

## **TRATAMENTO PARA QUADROS DE BULIMIA NERVOSA: UMA DISCUSSÃO COMPARATIVA ENTRE A TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL BECKIANA E A TERAPIA DO ESQUEMA<sup>1</sup>**

Bárbara Attílio<sup>2</sup>  
Auxiliatrice Caneschi Badaró<sup>3</sup>

### **RESUMO:**

A bulimia nervosa é um transtorno alimentar caracterizado por episódios recorrentes de compulsão alimentar acompanhados de comportamentos compensatórios inapropriados, para impedir o ganho de peso. Embora a terapia cognitivo comportamental seja considerada padrão ouro no tratamento de transtornos alimentares, o presente estudo propõe a discussão comparativa entre o tratamento de bulimia através da terapia do esquema e da terapia cognitivo comportamental. A terapia do esquema é uma expansão da teoria inicial da terapia cognitiva de curto prazo, que parte do pressuposto de que necessidades emocionais não satisfeitas na infância culminam em esquemas emocionais desadaptativos. Existem evidências da ligação entre experiências traumáticas na infância e o posterior desenvolvimento de bulimia nervosa, o que apoia a hipótese da eficácia da terapia do esquema no tratamento, uma vez que ela se apoia na crença de que vivências prejudiciais na infância contribuem para o desenvolvimento de problemas atuais. O objetivo do presente estudo é discutir as contribuições da terapia do esquema em relação a terapia cognitivo comportamental no tratamento de bulimia nervosa, para isso foi feita uma revisão bibliográfica narrativa da literatura com caráter qualitativo. Destaca-se que há poucos estudos sobre o tema.

Palavras-chave: Bulimia nervosa. Terapia cognitivo comportamental. Terapia do esquema.

## **TREATMENT FOR BULIMIA NERVOSA PICTURES: A COMPARATIVE DISCUSSION BETWEEN COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY AND SCHEME THERAPY**

### **ABSTRACT:**

Bulimia nervosa is an eating disorder characterized by recurrent episodes of binge eating accompanied by inappropriate compensatory behaviors to prevent weight gain. Although cognitive-behavioral therapy is considered the gold standard in the treatment of eating disorders, the present study proposes a comparative discussion between the treatment of bulimia through schema therapy and cognitive-behavioral therapy.

---

<sup>1</sup> Artigo de trabalho de conclusão de curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Academia, na Linha de Pesquisa Práticas Clínicas. Recebido em 16/10/21 e aprovado, após reformulações, em 11/11/21

<sup>2</sup> Discente do curso de graduação em Psicologia do Centro Universitário Academia (UNIACADEMIA). E-mail: barbaraattilio3@gmail.com

<sup>3</sup> Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e docente do Centro Universitário Academia (UNIACADEMIA). E-mail: auxiliatricebadaro@uniacademia.edu.br

Schema therapy is an expansion of the early theory of short-term cognitive therapy, which assumes that unmet emotional needs in childhood culminate in maladaptive emotional schemas. There is evidence of a link between childhood traumatic experiences and the later development of bulimia nervosa, which supports the hypothesis of the efficacy of schema therapy in treatment, as it is supported by the belief that harmful childhood experiences contribute to the development of current problems. This study aims to discuss the contributions of schema therapy concerning cognitive-behavioral therapy in the treatment of bulimia nervosa. For this, bibliographical narrative review of the literature with qualitative character was carried out. It is noteworthy that there are few studies on the subject.

Keywords: Bulimia nervosa. Cognitive-behavioral therapy. Schema therapy.

## 1 INTRODUÇÃO

A Bulimia Nervosa (BN) é um transtorno alimentar (TA) caracterizado por episódios recorrentes de compulsão alimentar, acompanhados de comportamentos compensatórios inapropriados, para impedir o ganho de peso. É um transtorno mais frequente no público feminino e mais comum entre adultos, visto que ele atinge seu pico no fim da adolescência e início da idade adulta (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Levando em consideração a relevância que o ambiente possui na vida dos indivíduos, o que é considerado como bonito tem impacto no desenvolvimento e na internalização de um ideal corporal magro, o que aumenta o risco de desenvolver preocupações com o peso, o que, conseqüentemente, aumenta o risco de desenvolver bulimia nervosa.

