossa experiência estão prontos para começar com experimentos comportamentais na segunda ou terceira sessão; outros estão prontos nas sessões posteriores, por exemplo, sessões 6 ou 7. Tivemos alguns pacientes que não conseguiram implementar em comportamentos reais as estratégias que discutimos na sessão. Com estes pacientes, a maior parte do tempo foi gasta refletindo sobre estilos de pensamento e pensando sobre diferentes estratégias.

APÊNDICE A

Exemplo de formulário de avaliação

<i>Tarefas</i>	<i>X</i>	<i>Perguntas exploratórias</i> <i>O que aprendeu com essas tarefas?</i>	<i>Comentários do terapeuta</i>
Figuras complexas de Rey		<i>O que elas mostraram sobre o seu estilo de pensamento?</i>	
Tarefa da ilusão I			
Tarefa da ilusão II			
Tarefa de Stroop I			
Tarefa de Stroop II			
Ideia principal			
Tarefa de estimativa			
Pilha de cartas			

APÊNDICE B

Abaixo estão descrições das avaliações neuropsicológicas utilizadas no estudo piloto. Elas foram incluídas simplesmente para se referir ao que foi usado para avaliar os pacientes em nosso estudo e não são uma medida prescritiva de avaliações que têm que ser usadas.

O teste de Brixton (Burgess e Shallice 1997). Solicita-se aos participantes que prevejam os movimentos de um círculo azul, que muda de lugar após cada resposta. Um conceito (regra) deve ser inferido a partir de seus movimentos para que se façam previsões corretas. Ocasionalmente, o padrão de movimento muda e o participante tem de abandonar o conceito antigo a favor de um novo.

Tarefa de fazer trilhas (Kravariti 2001). Uma versão computadorizada foi usada, em que a tarefa é apresentada em uma unidade de exposição visual (VDU) e um rato é usado para responder. Há três níveis: uma tarefa de controle do motor em que as respostas são passadas a uma "bola" alternante; uma sequência alfabética ascendente (tarefa de 20 letras); e uma sequência alfabética e numérica, tarefa de 20 números/letras.

Figura de Rey (Osterrieth 1944). Esta tarefa de figura complexa é usada como um meio de examinar o estilo organizacional no que diz respeito à construção e cópia de figuras complexas. A cada um dos participantes é dada uma folha em branco e a figura é apresentada. Pede-se que eles copiem a figura o mais cuidadosamente possível. Lápis de cor (que são trocados enquanto o participante está desenhando) e gravador de vídeo são utilizados para melhorar a precisão da coleta de dados. Foi desenvolvido um sistema de pontuação para a coerência central (Booth, 2006).

Este sistema de pontuação produz um Índice de Coerência Central resultante de pontuações independentes para a ordem de construção, forma e estilo.

A tarefa Cat-Bat (Eliava, 1964; Tchanturia et al., 2002). Os participantes são convidados a preencher as letras que faltam em um conto com a maior rapidez e precisão possível. Na primeira parte da história os requisitos contextuais induzem o participante a preencher com a letra 'c' e reconstruir a palavra do fragmento como 'ca' [gato]. Na segunda parte da história (a parte que muda), a palavra 'ca' não é mais apropriada e o contexto exige que o participante preencha a letra 'b' e reconstrua a palavra como 'ba' [morcego]. Assim, na primeira parte, os participantes são induzidos a reconstruir uma palavra (gato) e na segunda parte da tarefa eles precisam ajustar sua flexibilidade [*cognitive set*] às mudanças no contexto. O número de erros perseverativos e o tempo de conclusão da tarefa são medidos.

A tarefa da ilusão háptica (Tchanturia et al., 2001, 2004; Uznadze, 1966). Esta é uma tarefa perceptiva de alternância. Esta versão usa três bolas de madeira: duas pequenas bolas de tamanho igual (5 cm de diâmetro) e uma bola maior (diâmetro de 8 cm). Pede-se aos participantes que julguem o tamanho relativo de duas bolas em suas mãos, mantendo os olhos fechados. Primeiro, a bola maior e uma das bolas menores são colocadas nas mãos do participante. Este processo é repetido 15 vezes (a mesma bola é colocada na mesma mão em cada uma das vezes). Então, durante o estágio "crítico" (30 apresentações), os participantes recebem as duas bolas idênticas de 5 cm, uma em cada mão. Pergunta-se a eles se há alguma diferença de tamanho entre as bolas. A maioria dos participantes saudáveis do grupo de controle têm a ilusão de que a esfera na mão que previamente segurava a esfera maior é a menor das duas. O número de tentativas em que as ilusões são experimentadas é uma medida da rigidez perceptiva.

