

Anorexia nervosa e bulimia nervosa – abordagem cognitivo-construtivista de psicoterapia

Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa – a Psychotherapeutic Cognitive-constructivist Approach

CRISTIANO NABUCO DE ABREU¹
RAPHAEL CANGELLI FILHO²

Resumo

Dos transtornos alimentares, a anorexia nervosa e a bulimia nervosa são os que mais têm levado pacientes adolescentes, geralmente do sexo feminino e cada vez mais jovens, a buscar ajuda. Essa ajuda se dá através de um tratamento multidisciplinar envolvendo médicos psiquiatras, psicólogos e nutricionistas. A psicoterapia tem se mostrado um componente eficaz para a melhora dessas pacientes. O presente artigo tem por objetivo expor uma proposta de tratamento psicoterápico a partir da abordagem cognitivo-construtivista.

Palavras-chave: Anorexia nervosa, bulimia nervosa, abordagem cognitivo-construtivista.

Recebido: 02/09/2004 - Aceito: 15/09/2004

1 Psicólogo clínico, mestre e doutor em Psicologia Clínica. Coordenador da equipe de Psicologia do Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares (AMBULIM) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - HC-FMUSP. Diretor do Núcleo de Psicoterapia Cognitiva de São Paulo.

2 Psicólogo Clínico, mestre em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica - PUC-SP. Coordenador do Hospital Dia do Ambulatório de Bulimia e Transtornos Alimentares (AMBULIM) do Instituto de Psiquiatria do HC-FMUSP. Professor-supervisor do Curso de Psicologia da Universidade São Judas Tadeu.

Endereço para correspondência: AMBULIM – Rua Dr. Ovideu Pires de Campos, 785 – 2º andar – 05403-010 – São Paulo – SP – e-mail: ambulim@hcnnet.usp.br – Fone: (11) 3069-6975.

Abstract

Among the eating disorders, anorexia nervosa and bulimia nervosa are the ones that have made adolescent patients – often females and aged younger and younger – seek for help. This help is provided through a multidisciplinary treatment involving psychiatrists, psychologists and dietists. Psychotherapy has shown to be an efficient component for these patients' improvement. The present article aims at presenting a proposal of psychotherapeutic treatment based on a cognitive-constructivist approach.

Keywords: Anorexia nervosa, bulimia nervosa, cognitive-constructivist approach.

Anorexia nervosa

Os transtornos alimentares (anorexia nervosa, bulimia nervosa e suas variantes) são quadros psiquiátricos que afetam principalmente adolescentes e adultos jovens (embora uma procura maior de crianças se faça notar recentemente) do sexo feminino, levando a grandes prejuízos biopsicossociais com elevada morbidade e mortalidade (Doyle e Bryant-Waugh, 2000).

A anorexia nervosa caracteriza-se por perda de peso intensa à custa de dietas rígidas auto-impostas em busca desenfreada da magreza, distorção da imagem corporal e amenorréia. William Gull, no ano de 1874, descreve três pacientes com quadro anoréxico restritivo, cunhando o termo “apepsia histérica”. O quadro clínico incluía emagrecimento, amenorréia, bradicardia, baixa temperatura corporal, edema nos membros inferiores, obstipação e cianose periférica (Abreu e Cordás, no prelo).

Brunch (1962), nos anos 1960 e 1970, foi o primeiro autor a mencionar a distorção da imagem corporal vista como um distúrbio da paciente com anorexia nervosa na percepção de seu corpo.

A partir de 1970, pacientes avaliadas clinicamente demonstravam um receio exagerado de ganhar peso, sendo este o primeiro passo para incorporar o “medo mórbido de engordar” como característica psicopatológica da anorexia nervosa, juntamente com o emagrecimento, a distorção da imagem corporal e a amenorréia (Russell, 1970).