Alguns prejuízos fisiológicos envolvidos a quem sofre com esse transtorno, de acordo com o American Psychiatric Association (2014), são: amenorreia, não é claro se é relacionada a oscilações no peso, a deficiências nutricionais ou ao sofrimento emocional; distúrbios hidreletrolíticos, devido ao comportamento purgativo, os quais, por vezes, são graves o suficiente para constituírem problemas clinicamente sérios. Algumas complicações graves são lacerações esofágicas, ruptura gástrica e arritmias cardíacas. Também foram relatadas miopatias esqueléticas e cardíacas em indivíduos depois do uso repetido de xarope de ipeca, que é usado para induzir o vômito, vale salientar que indivíduos que usam laxantes repetidamente e por muito tempo podem tornar-se dependentes do seu uso para estimular movimentos intestinais.

No que tange as abordagens possíveis para o tratamento da BN, é mencionado a terapia cognitivo-comportamental, desenvolvida por Aaron Beck a qual parte da hipótese de que as emoções, os comportamentos e a fisiologia de uma pessoa são influenciados pelas percepções que ela tem dos eventos, ou seja, a forma como as pessoas se sentem emocionalmente e a forma como se comportam estão associadas a como elas interpretam e pensam a respeito da situação, não sendo a situação em si a determinante da resposta emocional, mas sim a percepção do indivíduo (BECK, 2013).

Outra possibilidade de tratamento para a BN seria a terapia do esquema, que se revela importante para o refinamento de uma abordagem psicoterápica com a finalidade de abordar de forma mais profunda, os processos cognitivos inconscientes. Essa terapia foi desenvolvida por Jeffrey Young, terapeuta cognitivo-comportamental, que a partir de sua colaboração com Beck, desenvolveu uma expansão da teoria inicial da terapia cognitiva clássica (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2008).

Na terapia do esquema existe o conceito de esquemas iniciais desadaptativos, que são crenças e sentimentos incondicionais sobre si mesmo em relação ao ambiente, formados na infância, e estes representam o nível mais profundo da cognição. Esses esquemas funcionam de maneira sutil, fora de nossa consciência, e são muito rígidos, o que pode levar a um sofrimento psicológico intenso, por serem muito disfuncionais (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2008). A terapia do esquema se mostra como uma alternativa relevante na clínica dos transtornos alimentares, com ênfase na bulimia nervosa, devido ao seu caráter vivencial e a possibilidade da ativação de emoções de maneira mais intensa, se comparada a terapia cognitivo-comportamental (TCC) clássica.

O presente estudo tem como objetivo discutir as contribuições da terapia do esquema para o tratamento de bulimia nervosa em relação a terapia cognitivo comportamental Beckiana, apresentando as diferenças e aproximações a partir da identificação das estratégias terapêuticas de ambas. Tal discussão foi realizada através da revisão narrativa da literatura, de caráter qualitativo.

## **2 TRANSTORNOS ALIMENTARES**

Os transtornos alimentares, geralmente, apresentam suas primeiras manifestações na infância e na adolescência (APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000). É possível dividir as alterações do comportamento alimentar em dois grupos, o primeiro constituído por aqueles transtornos que ocorrem na infância e que representam alterações da relação da criança com a alimentação. Estas condições não evidenciam associações com preocupação com o peso ou com a forma corporal, mas podem interferir com o desenvolvimento infantil. Nesse primeiro grupo está o transtorno da alimentação da primeira infância, a pica e o transtorno de ruminação. O segundo grupo de transtornos aparece mais tarde e é constituído pelos transtornos alimentares propriamente ditos: a anorexia nervosa, a bulimia nervosa e o transtorno de compulsão alimentar (APPOLINÁRIO; CLAUDINO, 2000).

A BN é um TA caracterizado por episódios recorrentes de compulsão alimentar acompanhados de comportamentos compensatórios inapropriados, para impedir o ganho de peso, como uso de laxantes, vômitos autoinduzidos, exercícios físicos de forma exagerada e períodos de jejum intenso (ALCKMIN-CARVALHO; PEREIRA; RAFIHI-FERREIRA; MELO, 2019). O episódio de compulsão alimentar é desencadeado por estados de humor desconfortáveis, uma vez que ele pode proporcionar distração de pensamentos desagradáveis (sendo uma forma de se dar prazer e aliviar tais incômodos, mesmo que por um período curto), reduzir sentimentos de tédio e solidão, ou proporcionar alívio da monotonia da dieta rígida (RANGÉ, 2011).