LEITURAS RECOMENDADAS PARA PACIENTES

Transtorno obsessivo compulsivo

- Hyman, B. & Pedrick, C. (1999). *The OCD Workbook – Your Guide to Breaking Free from OCD*. Oakland, CA: New Harbinger Publications. Recommended by many sufferers. A very practical workbook-style approach to overcoming obsessional problems. User-friendly, lots of photocopiable worksheets, etc.
- Veale, D. & Willson, R. (2005). *Overcoming Obsessive Compulsive Disorder – A Self-Help Guide Using Cognitive Behavioural Techniques*. London: Robinson. Useful for those who suffer from OCD and those who care for them.

Perfeccionismo

- Adderholdt, M. & Goldberg, J. (1999). *Perfectionism: What's Bad About Being Too Good?* Minneapolis, MN: Free Spirit (www.freespirit.com).
- Anthony, M. M. & Swinson, R. P. (1998). *When Perfect Isn't Good Enough: Strategies for Coping with Perfectionism*. Oakland, CA: New Harbinger Publications. This book is clearly written and contains many ideas. It has a specific chapter on dieting and body image.
- Basco, M. R. (1999). . New York: Free Press. This book takes you through the thoughts and experiences of four archetypical perfectionists. The style is warm and easy reading.
- Smith, A. W. (1990). *Overcoming Perfectionism*. Deerfield Beach, FL: Health Communications.

Autoestima

Fennell, M. (1999). *Overcoming Low Self-Esteem: A Self-Help Guide using Cognitive Behavioural Techniques*. London: Robinson Publishing (www.constablerobinson.com).

REFERÊNCIAS

Terapia de remediação cognitiva para anorexia nervosa

Baldock, E. & Tchanturia, K. (2007). Translating laboratory research into clinical practice: foundations, functions and future of cognitive remediation therapy for anorexia nervosa. *Therapy*, 4(3), 285–292.

Cwojdzinska, A, Markowska-Regulska K, Rybanowski F (2009) Cognitive remediation therapy in adolescent anorexia nervosa-case report. *Psychiatr Pol* 43(1)115-24

Davies, H. & Tchanturia, K. (2005). Cognitive remediation therapy as an intervention for acute anorexia nervosa. A case report. *Eur Rev Eat Disorder*, 13, 311–316.

Easter A, Tchanturia K, (in press) Therapists' Experiences of Cognitive Remediation Therapy for Anorexia Nervosa: Implications for working with adolescents. *J Child Clin Psychiatry*

Genders R, Tchanturia K. Cognitive Remediation Therapy (CRT) for Anorexia in Group Format: A Pilot study *Weight Eat. Disord* (in press)

Genders R, Davies H, StLouis L, Kyriacou O, Hambrook D, Tchanturia K (2008) Long-term benefits of CRT for anorexia. *Brit J Health Manage*: 14(12): Suppl 15-19

Pretorius, N. & Tchanturia, K. (2007). Anorexia nervosa: how people think and how we address it in cognitive remediation therapy. *Therapy*, 4 (4), 423–431.

Tchanturia, K., Whitney, J. & Treasure, J. (2006). Can cognitive exercises help treat anorexia nervosa? A case report. *Weight Eat. Disord.*, 11 (4), e112–e117.

Tchanturia, K., Davies, H. & Campbell, I. (2007). Cognitive remediation therapy for patients with anorexia nervosa: preliminary findings. *Ann. Gen. Psychiatry*, 6, 14.

Tchanturia K, Davies H, Lopez C, Schmidt, U, Treasure J, Wykes T; (2008) Neuropsychological task performance before and after cognitive remediation in anorexia nervosa: A pilot case series *Psychol Med* 38(9):1371-3

Tchanturia K, Hambrook D. Cognitive Remediation (2009) In The Treatment of Eating Disorders; Clinical Handbook; C. Grilo and J. Mitchell. (Guilford Press) p130-150

Tchanturia K, Lock J. Cognitive Remediation Therapy (CRT) for Eating Disorders— (in press) Development, Refinement and Future Directions in Behavioural Neurobiology of Eating Disorder ed W. Kaye and R. Adan

Whitney, J., Easter, A. & Tchanturia, K. (2008). Service users' feedback on cognitive training in the treatment of anorexia nervosa: a qualitative study. *Int J Eat Disorders*, 41 (6), 542–550.

Estudos neuropsicológicos que informaram a terapia de remediação cognitiva para anorexia nervosa

Booth, R. (2006). *Local-Global Processing and Cognitive Style in Autism Spectrum Disorders and Typical Development*. London: King's College.