A baixa auto-estima bem como a distorção da imagem corporal são os principais componentes que reforçam a busca de um emagrecimento incessante, levando à prática de exercícios físicos, jejum e uso de laxantes ou diuréticos de uma forma ainda mais intensa (Garfinkel e Garner, 1982, Holden, 1990).

Pacientes com anorexia nervosa do subtipo purgativo, ou seja, que apresentam episódios bulímicos e alguma prática de purgação (vômitos, diuréticos, enemas e laxantes), são mais impulsivas e apresentam aspectos de personalidade diferentes de pacientes que usam apenas práticas restritivas e são mais perfeccionistas e obsessivas (Garner *et al.*, 1993; Wonderlich e Mitchell, 2001).

Bulimia nervosa

A bulimia nervosa (BN), por sua vez, caracteriza-se por grande ingestão de alimentos de uma maneira muito rápida e com a sensação de perda de controle, os chamados episódios bulímicos. Estes são acompanhados de métodos compensatórios inadequados para o controle de peso, como vômitos auto-induzidos (em mais de 90% dos casos), uso de medicamentos (diuréticos, laxantes, inibidores de apetite), dietas e exercícios físicos, abuso de cafeína ou uso de cocaína (Fairburn, 1995).

A descrição de BN, tal como a conhecemos hoje, foi elaborada por Russell em 1979, quando descreveu trinta pacientes com peso normal, pavor de engordar,

episódios bulímicos e vômitos auto-induzidos. Como essas pacientes haviam apresentado anorexia nervosa no passado, Russel considerou inicialmente que a bulimia seria uma seqüela, uma “estranha” variação da anorexia nervosa (Russell, 1979).

Fairburn (1991) e outros autores, entre eles o próprio Russell, descreveram posteriormente o caráter autônomo do quadro, uma vez que apenas de 20% a 30% das pacientes bulímicas apresentaram uma história pregressa de anorexia nervosa, em geral de curta duração.

Como descrito inicialmente, a BN caracteriza-se por grande e rápida ingestão de alimentos com sensação de perda de controle – os episódios bulímicos normalmente são acompanhados de métodos compensatórios inadequados (Hethrington e Rolls, 2001).

O aspecto principal da BN é a presença de episódios bulímicos com relatos de ingestão média de três a quatro mil calorias por episódio, mas já foram descritos episódios com uma ingestão de até 20 mil calorias (Mitchell *et al.*, 1998).

Modelo cognitivo-construtivista de psicoterapia

O modelo cognitivo entende que há, entre o mundo e o indivíduo, uma mediação da atividade do pensamento, ou seja, o modo como as pessoas se sentem e conseqüentemente se comportam é fruto de uma atividade cognitiva contínua, atribuidora de significados aos eventos do mundo externo. Assim, o modelo cognitivo-construtivista questiona a superioridade do pensar sobre o sentir e agir e propõe um sentido inverso, segundo o qual nossas construções cognitivas são fruto de uma organização emocional, desenvolvida de uma forma tácita sobre a realidade (Abreu e Shinohara, 1998).

Na concepção construtivista, os significados são construídos obedecendo às regras do *processamento conceitual* (pensamento) e do *processamento vivencial* (emoções). Neste último, os significados gerados em nossa consciência advêm da atividade de percepção dos conteúdos que estão tácitos (ou corpóreos), estando em uma condição pré-conceitual e implícita. Neste nível, não interpretamos as situações sob o ponto de vista lógico, mas sob a ótica emocional, ou seja, o significado produzido por um evento fundamenta-se nos princípios experienciais das situações. Assim, uma vez “sentida” a informação, este conteúdo será traduzido em aspectos relativos ao “conforto ou desconforto” e à “segurança ou ameaça” de uma situação. Um exemplo disso, são as queixas mais rotineiramente ouvidas nos consultórios. Em diversas situações, é freqüente escutarmos comentários do tipo: “*estou me sentindo sufocado(a)*”, “*aquela situação me causa um aperto no peito*”, “*sinto que estou carregando o mundo em minhas costas*” etc. Portanto, muitas interpretações que fazemos a respeito dos eventos partem inicialmente das impressões

corporais (também chamadas “tácitas” ou “sensoriais”), para posteriormente serem integradas e explicadas pelo nosso raciocínio (Abreu, 2001).