A BN tem em comum uma percepção disfuncional da autoimagem, que é a mesma em mulheres e homens, adultos e adolescentes: a superestimação da forma e do peso. Enquanto a maioria das pessoas avalia a si mesma com base em seu desempenho em uma série de domínios da vida, como qualidade de seus relacionamentos e seu emprego, as pessoas que possuem BN julgam seu valor, em grande parte, ou até mesmo exclusivamente, baseado em sua forma e seu peso e na capacidade de controlá-los (BARLOW, 2016). Essa preocupação excessiva acerca do peso e da imagem estimula os pacientes a fazerem dietas muito restritivas, aumentando o risco de compulsão alimentar e essa compulsão intensifica as preocupações em relação à capacidade de controlar a alimentação, sendo então um transtorno autoperpetuante (BARLOW, 2016).

De acordo com o American Psychiatric Association (2014), o transtorno é bem mais comum no público feminino e é maior entre adultos, atingindo seu pico no fim da

adolescência e início da idade adulta. Ainda é insuficiente os estudos sobre a prevalência de bulimia nervosa no sexo masculino, porém o transtorno é bem menos comum nestes, com uma proporção feminino-masculino aproximadamente de dez para um. Além disso, os principais critérios diagnósticos da BN são: ingestão de uma quantidade de alimento maior do que a maioria dos indivíduos consumiria, no mesmo período de tempo, sob circunstâncias semelhantes, sensação de falta de controle sobre a ingestão durante o episódio e comportamentos compensatórios inapropriados recorrentes. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014)

Como apontado anteriormente, o transtorno atinge seu pico no fim da adolescência e início da idade adulta (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014), assim sendo, a adolescência se mostra significativamente importante no desenvolvimento da bulimia nervosa e de outros transtornos alimentares, haja vista a pressão estética e a existência de um ideal de beleza, criado e socialmente compartilhado. É então uma pressão significativa para a população em geral e especialmente para o adolescente que está em fase de integração da imagem corporal. Ademais, a aceitação do próprio corpo na adolescência está condicionada por critérios que prevalecem no grupo de amigos, que são, por sua vez, determinados pelos modelos sociais vigentes, que ditam a magreza como o bonito (GONÇALVES; MARTÍNEZ, 2014).

A magreza para esses pacientes está associada a sensação de competência e superioridade, o que conseqüentemente está muito ligado a autoestima e a percepção da pessoa sobre ela mesma. Além de que, o comportamento de fazer dieta é aprovado pelas pessoas próximas e pela própria sociedade. Vale ressaltar o esquema cognitivo da “magreza”, que na visão dos pacientes é fundamental para que seus problemas sejam solucionados (OLIVEIRA; DEIRO, 2013).

Um estudo realizado por Gonçalves e Martínez (2014) indicou, por meio dos resultados obtidos, tanto na fase quantitativa como na fase qualitativa, a existência de uma maior preocupação e insatisfação com o corpo em adolescentes do sexo feminino. Os resultados também confirmam a ligação entre a insatisfação corporal e a influência da mídia, no sentido de que, ao transmitir estereótipos corporais de beleza, as principais afetadas são as mulheres. A associação entre magreza e beleza e entre beleza e sucesso pessoal e profissional, acrescido da evidência social de que as pessoas magras são aceitas em todos os âmbitos sociais, podem ser fatores que

contribuem para o desenvolvimento de uma relação conturbada com o próprio corpo. Como consequência disso vem o surgimento de padrões disfuncionais com a alimentação, além de colaborar para os possíveis transtornos alimentares.

Duchesne e Almeida (2002) abordam a importância do tratamento dos transtornos alimentares ser realizado em equipe multidisciplinar, se mostrando necessária a associação de psicólogos a outros profissionais, como: nutricionistas, médicos e psiquiatras. Além de, o envolvimento da família no tratamento contribuir para criar uma estrutura de colaboração e facilitação de mudanças. É válido salientar que, os transtornos alimentares são multideterminados e resultam da interação entre fatores biológicos, culturais e experiências pessoais.

No que tange a terapia cognitivo comportamental, está a identificação e correção das condições que favorecem o desenvolvimento e manutenção das alterações cognitivas e comportamentais que caracterizam e ajudam a manter o quadro de BN. As técnicas da TCC, que são muito utilizadas no tratamento de BN, têm sido avaliadas e reconhecidas como estratégias eficazes na melhora dos quadros clínicos (DUCHESNE; ALMEIDA, 2002).