Casper, R. C., Hedeker, D. & McClough, J. F. (1992). Personality dimensions in eating disorders and their relevance for subtyping. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 31, 830–840.

Gillberg, I., Gillberg, C., Rastam, M. & Johansson, M. (1996). The cognitive profile of anorexia nervosa: a comparative study including a community based sample. *Compr. Psychiatry*, 37, 1, 23– 30.

Green, M. W., Elliman, N. A. & Wakeling, A. (1996). Cognitive functioning, weight change and therapy in anorexia nervosa. *J. Psychiatr. Res.*, 30, 401–410.

Kingston, K., Szmukler, G. & Andrewes, D. (1996). Neuropsychological and structural brain changes in anorexia nervosa before and after refeeding. *Psychol. Med*, 26, 15–28.

Lopez, C., Tchanturia, K., Stahl, D., Booth, R., Holliday, J. & Treasure, J. (2008). An examination of the concept of central coherence in women with anorexia nervosa. *Int J Eat Disorders*, 41 (2), 143– 152.

Lopez C, Tchanturia K, Stahl D, Treasure, J. (2008) Central coherence in eating disorders: a systematic review. *Psychol Med*. 38(10):1393-404

Miyake, A., Friedman, N. P., Emerson, M. J., Witzki, A. H. & Howerter, A. (2000). The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex 'frontal lobe' tasks: a latent variable analysis. *Cog Psychology*, 41, 49–100.

x

Roberts M, Tchanturia K, Treasure J. (2010) Exploring the Neurocognitive Signature of Poor Set- shifting in Anorexia and Bulimia Nervosa. *J Psych Res*. PMID:20398910

Schmidt, U. & Treasure, J. (2006). Anorexia nervosa: valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *Br J Clin Psychol.*, 45, 1–25.

Southgate L, Tchanturia K, Treasure J, (2009) Neuropsychology in Eating Disorders in *The Neuropsychology of Mental Illness* (Cambridge University Press) Ed. Stephen Wood, Nick Allen and Christos Pantelis (p.316-325)

Szmukler, G. I., Andrewes, D. & Kingston, K. (1992). Neuropsychological impairment in anorexia nervosa: before and after refeeding. *J. Clin. Exp. Neuropsychol.*, 14, 347–352.

Tchanturia, K., Serpell, L., Troop, N. & Treasure, J. (2001). Perceptual illusions in eating disorders: rigid and fluctuating styles. *J Behav Ther Exp. Psychol.*, 32, 107–115.

Tchanturia, K., Morris, R. G., Surguladze, S. & Treasure, J. (2002). An examination of perceptual and cognitive set shifting tasks in acute anorexia nervosa and following recovery. *Eat Weight Disord.*, 7, 312–315.

Tchanturia, K., Morris, R. & Breclj Anderluh, M. (2004). Set shifting in anorexia nervosa: an examination before and after weight gain, in full recovery and the relationship to childhood and adult OCPD. *J Psychiatr Res.*, 38, 545–552.

Tchanturia, K., Campbell, I. C., Morris, R. et al. (2005). Neuropsychological studies in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*, 37, S72-S76.

Vitousek, K. & Manke, F. (1994). Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *J Abnorm Psychol*, 103, 137–147.

Outras obras que informaram a terapia de remediação cognitiva para anorexia nervosa

Anderluh, M., Tchanturia, K., Rabe-Hesketh, S. & Treasure, J. (2003). Childhood obsessive-compulsive personality traits in adult women with eating disorders: defining a broader eating disorder phenotype. *Am J Psychiatry*, 160, 242–247.

Bell, M. & Bryson, G. (2001). Work rehabilitation in schizophrenia: does cognitive impairment limit improvement? *Schizophr Bull.*, 27, 269–279.

Bell, M. & Fox, N. A. (2003). Cognition and affective style: Individual differences in brain electrical activity during spatial and verbal tasks. *Brain Cog.*, 53, 441–451.

Bell, M., Bryson, G., Grieg, T. et al. (2001). Neurocognitive enhancement therapy with work therapy: effects on neuropsychological test performance. *Arch Gen Psychiatry*, 58, 763–768.

Buhlmann, U., Deckersbach, T., Engelhard, I. et al. (2006). Cognitive retraining for organizational impairment in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Res.*, 15, 144(2–3):109–116.

Bulik, C. M., Berkman, N. D., Brownley, K. A., Sedway, J. A., & Lohr, K. N. (2007). Anorexia Nervosa Treatment: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Int J Eat Disord*, 40 (4), 310– 320.