Para cada pessoa, a construção que ela faz da realidade dá conta de organizar as suas experiências (processamento conceitual e processamento vivencial) de modo a torná-la um sistema em equilíbrio. Estar em equilíbrio significa manter coerentes a percepção de mundo, do outro e do próprio eu.

Para o construtivismo, o desenvolvimento humano é contínuo. Este desenvolvimento, por sua vez, dá-se a partir da contínua reorganização do sistema. Os transtornos são episódios agudos ou crônicos de desorganização, mas sem serem os inimigos da saúde mental e do bem-estar geral (Mahoney, 1998).

Desta maneira, podemos compreender que os transtornos alimentares são decorrentes de uma desorganização na maneira como as pacientes constroem a realidade. Porém, uma desorganização necessária para manter o equilíbrio, enfim, manter coerentes a maneira de pensar, sentir e agir.

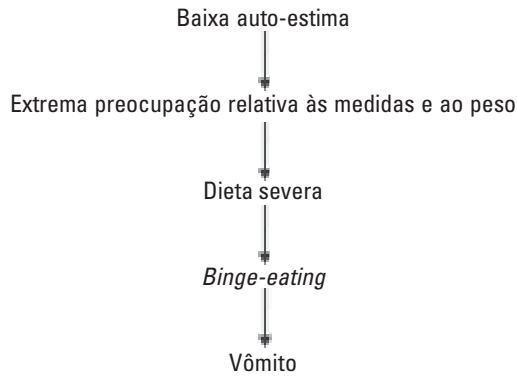
Bulimia nervosa – Aspectos psicológicos e tratamento em psicoterapia

Pacientes com bulimia nervosa (BN) apresentam uma série de pensamentos e emoções desadaptativas a respeito de seus hábitos alimentares e seu peso corporal. De maneira geral, podemos afirmar que as pacientes com BN apresentam uma auto-estima flutuante, fazendo-as acreditar que uma das maneiras de resolver os problemas de insegurança pessoal é através de um corpo bem delineado e, para alcançar seu objetivo, acabam por desenvolver dietas impossíveis de serem seguidas. Em outras palavras, procuram “sanar” um problema emocional através da adoção de estratégias imperativas de emagrecimento e, neste sentido, desenvolvem atitudes radicais baseadas na idéia de que estar magra é um dos caminhos mais curtos para se obter a felicidade. Crêem, erroneamente, que ter o controle de suas medidas lhes proporcionará uma condição de segurança emocional.

Vale lembrar que se manter privado de alimentos calóricos por muito tempo não é uma tarefa das mais fáceis, portanto, cada vez que as bulímicas iniciam um período de restrição, uma verdadeira batalha toma lugar. Como é impossível manter-se sob uma condição drástica de regime por longos períodos (tornando a redução calórica um processo ainda mais severo), os desequilíbrios alimentares acontecem após períodos de longo jejum, resultando em quadros de um comer compulsivo (*binge-eating*) caracterizado por um descontrole total e que só pode ser compensado, na opinião destas pacientes, pelo uso de laxantes, diuréticos, prática excessiva de exercícios ou mesmo vômitos auto-induzidos.

Não conseguindo perceberem-se saciadas, ingerem alimentos até sentirem-se empanturradas. Esta

sensação de desconforto leva essas pacientes a algum tipo de purgação. Após estes períodos de “purgação”, a retomada da condição de restrição calórica é iniciada. O resultado, inevitavelmente, é uma nova queda marcada pelo descontrole e um sucessivo período de purgação. Portanto, esta oscilação emocional é um dos fatores que caracteriza os quadros de BN.