### **3 TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL PARA TRANSTORNOS ALIMENTARES**

A terapia cognitivo comportamental clássica, desenvolvida por Aaron Beck, é uma forma de psicoterapia em que o tratamento está baseado em uma formulação cognitiva, nas crenças e estratégias comportamentais e também em uma conceituação de cada paciente, que são suas crenças específicas e padrões de comportamento que irão caracterizar um transtorno específico (BECK, 2013). Ademais, a TCC está baseada no modelo cognitivo, que parte da hipótese de que as emoções, comportamentos e até mesmo a fisiologia são influenciados pela maneira que a pessoa percebe o mundo em sua volta. Então, a forma como as pessoas se sentem e a forma como se comportam estão ligadas a como elas interpretam a situação, logo, não é a situação em si que determina a resposta emocional, mas sim como o indivíduo percebe.

No modelo cognitivo, existe o conceito de pensamentos automáticos que de acordo com Beck (2013) são pensamentos rápidos, avaliativos e não exigem

raciocínio. Esses pensamentos surgem das crenças e dentro do sistema de crenças, existem as nucleares, que são as mais duradouras e mais enraizadas. Quando uma crença nuclear é ativada, a pessoa vai perceber e entender as situações por meio dessa crença, mesmo que a interpretação racional seja evidentemente inválida, com isso, o paciente tende a focar seletivamente nas informações que confirmam sua crença e descartar aquelas que poderiam refutá-las.

Já as crenças intermediárias são regras, que surgem a partir da influência das crenças nucleares. Essas crenças intermediárias modificam a visão da situação e conseqüentemente, influência como a pessoa pensa, sente e se comporta (BECK, 2013). Em resumo, o curso da terapia cognitivo-comportamental envolve uma ênfase inicial na identificação e modificação de pensamentos automáticos que como foi dito, derivam das crenças nucleares.

Em relação aos transtornos alimentares, algumas das distorções cognitivas que mais se destacam na questão da avaliação corporal e que são comuns nestes quadros, são: pensamento dicotômico, que é quando o indivíduo tem o pensamento polarizado com relação à sua aparência ou tem uma autocrítica exagerada; comparação injusta, quando o indivíduo compara sua aparência com padrões inacessíveis e que foram adotados como o ideal; atenção seletiva, quando há o foco em um aspecto da aparência e desconsideração de outros; erro cognitivo, quando o indivíduo acredita que os outros pensam como ele em relação à sua aparência (SAIKALI; SOUBHIA; SCALFARO; CORDÁS, 2004). Outra possível distorção trata-se do pensamento supersticioso, quando existe a crença de que um alimento por si só tem o poder de engordar. No tratamento, essas distorções são pontuadas e trabalhadas cuidadosamente, para que ocorra a modificação dos pensamentos e pressupostos automáticos.

A TCC propõe que a compulsão alimentar, característica da BN é, em grande parte, produto da forma particular com que os pacientes tentam restringir o que comem (ou seja, sua forma de controle alimentar), independentemente de eles realmente comerem pouco (BARLOW, 2016) e, atualmente a TCC é reconhecida como uma das psicoterapias mais eficientes no tratamento dos transtornos alimentares (SILVA; VASCONCELOS; XIMENES; SAMPAIO; SOUGEY, 2015), diante disso, a TCC voltada para a bulimia infere um modo de autoavaliação muito focado na imagem, no peso e na capacidade de controlar o próprio corpo, então o tratamento proposto

abrange inicialmente a psicoeducação, automonitoração e alimentação em intervalos regulares (ALCKMIN-CARVALHO; PEREIRA; RAFIHI-FERREIRA; MELO, 2019).

Oliveira e Deiro (2013) apresentam a TCC em três etapas, sendo oito entrevistas cada. É válido salientar que o ponto principal no começo do tratamento é o engajamento do paciente com o processo. O tratamento almeja trabalhar as expectativas, intenções e esperança. Na bulimia em específico, a TCC se mostra eficaz devido ao manejo de episódios de compulsão alimentar e métodos compensatórios, assim como pela redução da restrição dietética, diminuição da preocupação com o peso, melhora da autoestima, das habilidades sociais e conseqüentemente redução de sintomas psiquiátricos. Os programas de tratamento da TCC para os transtornos alimentares, tem como base, principalmente, técnicas para a redução da ansiedade, auto verificação dos comportamentos, visando o auto manejo, e a modificação de crenças disfuncionais.