- Connan, F., Campbell, I., Katzman M., Lightman, S. & Treasure, J. (2003). A neurodevelopmental model for anorexia nervosa. *Physiol Behav*, 79, 13–24.
- Crane A, Roberts M & Treasure J. (2007) Are Obsessive-Compulsive Personality Traits Associated with a Poor Outcome in Anorexia Nervosa? A Systematic Review of Randomized Controlled Trials and Naturalistic Outcome Studies, *Int J Eat Disord*, 40: 581 - 588
- Davies, H., Laio, T, Campbell, I and Tchanturia, K. (2009) Multidimensional self reports as a measure of characteristics in people with eating disorders. *Eat Weight Disord*,14 (2-3) 84-91
- Delahunty, A., Reeder, C., Wykes, T. et al. (2002). *Revised Cognitive Remediation Therapy Manual*. London: Institute of Psychiatry.
- Delahunty, A., Morice R., Frost., B (1993) Specific cognitive flexibility rehabilitation in schizophrenia. *Psychol Med*, 23(1), 221-7.
- Doidge N (2007) *The Brain that changes itself*. Penguin Books
- Dweck, C. S. (2006). *Mindset in the New Psychology of Success*. New York: Random House. Eslinger, P. and Oliveri, M. (2002) *Approaching Interventions Clinically and Scientifically* P.I Eslinger Ed in "Neuropsychological Interventions –clinical research and practice, Guildford University Press.
- Feuerstein, R. (1980). *Instrumental Enrichment: An Intervention Program for Cognitive Modifiability*. Baltimore, MD: University Park Press.
- Gillberg, I., Rastam, M., Wentz, E. & Gillberg, C. (2007). Cognitive and executive functions in anorexia nervosa ten years after onset of eating disorder. *J. Clin. Exp. Neuropsychol.*, 29, 170–178.
- Goldberg, E. (2001). *The Executive Brain Frontal Lobes and the Civilized Mind*. Oxford: Oxford University Press.
- Goldberg, E. (2005). *The Wisdom Paradox. How your Mind can Grow Stronger as your Brain Grows Older*. Bath: Simon & Schuster.
- Holliday, J., Tchanturia, K., Landau, S., Collier, D. & Treasure, J. (2005). Is impaired set shifting an endophenotype of anorexia nervosa? *Am J Psychiatry*, 162, 2269–2275.
- Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H. C., & Agras, W. S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: Application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psych Bull*, 130, 19–65.
- Jones, B., Duncan, C., Brouwers, P. & Mirsky, A. (1991). Cognition in eating disorders. *J Clin Exp Neuropsychol.*, 13, 711–728.
- Kemps, E. & Topley, M. (2009). Preoccupation with detail contributes to poor abstraction in anorexia nervosa. *J Clin Exp Neuropsychol*, in press.

- Keys, A., Brozek, J., Henschel, A., Mickelson, O., & Taylor, H. (1950). *The biology of human starvation*. Minneapolis MN: University of Minnesota Press.
- Klump KL, Bulik CM, Kaye WH, Treasure J, Tyson E. (2009) Academy for eating disorders position paper: Eating disorders are serious mental illnesses. *Int J Eat Disord*. Mar;42(2):97-103.
- Lezak, M., Howieson, D. & Loring, D. (2004) *Neuropsychological Assessment*, 4th edn. New York: Oxford University Press.
- Lock, JD., & Fitzpatrick, K. (2009). Anorexia Nervosa. *British Medical Journal, Clinical Evidence*, 01(1011), 1-19.
- Maguire, E. A., Gadian, D. G. & Johnsrude, I. S. (2000). Navigation-related structural change in the hippocampi of taxi drivers. *Proc Natl Acad Sci. USA*, 97(8), 4398–4403.
- McGurk S, Twamley E, Sitzer D, McHugo G, Mueser K (2007) A meta analysis of cognitive remediation in schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 164, 179-1802.
- Mcintosh, V. W., J. Jordan, et al. (2005). "Three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial." *Am J Psychiatry* 162: 741-747.
- Medalia A, Choi J, (2009) Cognitive Remediation in Schizophrenia. *Neuropsychology Review* 19: 353- 364
- Morice R, Delahunty A.(1993) Integrated psychological therapy for schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 163:414-5.
- National Institute of Clinical Excellence (2004) Core interventions for the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. - National Collaborating Centre for Mental Health Leicester; London: British Psychological Society and Royal College of Psychiatrists. <http://www.nice.org.uk/>
- Mathias, J. & Kent, P. (1998). Neuropsychological consequences of extreme weight loss and dietary restriction in patients with anorexia nervosa. *J Clin Exp Neuropsychol*, 20, 548–564.
- Powell, T. and Malia, K. (2003). *The Brain Injury Workbook: Exercises for Cognitive Rehabilitation*. Oxon: Speechmark.
- Reitan, R. M. (1958). Validity of the Trail Making test as indicator of organic brain damage. *Percept. Motor Skills*, 8, 271–276.
- Roder V, Mueller DR, Mueser KT, Brenner HD. (2006) Integrated psychological therapy (IPT) for schizophrenia: is it effective? *Schiz Bull*. 32, Suppl 1. S81-93
- Schmidt, U. & Treasure, J. (2006). Anorexia nervosa: valued and visible. A cognitive interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *Br J Clin Psychol*, 45, 343-366.
- Schnieder, P., Scherg, M., Dosch, H. G., Specht, H. J., Gutschalk, A. & Rupp, A. (2002). Morphology of Heschl's gyrus reflects enhanced activation in the auditory cortex of musicians. *Nat Neurosci.*, 5(7), 688–694.