FONTE: Fairburn, Marcus e Wilson, 1993

As premissas psicológicas envolvidas nestas práticas de comportamento baseiam-se na idéia de que “ser magra é o mesmo que ser atraente, ter sucesso ou ser feliz”. Ocorre que esta busca não se dá apenas pela causa corporal. É comum encontrar pacientes com BN exibindo atitudes caóticas, não somente em relação a seus hábitos alimentares, mas também um estilo de vida desorganizado.

Imagina-se, portanto, que uma das possíveis causas envolvidas na etiologia deste quadro é a própria desorganização pessoal. Alguns clínicos chegam a suspeitar que a tentativa de regulação e controle da alimentação seja uma tentativa (ainda que fracassada) de ordenação e estabilidade. É por essa razão que muitas das intervenções de tratamento psicológico baseiam-se, dentre os vários aspectos, no oferecimento de estratégias “estruturadas” de resolução dos problemas, ou seja, transmitem a idéia de solo firme para mudança.

Se fossemos descrever de maneira metafórica esses comportamentos, utilizaríamos a idéia da montanha russa (emocional). Neste sentido, a falta de ordem é extensiva a vários outros aspectos e não somente àqueles descritos acima. Facilmente encontraremos pessoas fadadas a se privarem de relacionamentos amorosos por longos períodos (em função de não se sentirem suficientemente atraentes, ou melhor dizendo, “gordas”), intercalando outros períodos, nos quais, as condutas afetivas são completamente intensas e a falta de parâmetros ou bom senso torna-se uma das marcas registradas. As relações familiares também não ficam atrás ao exibir as mesmas premissas de relação, ou seja, as trocas parentais são, na maioria das vezes, marcadas por baixos níveis de cumplicidade e respeito interpessoal. As famílias das pacientes com BN são descritas nas

pesquisas como perturbadas, mal organizadas, com dificuldade de expressão de afeto e cuidado (Lask, 2000). No trabalho, as mesmas queixas são encontradas – muitas pacientes não sentem ter encontrado ainda “a atividade de suas vidas”, engajando-se em rotinas que muitas vezes as privam do interesse e do prazer.

Com tudo o que foi descrito, não é de espantar que tais pacientes busquem algo que nem elas próprias sabem especificar. A busca pela perfeição (auto-exigência) é, assim, uma das características dessas pacientes, pois, na medida em que a instabilidade ambiental torna-se uma companheira sempre presente, a falta de um parâmetro fixo ou de um valor mais solidificado torna o esmero pessoal (embora sazonal) um elemento primordial na definição dessa identidade incompleta (filha, mulher, profissional etc).

Uma vez que estamos brevemente mencionando alguns fatores ligados à arquitetura emocional das pessoas com BN, alguns aspectos psicológicos são dignos de nota: a) baixa auto-estima; b) pensamento do tipo “tudo ou nada” (ou seja, funciona através dos valores opostos); c) ansiedade alta; d) perfeccionismo; e) incapacidade de encontrar formas de prazer e satisfação; f) busca de problemas nas coisas; g) exigência alta; e h) incapacidade de “ser feliz”.

O tratamento desenvolvido por C.N. Abreu (um dos autores deste texto), compõe-se, atualmente, de 18 semanas e é baseado no modelo cognitivo-construtivista de psicoterapia. Em cada encontro, um eixo temático é abordado, fazendo com que as pacientes consigam progressivamente reapropriar-se do controle e do manejo de sua vida emocional e, conseqüentemente, reorganizar seus hábitos alimentares. Desse modo, um plano de trabalho é estabelecido, e as pacientes convidadas a participar são avaliadas semanalmente. A seqüência dos eixos temáticos do programa de psicoterapia é o seguinte:

Semana 1	Apresentando o programa e aplicação de inventários
Semana 2	Compreendendo a fome
Semana 3 e 4	Minha fome e suas conseqüências: as crenças envolvidas
Semana 5 e 6	A desordem alimentar e(m) minha vida
Semana 7	A imagem corporal idealizada
Semana 8 e 9	A percepção subjetiva da imagem corporal
Semana 10	O processo de mudança: quem e como quero ser?
Semana 11	Entendendo as emoções “ruins”
Semana 12 e 13	Transformando as emoções
Semana 14 e 15	Reconstruindo o paradigma pessoal
Semana 16 e 17	Reconstruindo o paradigma pessoal, desenvolvimento da auto-avaliação e aplicação de inventários
Semana 18	Finalização do processo: devolutivas

Ao final do programa, é realizada uma avaliação multidisciplinar seguindo os critérios estabelecidos pelo AMBULIM e envolvendo nutricionistas, psiquiatras e os psicólogos. A partir da avaliação em conjunto, as pacientes podem: a) receber alta; b) seguir para um programa de manutenção de 18 semanas envolvendo outros temas; ou, finalmente, no caso de um baixo nível de aderência, c) reiniciar o programa.

Anorexia nervosa – Aspectos psicológicos e tratamento em psicoterapia

A anorexia nervosa (AN) é um outro tipo de transtorno alimentar que, se comparado à bulimia nervosa, apresenta dimensões que requerem seriedade maior no tratamento. Desde as publicações mais antigas em revistas especializadas até os dias de hoje, os artigos existentes – que são poucos – e que por ventura contenham sua descrição, prognóstico de melhora ou mesmo os índices de recuperação, apresentam, na grande maioria, resultados desalentadores.

As razões para a escassez de pesquisas dos resultados de tratamentos incluem: a) baixa incidência do transtorno; b) dificuldade de recrutar pacientes que se percebam como tendo um problema significativo; c) severidade do transtorno; e d) alto índice de desistência da terapia ambulatorial. Assim, a pesquisa disponível a respeito da AN ainda apresenta dados muito contraditórios, embora a maioria dos estudos de resultado em longo-prazo apontem para um sucesso bem mais limitado. Somente para citar um exemplo, em um olhar mais amplo em mais de cem estudos, somente cerca de 50% das pacientes se “recuperam totalmente” (e isto quer dizer o restabelecimento do peso, a normalização dos comportamentos alimentares e o retorno da menstruação regular). Outros 30% experienciam uma recuperação parcial caracterizada por algum tipo de resíduo ou distúrbio no comportamento alimentar e pela falta de habilidade para manter o peso normal. E, finalmente, nos 20% restantes, a doença assume uma forma crônica, não apresentando qualquer sinal de remissão.

Um outro estudo mais recente com 193 anoréxicas sugeriu que, em tratamento de curto prazo, a maioria recobrou o peso com um único propósito: deixar a internação. Portanto, pode-se facilmente perceber que estamos diante de uma das populações mais refratárias a qualquer forma de ajuda. Nesse sentido, o que se procura alcançar com as pacientes com AN é: a) o restabelecimento dos padrões normais de alimentação (pois 50% das anoréxicas apresentam compulsão alimentar, portanto, esta é uma das principais metas de intervenção do tratamento); b) promover uma auto-regulação do peso corporal; c) reduzir (eliminando) atitudes purgativas ou mesmos restritivas para, finalmente, d) criar a motivação para a mudança (Wilson, 1993).

Uma das perguntas mais usuais no trabalho com as pacientes anoréxicas é: por que é tão difícil criar

motivação para a mudança? Como tais pacientes desenvolvem atitudes negativas em relação à comida durante longos períodos, tais “hábitos” vêm a interferir de tal forma no processo de recuperação que, em qualquer situação futura que leve a paciente a viver qualquer forma de crise, a doença rapidamente reaparece, ou seja, estamos frente a uma verdadeira fixação corporal. Enquanto podemos assegurar à paciente, no tratamento da BN, que a melhora de seu quadro praticamente não tem maiores efeitos sobre o peso corporal, nos quadros de NA, não é possível oferecer tal garantia, pois este é um dos objetivos do tratamento, ao mesmo tempo em que coloca tais pacientes face àquilo que mais temem.