Segundo Tavares Filho, Magalhães e Tavares (2009) um dos pontos a ser destacado acerca da razão pela qual a TCC apresenta grande eficácia no tratamento de transtornos alimentares, é devido a perspectiva de que as regras de modificação do comportamento alimentar são um meio para o indivíduo se provar que não está totalmente refém dos processos externos, mas que possui influência no seu comportamento. A TCC proporciona o entendimento dos seus modos de pensar e as suas emoções com as suas próprias condutas além de também permitir que os indivíduos que possuem BN, possam resgatar uma convivência social saudável.

De acordo com Rangé, 2011, a redução da restrição dietética é o objetivo na clínica da TCC para o tratamento de BN, visto que, dietas muito restritivas podem ser um gatilho para o desenvolvimento de episódios de compulsão alimentar. Com a ocorrência de episódios de compulsão, a paciente reforça a crença de que não possui controle sob si mesma, formando então, um ciclo vicioso em que o medo de perder o controle na alimentação, intensifica o comportamento de fazer dieta rígida e a restrição de uma dieta aumenta a frequência de pensamentos intrusivos sobre alimentos. Dessa forma, fica evidenciado a necessidade da psicoeducação, uma vez que, para pessoas com BN, a magreza, a forma corporal e a capacidade para controlar a sua alimentação demonstram estar associado a sua autoestima e aos principais indicadores de seu valor como pessoa (CARVALHO et al., 2019).

Ao entender que o modo como pensamos influencia diretamente nossos sentimentos, comportamos e reações físicas, essa pessoa, que supervaloriza a magreza, vai entender que o pensamento de que “engordar é algo muito ruim”, produz os sentimentos de tristeza e culpa quando come algo que considera excessivo e como consequência ocorre a busca por alívio e então a utilização de alguns comportamentos compensatórios para perder peso (CARVALHO et al., 2019).

Existe o conceito de pacientes caracterológicos, que são aqueles que suas demandas são difíceis de serem entendidas e apresentam viés crônico, com isso a motivação para a terapia pode estar prejudicada, o que dificulta o engajamento no tratamento pela via da TCC, que necessita que os pacientes estejam motivados (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2008).

Outro ponto a respeito dos pacientes caracterológicos é a dificuldade em discernir os problemas que precisam de resolução, o que dificulta na conduta do tratamento pela TCC tradicional, visto que ela parte do pressuposto de que o paciente tenha a queixa definida (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2008).

De acordo com o estudo realizado por Silva, Vasconcelos, Ximenes, Sampaio e Sougey (2015), foi reafirmado a TCC como o tratamento padrão-ouro para a bulimia nervosa em adultos e foi possível concluir que o tratamento da bulimia nervosa possui evidências suficientes para que seja realizado com a terapia cognitivo-comportamental. Além dela, outras intervenções psicoterápicas inovadoras baseadas na TCC clássica, como é o caso da terapia do esquema, apresentam bons indicativos de eficácia. Entende-se que a Terapia do Esquema usa o conceito de “esquemas” para unificar a junção de técnicas cognitivas, comportamentais e experienciais, além de utilizar as técnicas já conhecidas da TCC tradicional acrescentando o viés interpessoal e experiencial (GHISIO; LÜDTKE; SEIXAS, 2016).

#### **4 TERAPIA DO ESQUEMA**

Jeffrey Young, terapeuta cognitivo, que completou seu pós-doutorado no Centro de Terapia Cognitiva sob a orientação de Aaron Beck, desenvolveu uma expansão da teoria inicial da terapia cognitiva de curto prazo que nomeou de Teoria do Esquema. Esse modelo de Young é muito importante e relevante para o aperfeiçoamento de uma psicoterapia que aborde com profundidade os processos

cognitivos inconscientes. É uma terapia mais longa do que a TCC tradicional e foca muito mais tempo na identificação e superação da evitação cognitiva (CALLEGARO, 2005).

Dentro da terapia do esquema existe o conceito de esquemas iniciais desadaptativos (EID), que são, segundo Young (2003), crenças e sentimentos incondicionais sobre si mesmo em relação ao ambiente, formados na infância, representando o nível mais profundo da cognição. Tais esquemas operam sutilmente e fora de nossa consciência, além de serem rígidos e incondicionais. O paciente percebe o EID como uma verdade indiscutível (CALLEGARO, 2005) o que pode levar a um sofrimento psicológico muito intenso, visto que possui um caráter disfuncional, e pode culminar em adições (YOUNG, 2003). Cabe a pontuação de que existem muitas evidências de que Esquemas Iniciais Desadaptativos podem estar relacionados à alimentação disfuncional o que pode culminar posteriormente em um transtorno alimentar (SOARES; FEITOSA; MELO; I; SOUZA; BRITO; OLIVEIRA, 2019).