- Sherman, B. J., Savage, C. R., Eddy, K. T. et al. (2006). Strategic memory in adults with anorexia nervosa: are there similarities to obsessive compulsive spectrum disorders? *Int J Eat Disord*, 39, 468–476.
- Siegle, G. J., Ghinassi, F., & Thase, M. E. (2007). Neurobehavioral therapies in the 21st century: summary of an emerging field and an extended example of cognitive control training for depression. *Cog Ther Res*, 31, 235–262.
- Steinglass, J. E., Walsh, B. T. & Stern, Y. (2006). Set shifting deficit in anorexia nervosa. *J. Int. Neuropsychol. Soc.*, 12, 431–435.
- Stevenson, C. S., Whitmont, S., Bornholt, L. et al. (2002). A cognitive remediation programme for adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Aust N Z J Psychiatry*, 36, 610–616.
- Treasure J, Claudino AM, Zucker N. (2010) Eating Disorders. *Lancet* 375(9714):583-93. Review Treasure, J.,
- Southgate, L., Tchanturia, K., Lopez, C. & Collier, D. (2006). Gene environment and developmental issues in eating disorders. *Assoc. Child Adolesc. Mental Health*, 25, 51–62.
- Vandereycken W. (2003) The place of inpatient care in the treatment of anorexia nervosa: Questions to be answered, *Int J Eat Disord*, 34: 409 – 422
- Wexler, B. E., Anderson, M., Fulbright, R. K. & Gore, J. C. (2000). Preliminary evidence of improved verbal working memory performance and normalization of task-related frontal lobe activation in schizophrenia following cognitive exercises. *Am J Psychiatry*, 157(10), 1694–1697.
- Wykes, T. & Reeder, C. (2005). *Cognitive Remediation Therapy for Schizophrenia: Theory and Practice*. London: Routledge Taylor and Francis Group.
- Wykes T, Huddy V. (2009) Cognitive remediation for schizophrenia: it is even more complicated. *Curr Opin Psychiatry*, 22:161-7

Referências para avaliações utilizadas no estudo piloto

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, Fourth Edition – Text Revision (DSMIV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Booth, R. (2006). *Local-Global Processing and Cognitive Style in Autism Spectrum Disorders and Typical Development*. London King's College: Institute of Psychiatry.
- Burgess, P. W. & Shallice, T. (1997). *The Hayling and Brixton Tests*. Bury St Edmunds, UK: Thames Valley Test Company Ltd.
- Eliava, N. (1964). *A Problem of Set in Cognitive Psychology*. Tbilisi: Academic Press.
- Kravariti, E. (2001). *A Neuropsychological Investigation of Adolescent Onset Schizophrenia*. London, King's College: Institute of Psychiatry.

Osterrieth, P. (1944). Test of copying a complex figure: contribution to the study of perception and memory. *Arch Psychol.*, 30, 206–356.

Tchanturia, K., Serpell, L., Troop, N. & Treasure, J. (2001). Perceptual illusions in eating disorders: rigid and fluctuating styles. *J. Behav Ther Exp Psychiatry*, 32, 107–115.

Tchanturia, K., Morris, R., Surguladze, S. & Treasure, J. (2002). An examination of perceptual and cognitive set shifting tasks in acute anorexia nervosa and following recovery. *Eat Weight Disord.*, 7, 312–315.

Uznadze, D. N. (1966). *The Psychology of Set*. New York: Consultants' Bureau.

Zigmond, A. & Snaith, R. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*, 67, 361–370.