Assim, não é de se estranhar que as pacientes comecem o tratamento com pouca ou quase nenhuma intenção de “progredir”. Portanto, os profissionais devem ficar surpresos se não houver alguma forma de sabotagem ao tratamento. Talvez possa parecer estranho utilizarmos aqui uma expressão tão pesada, mas vale ressaltar que tal comportamento tem base no fato de, contrariamente ao que ocorre na BN, as pacientes anoréxicas descreverem um aumento da auto-estima a cada quilo perdido. Concluindo, não é de surpreender que sejam descritas na literatura como “resistentes”, “desafiantes” ou “intratáveis”.

Por mais polêmico que possa parecer, duas razões fundamentais são apontadas para justificar tais ocorrências: a) as pacientes “sabem” de sua necessidade de ajuda, mas têm medo do que a mudança corporal possa trazer e b) as restrições alimentares a que são submetidas criam, com o passar do tempo, quadros de subnutrição que começam, progressivamente, a gerar inevitáveis deficits cognitivos, privando-as de uma capacidade normal de entendimento de seus problemas. Assim, estamos envolvidos no tratamento de uma doença que gera limitações físicas, emocionais e sociais (Abreu, 2002).

Como descrição das características psicológicas mais freqüentes, citaríamos: a) baixa auto-estima; b) sentimento de desesperança; c) desenvolvimento insatisfatório da identidade; d) tendência a buscar aprovação externa; e) extrema sensibilidade a críticas; e, finalmente, f) conflitos relativos aos temas autonomia *versus* dependência. Ironicamente, quando questionadas a respeito de seu quadro e de sua resistência à mudança, as anoréxicas rapidamente descrevem uma série de justificativas para seu comportamento, a saber: “Gosto do jeito que me sinto quando estou magra”, “sou mais respeitada e recebo mais elogios”, “o que todos tentam fazer, eu mostro que posso fazer melhor”, “gosto da atenção que recebo”, “gosto das roupas que posso/consigo usar”, “fico melhor desse jeito”, “é realmente nojento ter gordura em meu corpo e agora não tenho mais este problema”, “minha família e meu médico se preocupam comigo”, “posso manter as pessoas a distância”, “não preciso ficar menstruada”, “sinto como se estivesse em contato com o sofrimento do mundo”, “me sinto mais saudável e com mais energia quando estou com pouco

peso”, “me sinto mais confiante e capaz quando estou magra”, “gosto do sentimento de autocontrole”, “me sinto mais poderosa quando não como”, “quando estou magra, percebo melhor as coisas” e “me sinto especial, pura e diferenciada”. Ou seja, para as pacientes, as desvantagens são claras, como por exemplo: “Ficar magra consome muito tempo e energia, as pessoas me encham por causa disto”, “detesto pensar em comida o tempo todo”. Nas fases mais agudas, tais pessoas ainda estão tentando perseguir sua doença, e a meta é tornar-se uma pessoa mais magra ainda, podendo assim exibir seu sucesso (Abreu, 2002).

Considerando tudo isso, pode-se claramente perceber que a AN é uma doença complexa que impõe grandes desafios a cada estágio do tratamento e que, na melhor das hipóteses, os indivíduos com anorexia nervosa são continuamente ambivalentes na busca de tratamento. Permanecem resistentes a qualquer tipo de intervenção externa, o que contribui para um dos mais altos índices de recusa e desistência prematura do tratamento. Aqueles que permanecem em tratamento, freqüentemente, não aderem às orientações e, quando aderem às primeiras intervenções, correm grande risco de recaída (Cordás, Guimaraes e Abreu, 2003).