De acordo com Young, Klosko e Weishaar (2008), atualmente existem 18 esquemas e eles estão agrupados em cinco categorias de necessidades emocionais não-satisfeitas que são chamadas de “domínios de esquemas”. O primeiro fala sobre desconexão e rejeição, os pacientes com esquemas neste domínio não conseguem formar vínculos seguros e satisfatórios com outras pessoas. O segundo domínio é o de autonomia e desempenhos prejudicados, pacientes com esquemas nesse domínio têm expectativas sobre si mesmo e sobre o mundo que interferem em sua capacidade de se diferenciar das figuras paternas ou maternas, ou seja de funcionar de forma independente no mundo.

O terceiro é o de limites prejudicados, pacientes com esquemas neste domínio podem ter dificuldade de respeitar os direitos de outras pessoas, de cooperar, de manter compromissos ou de cumprir objetivos de longo prazo, uma vez que não conseguiram desenvolver limites internos em relação a reciprocidade ou autodisciplina. Já o quarto domínio fala sobre o direcionamento para o outro, pessoas com esquemas nesse domínio priorizam o atendimento às necessidades dos outros ao invés de suas próprias e fazem isso para obter aprovação, manter a conexão emocional e evitar retaliações ou rejeições.

Por fim, o quinto domínio é o de supervigilância e inibição, em que os pacientes sufocam seus sentimentos e impulsos espontâneos e se esforçam para cumprir regras

muito rígidas internalizadas com relação a seu próprio desempenho, mesmo que custe sua felicidade, auto-expressão, relaxamento, relacionamentos íntimos e boa saúde. Os domínios e suas respectivas explicações estão demonstradas no quadro 1.

**QUADRO 1 – Domínios de esquemas**

<b>Desconexão e rejeição</b>	<b>Autonomia e desempenhos prejudicados</b>	<b>Limites prejudicados</b>	<b>Direcionamento para o outro</b>	<b>Supervigilância e inibição</b>
Incapacidade de formar vínculos seguros e satisfatórios com outras pessoas	Expectativas sobre si próprio e sobre o mundo que interferem em sua capacidade de se diferenciar das figuras paternas ou maternas e de funcionar de forma independente	Não desenvolvimento de limites internos adequados em relação a reciprocidade ou autodisciplina, além de dificuldade de respeitar os direitos de terceiros, cooperar manter compromissos e objetivos a longo prazo	Ênfase em excesso o atendimento às necessidades dos outros em lugar de suas próprias, com o intuito de obter aprovação, manter conexão emocional e evitar retaliações.	Supressão dos sentimentos e impulsos espontâneos à custa a felicidade, autoexpressão, relaxamento, relacionamentos íntimos e boa saúde.

Fonte: Elaboração própria, adaptado de Young, Klosko e Weishaar (2008)

Um ponto importante é o de que as distorções cognitivas identificadas por Beck na TCC clássica são importantes mecanismos para manter o esquema, então as informações são distorcidas para manter o esquema intacto, esse processo foi denominado por Young como “subordinação ao esquema” (CALLEGARO, 2005). O paciente pode resistir muito ao exame de seus esquemas e se esforçar para demonstrar que é verdadeiro, sem perceber que está magnificando alguns elementos da sua percepção, minimizando alguns outros, supergeneralizando e utilizando outras distorções (CALLEGARO, 2005).

Vale ressaltar que, de acordo com Young, Klosko e Weishaar (2008), nem todos os esquemas se estruturam em traumas ou maus-tratos na infância. Um

exemplo disso é uma pessoa poder desenvolver esquemas sem vivenciar uma única situação traumática na infância, mesmo tendo sido uma criança amparada.

Entretanto, nem sempre os traumas são as origens dos esquemas desadaptativos, mas de fato são as experiências marcantes, muitas vezes nocivas, que vão interferir na formação deles. Os efeitos dessas experiências se acumulam e levam ao surgimento de um esquema disfuncional. Considera-se que a disfuncionalidade desses esquemas tendem a aparecer posteriormente, em novos momentos de vida, à medida que a pessoa continua perpetuando-os. Esses esquemas e as formas com que os pacientes aprendem a enfrentá-los, muitas vezes, estão por trás de sintomas psicológicos crônicos (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2008).