ANEXO A

Professor K. Tchanturia FAED, FBPS, FHEA
Chartered Clinical Psychologist
P059 Psychological Medicine
Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience
London SE5 8AF
UK
e-mail: Kate.Tchanturia@kcl.ac.uk
Tel: 0207 848 0134
Fax: 0207 848 0182



Dear D

Andreza Carla de Souza Lopes
Neuropsicóloga - Psicóloga Clínica
Neuropsychologist - Clinical psychologist

Dear Andreza,

Thanks for your request regarding Cognitive Remediation Manual.

It will be great to have Portuguese translation of our manual.
I wish you success with this important task.

Truly yours

A handwritten signature in black ink that reads 'K. Tchanturia'.

Professor Kate Tchanturia

ANEXO B

 International Journal of Eating Disorders

[# Home](#)

[/ Author](#)

Submission Confirmation

 Print

Thank you for your submission

Submitted to
International Journal of Eating Disorders

Manuscript ID
IJED-22-0255

Title
NEUROPSYCHOLOGICAL ASSESSMENT PROTOCOL FOR ANOREXIA NERVOSA: EVIDENCE-BASED PRACTICE RECOMMENDATIONS.

Authors
LOPES, ANDREZA
COLOMBAROLLI, MAIRA
Cordas, Taki

Date Submitted
30-May-2022

[Author Dashboard](#)

ANEXO C

Wiley Authors | Submission

My Submissions

Andreza 

European Eating Disorders Review




[JOURNAL HOME](#)[AUTHOR GUIDELINES](#)[EDITORIAL CONTACT](#)

Powered by Atypon RaX

Submission Overview

This manuscript has been submitted to the editorial office for review. Changes cannot be made during editorial review, but you can view the information and files you submitted, below.

Article Type	Review		
Title	Executive Functioning Deficits and Central Coherence Among Patients with Anorexia Nervosa: literature review and meta-analysis		
Manuscript Files	Name	Type of File	Size
	Executive Functioning Deficit Among Patients with Anorexia Nervosa_literature review and meta-analysis Phynal.docx	Title Page	151.3 KB
	Executive Functioning Deficit Among Patients with Anorexia Nervosa_literature review and meta-analysis_Blind Main.docx	Blinded Main Document • MS Word	149.1 KB
	Figure 2 - IGT.pdf	Figure	37.6 KB
	Figure 3 - ROCE.pdf	Figure	38.1 KB
	Figure 4 - TMT.pdf	Figure	39 KB
	Figure 5 - WCST.pdf	Figure	41.6 KB
	Tables 1.pdf	Table	166.9 KB
	Table 2 .pdf	Table	112 KB
	Cover letter Andreza Lopez.pdf	Cover letter	99.2 KB

Name	Type of File	Size																		
Comments																				
<p>Abstract</p>	<p>The present study aimed to review the literature on executive functioning and central coherence of patients diagnosed with anorexia nervosa (AN), with the main objective of conducting a meta-analytic approach to this literature to identify whether there is an impairment of executive functions (EF) and on central coherence (CC) in AN patients compared with healthy controls. In the methodology, a literature review with meta-analysis was carried out on studies published between 2000 and 2019 that evaluated the EFs of patients with AN. The data search was performed in the PsycINFO, PubMed, Scopus, and LILACS databases, where a total of 1427 articles were found, of which 21 were eligible articles. The present study adds to the literature on AN's neuropsychology as it combines evidence from previous studies, using a meta-analytic approach, to measure the magnitude of deficit in specific EF abilities, i.e., set-shifting/cognitive flexibility, decision making, and central coherence. The results reveal that AN patients have consistent deficits in set-shifting and decision making, regardless of weight status, but central coherence is more impaired for severe/extreme underweight AN. Also, we provide additional evidence that visual set-shifting, is more importantly affected in AN patients, but not verbal set-shifting.</p>																			
<p>Authors</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="667 1182 906 1211">Name</th> <th data-bbox="906 1182 1161 1211">Email</th> <th data-bbox="1161 1182 1426 1211">Country/Location</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="667 1238 906 1429"> Andreza Carla de Souza Lopes ¹ Corresponding Author  0000-0003-1129-3681 </td> <td data-bbox="906 1238 1161 1294">andrezacarla@usp.br</td> <td data-bbox="1161 1238 1426 1294">Brazil</td> </tr> <tr> <td data-bbox="667 1451 906 1507">Maira Colombarolli ³</td> <td data-bbox="906 1451 1161 1507">maira.colombarolli@gmail.com</td> <td data-bbox="1161 1451 1426 1507">Brazil</td> </tr> <tr> <td data-bbox="667 1529 906 1585">Ruth Bartelli Grigolon ²</td> <td data-bbox="906 1529 1161 1585">rbgrigolon@gmail.com</td> <td data-bbox="1161 1529 1426 1585">Brazil</td> </tr> <tr> <td data-bbox="667 1608 906 1664">Paula Costa Teixeira ¹</td> <td data-bbox="906 1608 1161 1664">pctpaula@gmail.com</td> <td data-bbox="1161 1608 1426 1664">Brazil</td> </tr> <tr> <td data-bbox="667 1686 906 1742">Táki Athanássios Cordás ^{4, 5, 6}</td> <td data-bbox="906 1686 1161 1742">cordas@usp.br</td> <td data-bbox="1161 1686 1426 1742">Brazil</td> </tr> </tbody> </table>		Name	Email	Country/Location	Andreza Carla de Souza Lopes ¹ Corresponding Author  0000-0003-1129-3681	andrezacarla@usp.br	Brazil	Maira Colombarolli ³	maira.colombarolli@gmail.com	Brazil	Ruth Bartelli Grigolon ²	rbgrigolon@gmail.com	Brazil	Paula Costa Teixeira ¹	pctpaula@gmail.com	Brazil	Táki Athanássios Cordás ^{4, 5, 6}	cordas@usp.br	Brazil
Name	Email	Country/Location																		
Andreza Carla de Souza Lopes ¹ Corresponding Author  0000-0003-1129-3681	andrezacarla@usp.br	Brazil																		
Maira Colombarolli ³	maira.colombarolli@gmail.com	Brazil																		
Ruth Bartelli Grigolon ²	rbgrigolon@gmail.com	Brazil																		
Paula Costa Teixeira ¹	pctpaula@gmail.com	Brazil																		
Táki Athanássios Cordás ^{4, 5, 6}	cordas@usp.br	Brazil																		
<p>Affiliations</p>	<p>1. University of São Paulo (USP), Neurosciences and Behavior Programme, Eating Disorders Programme (AMBULIM), Medicine School, Institute and Department of Psychiatry, Clinical Hospital, São Paulo, Brazil</p>																			