Os resultados indicaram que 70% dos pacientes tratados com terapia cognitiva não mais satisfaziam aos critérios de diagnóstico para anorexia nervosa no sexto mês, embora tenham mantido, em média, um peso significativamente baixo (Fairburn, Marcus e Wilson, 1993). Entretanto, em uma comparação entre a terapia familiar e a psicoterapia individual de apoio de 57 pacientes (que haviam recebido terapia em sistema de internação de um ano), para aqueles com uma idade de início precoce (com menos de 18 anos) associada à curta duração do transtorno (menos de três anos), a terapia familiar foi significativamente mais eficaz do que a psicoterapia individual, o mesmo ocorrendo no pós-tratamento (acompanhamento de

cinco anos). Já para os pacientes com idade de início mais tardia ou duração mais prolongada, ambos os tratamentos foram comparáveis (Wilson, 1993).

Conclusão

A exploração e a mudança psicológica não acontecem apenas pela substituição de esquemas disfuncionais de pensamento por esquemas mais funcionais, mas acontecem, em primeiro lugar, por meio da exploração do processo dialético das prováveis contradições existentes entre a experiência (do sujeito) e o conceito (desenvolvido pelo indivíduo após ter vivido a “experiência”). Ao se integrarem estas duas instâncias, favorece-se a (re)construção de um significado global. Sempre vivenciamos algo primeiramente para que posteriormente possamos falar algo a respeito. Por isso é que, dificilmente, um argumento lógico demonstra-se eficaz no processo de mudança. Portanto, se desejarmos produzir qualquer tipo de alteração mais efetiva, devemos partir sempre dos níveis emocionais (e vivenciais) das situações (Abreu e Roso, 2003).

Neste sentido, os objetivos da terapia cognitivo-constructivista junto aos transtornos alimentares são o desenvolvimento gradual, pelo cliente, da habilidade de mais bem responder às pressões ambientais desafiadoras e a modificação dos padrões emocionais (e não somente o pensamento negativo) quanto ao comer e à forma e peso do corpo. Como as reações emocionais são as companheiras mais antigas presentes na vida humana (afetando a memória, o humor e a habilidade em resolver tarefas), sua compreensão e regulação torna-se um dos objetivos mais desejados nesta forma de psicoterapia (Abreu e Roso, 2003). As disfunções e os distúrbios emocionais surgem quando as pessoas não estão autorizadas a reconhecer, sentir ou até mesmo validar determinadas emoções contribuindo para o aparecimento dos transtornos alimentares.

Referencias bibliográficas

- ABREU, C.N. e SHINOHARA, H.- *Cognitivismo e Construtivismo: Uma fértil interface*. ArtMed, Porto Alegre, 1998.
- ABREU, C.N.- Psicoterapia Constructivista: O Novo Paradigma dos Modelos Cognitivistas. In: B. Rangé (Org.), *Atualizações em Terapia Cognitivo-Comportamental*. Artes Médicas, Porto Alegre, 2001.
- ABREU, C.N.- Aspectos Psicoterápicos da Anorexia e Bulimia Nervosa. *Conferência apresentada no VII Congresso Brasileiro de Psiquiatria Clínica, I Congresso Sul-Sudeste de Psiquiatria Clínica e II Congresso Paulista de Psiquiatria Clínica, organizado pela Sociedade Brasileira de Psiquiatria Clínica*. Campinas, junho de 2002.
- ABREU, C.N. e ROSO, M.- Cognitivismo e Construtivismo. In: Abreu C.N. e Roso M. (Orgs.). *Psicoterapias Cognitiva e Constructivista: Novas Fronteiras da Prática Clínica*. Artes Médicas, Porto Alegre, pp. 35-50, 2003.
- ABREU, C.N. e CORDÁS, T.A.- Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa: Do Diagnóstico Médico ao Tratamento em Psicoterapia. In: Cury, S. *Psicoterapia Hospitalar*. Casa do Psicólogo, São Paulo, no prelo.