Uma questão abordada por Young, Klosko e Weishaar (2008), é a respeito dos quatro tipos de experiências no início da vida que estimulam o desenvolvimento de esquemas, a primeira é a frustração nociva de necessidades, ocorrida quando a criança passa por poucas experiências boas e desenvolve esquemas como privação emocional ou abandono por meio de déficits no ambiente, é um ambiente que a criança precisaria de sensações importantes, como estabilidade, compreensão, amor mas não as recebe.

O segundo tipo de experiência de vida remoto que engendra esquemas é a traumatização ou vitimação. Nesse é causado um dano à criança ou ela se transforma em vítima e desenvolve esquemas como desconfiança/abuso, defectividade/vergonha ou vulnerabilidade ao dano.

Já no terceiro tipo a criança passa por uma grande quantidade de experiências boas: os pais lhe proporcionam em exagero algo que, de forma moderada, seria saudável. Com esquemas como dependência/incompetência ou arrogo/grandiosidade, por exemplo, a criança raramente é maltratada. Em lugar disso, é tratada com amparo exagerado. Não é atendida suas necessidades emocionais de autonomia ou limites realistas e os pais podem estar exageradamente envolvidos na vida da criança, superprotegendo ou dando liberdade e autonomia sem limites.

O quarto tipo é a internalização ou identificação seletiva com pessoas importantes. A criança se identifica seletivamente e internaliza pensamentos, sentimentos, experiências e comportamentos dos pais.

Dentre os conceitos fundamentais da TE, está o de modos de operação dos esquemas, que são os estados emocionais e respostas de enfrentamento - adaptativos e desadaptativos - que vivenciamos a cada momento. Frequentemente, nossos modos de esquemas são ativados por situações de vida às quais somos supersensíveis (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2008). Ao todo são dez modos, que estão agrupados em quatro categorias, que são: modos criança, modos enfrentamento disfuncional, modos pais disfuncionais e modos adulto saudável.

Dentro dos modos criança encontram-se o modo criança vulnerável, que se trata da criança abandonada\abusada\privada\rejeitada. Existe ainda o modo criança zangada, em que a se está com raiva por não ter suas necessidades emocionais atendidas. O modo criança impulsiva\indisciplinada, em que age de maneira negligente e sem considerar as consequências de seus atos, tanto para si mesmo quanto para os outros e por fim o modo criança feliz (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2008).

A segunda categoria, modos enfrentamento disfuncional, encontram-se o modo capitulador complacente, o qual submete-se ao esquema, tornando-se mais uma vez a criança passiva e desamparada que deve ceder aos outros. Encontra-se também o modo protetor desligado, em que há um desligamento psicológico do sofrimento do esquema, abusando de álcool e evitando pessoas (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2008). Por fim, o modo hipercompensador, que age de forma extrema na tentativa de refutar o esquema.

Já na terceira categoria, encontram-se os modos pais disfuncionais, o primeiro é o modo pai\mãe punitivo, que pune um dos modos da criança por se “comportar mal” e o modo pai\mãe exigente, que empurra e pressiona a criança a cumprir padrões muito elevados. Por último encontra-se a modos adulto saudável, o qual é fortalecido na terapia ao ensinar o paciente a moderar, cuidar ou curar os outros modos (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2008).

No que tange às técnicas vivenciais, é encontrada a de imagens mentais e diálogo, que se trata de uma técnica poderosa pois ativa esquemas no consultório, inúmeras vezes, de maneira a permitir que ambos (terapeuta e paciente) os sintam, essa é feita na fase de avaliação. Uma coisa é os pacientes perceberem racionalmente que podem ter determinados esquemas desde a infância, e outra é que os sintam, lembrem-se de como se sentiam quando crianças e conectem esses

sentimentos aos problemas atuais. Posteriormente há uma conversa, visto que, discutir o que aconteceu durante uma sessão de imagens mentais ajuda a educar mais os pacientes em relação a esquemas e a suas próprias necessidades não-satisfeitas quando criança. Há, ainda, o uso da mesma técnica na fase de mudança, em que se pretende lutar contra esquemas no campo dos afetos. Nesse momento do tratamento, terapeuta e paciente, em conjunto examinam as evidências favoráveis e contrárias ao esquema e construíram uma argumentação racional contra ele. (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2008).

Em síntese, na clínica da terapia do esquema, caso o paciente apresente um transtorno agudo, como é o caso de um indivíduo com bulimia nervosa e em crise, o terapeuta irá direcionar primeiro, o tratamento ao alívio dos sintomas por meio de terapia cognitivo comportamental ou medicação psicotrópica. Se o paciente está usando de métodos compensatórios de forma grave, o terapeuta, primeiro, direciona o tratamento para a interrupção desse problema. Uma vez que o paciente tenha interrompido ou reduzido em grau significativo o uso desses métodos, o terapeuta inicia o trabalho com esquemas (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2008).