Author Affiliations

2. Department of Psychiatry and Medical Psychology - Federal University of São Paulo - UNIFESP
3. Department of Psychology, Faculty of Philosophy, Sciences and Letters of the University of São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil
4. Institute and Department of Psychiatry, Clinical Hospital, USP, São Paulo, Brazil
5. Post-Graduation Program in Neuroscience and Behavior at USP, São Paulo, Brazil
6. Institute and Department of Psychiatry, Medicine School, USP, São Paulo, Brazil

Additional Information

Funders

No funding was received for this manuscript

Keywords

neuropsychology; anorexia nervosa

Is this submission for a special issue?

No, this is not for a special issue

Has this manuscript been submitted previously to this journal?

No, it wasn't submitted previously

Do you or any of your co-authors have a conflict of interest to disclose?

No, there is no conflict of interest

Suggested Reviewers

No response provided

Opposed Reviewers

No response provided

Cover Letter / Comments

Yes, I'd like to add a cover letter or comments

(see [Manuscript Files](#))

History

Submitted On	5 June 2022 by Andreza Lopes
	> Show this version history
Submission Started	5 June 2022 by Andreza Lopes

[Privacy policy](#) | [Terms & Conditions](#) | [Contact us](#) | [Help](#) | [Cookie Preferences](#)

©Axyon Systems, LLC [Axyon ReX](#)

ANEXO D

Wiley Authors | Submission

My Submissions

Andreza 

European Eating Disorders Review

[JOURNAL HOME](#)[AUTHOR GUIDELINES](#)[EDITORIAL CONTACT](#)

Powered by Atypon ReX

Submission Overview

This manuscript has been submitted to the editorial office for review. Changes cannot be made during editorial review, but you can view the information and files you submitted, below.

Article Type	Research Article		
Title	Translation and Cross-Cultural Adaptation of the Cognitive Remediation Therapy Manual – CRT: cognitive intervention in Anorexia Nervosa.		
Manuscript Files	Name	Type of File	Size
	Translation and Cross-Cultural Adaptation of the Cognitive Remediation Therapy Manual – CRT cognitive intervention in Anorexia Nervosa_complete.docx	Title Page	106.2 KB
	Translation and Cross-Cultural Adaptation of the Cognitive Remediation Therapy Manual – CRT cognitive intervention in Anorexia Nervosa.docx	Blinded Main Document - MS Word	93 KB
	CRT manual Portuguese Authorization.doc	Additional File for Review but Not for Publication	213 KB
	Cover_letter Andreza Lopes.doc	Cover letter / Comments	32.5 KB