- American Psychiatric Association (APA).— *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*, 4 ed. Washington, D.C., 1994.
- BELL, R.M.- *Holy anorexia*. University of Chicago Press, Chicago, 1985.
- CASPER, R.C.- On the emergence of bulimia nervosa as a syndrome: a historical review. *International Journal of Eating Disorders* 2: 3-16, 1983.
- COCHRANE, C.; MALCOLM, R.M. & BREWERTON, T.D.- The Role of Weight Control as a Motivation for Cocaine Abuse. *Addictive Behaviors* 23:7-13, 1999.
- CORDAS, T.A.; GUIMARAES, D. B. & ABREU, C. N.- Great Expectations, Yet Anorexic Results. In: Maj, M.; Halmi, K.; López-Ibor J.J. & Sartorius N. (Eds.). *Eating disorders: evidence and experience in psychiatry*, VI. Wiley, NY, 372-7, 2003.
- DOYLE, J.; BRYANT-WAUGH, R.— Epidemiology. In: Lask, B.; Bryant-Waugh R. (eds.). *Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders in Childhood and Adolescence*. 2nd ed. Psychology Press, East Sussex, UK, p.41-61, 2000.
- FAIRBURN, C.G.- The Heterogeneity of Bulimia Nervosa and its Implications for Treatment. *Journal Psychosomatic Research* 35: (suppl.1): 3-9, 1991.
- FAIRBURN, C.G.; MARCUS, M. D. & WILSON, G. T.- Cognitive Behavior Therapy for Binge Eating and Bulimia: A Comprehensive Treatment Manual. In: Fairbur C. G. & Wilson G.T.(Eds.). *Binge Eating: Nature, Assesment, and Treatment* Guilford Press, New York, pp 361-404, 1993.
- FAIRBURN, C.G.- Psychological and Social Problems Associated with Binge Eating. In: FAIRBURN, C.G. (ed): *Overcoming Binge Eating*. The Guilford Press, New York, pp 42-66, 1995.
- GARFINKEL, P.E. & GARNER, D.M.- *Anorexia Nervosa: a Multidimensional Perspective*. Brunner-Mazel, New York, 1982.
- GARFINKEL, P.E; KENNEDY, S.H. & KAPLAN, A.S.- Views on Classification and Diagnosis of Eating Disorders. *Canadian Journal of Psychiatry* 40: 445-56, 1995.
- GARFINKEL, P.E.; LIN, E.; GOERING, P.; SPEGG, C.; GOLDBLOOM, D.S.; KENNEDY, S.H. *et al.*- Should Amenorrhea be Necessary for the Diagnosis of Anorexia Nervosa? *British J. Psychiatry* 151: 738-43, 1994.
- GARNER, D.M; GARNER, M.V. & ROSEN, L.W.- Anorexia Nervosa "Restrictors" who Purge: Implications for Subtyping Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 13: 171-85, 1993.
- HETHERINGTON, M.M. & ROLLS, B.J.- Dysfunctional Eating in the Eating Disorders. *The Psychiatric Clinics of North America* 24: 235-48, 2001.
- LACEY, H. & DOLAN, B.- Bulimia in British Blacks and Asians. *Br. J. Psychiatry* 152: 73-9, 1988.
- LASK, B.- Aetiology. In: Lask, B; Bryant-Waugh R. editors. *Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders in Childhood and Adolescence*. Psychology Press, East Sussex, UK, p.p. 63-79, 2000.
- MITCHELL, J.E.; CROW, S.; PETERSON, C.B.; WONDERLICH, S. & CROSBY, R.D.- Feeding, Laboratory Studies in Patients with Eating Disorders: a review. *International Journal of Eating Disorders* 24: 115-24, 1998.
- MAHONEY, J. M.- *Processos Humanos de Mudança: As Bases Científicas da Psicoterapia*. ArtMed, Porto Alegre, 1998.
- NEGRÃO, A.B. & CORDÁS, T.A.- Clinical Characteristics and Course of Anorexia Nervosa in Latin America, a Brazilian Sample. *Psychiatry Res* 62(1): 17-21.