Abstract

This study's objective was to carry through the transcultural adaptation of Brazil's first version of the Cognitive Remediation Therapy Manual - CRT, achieving semantic, conceptual, and cultural equivalence. Cognitive flexibility and central coherence are cognitive processes identified in characteristic functioning of people with anorexia nervosa. They are components identified in personality traits related to obsessive compulsive, perfectionist behaviors, vulnerable to the development of impaired cognitive processing styles. Given the presence of these impairments in cognitive functioning, cognitive remediation therapy emerged as a technique for intervention and rehabilitation of these processes, aiming at the rehabilitation of inflexible and detail-focused processing that is consistent with clinical observations of cognitive-behavioral rigidity. This study carried out the first version adapted for Brazil, with the translation and cross-cultural adaptation of neurocognitive intervention with people with anorexia nervosa, which presents scientific evidence for the intervention in processes of cognitive flexibility and central coherence. It is important to draw attention to the need of developing the next steps to investigate validity, allegiance, effectiveness, and efficiency of the intervention of the adapted version of the manual of the CRT, identifying the possible modifications and adequacies of the techniques for the Brazilian population.

Authors

Name	Email	Country/Location
Andreza Carla de Souza Lopes ¹ Corresponding Author  0000-0003-1129-3681	andrezacarla@usp.br	Brazil
Célia Almeida ²	celiaalmeida.psicologia@outlook.com.br	Brazil
Gabriela Nunes ²	gabn@live.com	Brazil
Alisson Rogério Caetano de Siqueira ³	psicoalisson17@gmail.com	Brazil
Martha Falcão de Castro e Costa ^{4, 5}	marthab_falcao@hotmail.com	Brazil
Felipe Quinto da Luz ^{6, 7}	felipe.luz@usp.br	Brazil
Livia Maria Cunha Bueno Villares da Costa ⁸	liviabueno.psicologia@gmail.com	Brazil

Maria Rita Gascón ⁹	marianita.pologascón@gmail.com	Brazil
Táki Athanássios Cordás ^{12, 10, 11}	cordas@usp.br	Brazil

Affiliations

1. University of São Paulo (USP), Neurosciences and Behavior Program, Eating Disorders Program (AMBULIM), School of Medicine, Institute and Department of Psychiatry, Clinical Hospital, São Paulo, Brazil
2. Eating Disorders Program (AMBULIM), School of Medicine, Institute and Department of Psychiatry, Clinical Hospital, USP, São Paulo, Brazil
3. Mackenzie University, Curitiba, Brazil
4. Pontifical Catholic University, Rio Grande Do Sul, Brazil
5. Post-Graduation Program, University Martha Falcao - Wyden, Manaus, Brazil
6. University of São Paulo, School of Medicine, Institute of Psychiatry, Eating Disorders Program (AMBULIM), São Paulo, SP, Brazil
7. University of Sydney, Faculty of Medicine and Health, Boden Collaboration for Obesity, Nutrition, Exercise & Eating Disorders, Charles Perkins Centre, Sydney, NSW, Australia
8. University of São Paulo, School of Medicine, São Paulo, Brazil
9. São Judas Tadeu University, São Paulo, Brazil
10. Institute and Department of Psychiatry, Clinical Hospital, USP, São Paulo, Brazil
11. Post-Graduation Program in Neuroscience and Behavior at USP, São Paulo, Brazil
12. Institute and Department of Psychiatry, School of Medicine, USP, São Paulo, Brazil

Additional Information

Funders

No funding was received for this manuscript

Keywords

anorexia nervosa; neuropsychology; cognitive therapy

Is this submission for a special issue?

..

No, this is not for a special issue

Has this manuscript been submitted previously to this journal?

No, it wasn't submitted previously

Do you or any of your co-authors have a conflict of interest to disclose?

No, there is no conflict of interest

Suggested Reviewers
No response provided

Opposed Reviewers
No response provided

Cover Letter / Comments

Yes, I'd like to add a cover letter or comments

(see [Manuscript Files](#))

History

Submitted On 28 May 2022 by Andreza Lopes

[Show this version history](#)

Submission Started 28 May 2022 by Andreza Lopes

[Privacy policy](#) | [Terms & Conditions](#) | [Contact us](#) | [Help](#) | [Cookie Preferences](#)

European Eating Disorders Review
Research Article

Translation and Cross-Cultural Adaptation of the Cognitive Remediation Therapy Manual – CRT: cognitive intervention in Anorexia Nervosa.

Submission Status Under Review
Manuscript ID ERW-RA-2022-05-3042
Submitted On 28 May 2022 by Andreza Lopes
Submission Started 28 May 2022 by Andreza Lopes

This submission is under consideration and cannot be edited. Further instructions will be emailed to you from ScholarOne.

[View Submission Overview](#)