## **5 UMA DISCUSSÃO COMPARATIVA ENTRE TERAPIA DO ESQUEMA E TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO DE BULIMIA NERVOSA**

Pacientes com diagnóstico de bulimia nevosa, de acordo com Oliveira e Santos (2006), apresentam pensamentos e emoções desadaptativas, auto-estima flutuante, e algo comum entre eles seria apresentar atitudes caóticas, não somente em seus hábitos alimentares, mas também em outros aspectos da vida, como os estudos, a vida profissional e as relações amorosas.

Outra consideração relevante acerca de pacientes com BN é como se dá sua relação com figuras parentais em especial a figura materna, o afeto é vivenciado de forma ambivalente, oscilando entre a extrema dependência e o desejo de completa liberdade e autonomia. Os sentimentos são vivenciados muito intensamente, tanto de ódio como de amor. Além disso, são expressos com o filtro de experiências do tipo “tudo ou nada”, sem nuances e gradações, desencadeando reações explosivas (OLIVEIRA; SANTOS, 2006).

Ademais, o controle de impulsos dos pacientes é deficitário, podendo ocorrer episódios de agressividade, que colocam em risco tanto a própria integridade física como dos demais. São pessoas com auto-estima rebaixada, que sofrem de intensa distorção da imagem corporal e sentimentos de desesperança (OLIVEIRA; SANTOS, 2006).

O estudo realizado por Groth, Hilsenroth, Boccio e Gold (2019), demonstrou relação entre traumas na infância, como um dos fatores etiológicos, no desenvolvimento de transtornos alimentares na adolescência, especialmente aqueles com histórico de abusos físicos e o posterior desenvolvimento de BN. Além disso, foi evidenciado conexão entre experiências desprovidas de controle, trauma e transtornos alimentares. A partir disso, é possível relacionar a importância da infância e das experiências ruins dentro dessa fase da vida e o posterior desenvolvimento de transtornos alimentares, o que remete a formação de esquemas emocionais, visto que, como dito anteriormente, os esquemas vêm de necessidades emocionais não satisfeitas na infância (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2008).

Importante falar que o modelo cognitivo para tratamento de transtornos alimentares inicialmente foi proposto por Fairburn, em 1981, a princípio, o objetivo da técnica é auxiliar a paciente a estabelecer um controle comportamental sobre seu hábito alimentar para então ajudá-la a modificar suas atitudes anormais em relação à alimentação, ao peso e à forma corporal. Posteriormente o foco será a aquisição de habilidades em resolver problemas e a manutenção dos progressos adquiridos ao longo do tratamento (TAVARES FILHO; MAGALHÃES; TAVARES, 2009).

Segundo Knapp (2004), no que tange ao tratamento de BN a partir da TCC o foco inicial é dado no valor atribuído a forma e ao peso corporal idealizado, e o tratamento da TCC proposto para a bulimia é conduzido ao longo de vinte sessões, em média, e subdividido em quatro estágios: o primeiro é o de psicoeducação, que se trata da transmissão de conceitos tanto da terapia em si quanto da psicopatologia em questão, e tem a função de orientar o paciente em diversos aspectos, seja a respeito das consequências de um comportamento, na construção de crenças, valores, sentimentos e como estes repercutem em sua vida e na dos outros, bem como nortear o paciente e sua família quanto à existência ou prevalência de doenças, sejam elas de ordem física, genética ou psicológica (NOGUEIRA; CRISOSTOMO; SOUZA; PRADO, 2017), também faz parte informar ao paciente dados sobre o seu diagnóstico,

a etiologia, o funcionamento e o tratamento mais indicado (FARINA; TERROSO; LOPES; ARGIMON, 2013), além de incluir uma introdução da visão cognitiva sobre a manutenção da BN (KNAPP, 2004).

O segundo leva cerca de duas sessões e se trata do monitoramento dos hábitos e comportamentos alimentares, já o terceiro é o de introdução de estratégias para prevenir os episódios de compulsão e os demais comportamentos disfuncionais, buscando promover o autocontrole por meio de técnicas e treinamento de solução de problemas, dura em torno de seis a oito sessões. O quarto estágio leva cerca de oito sessões e é o desafio cognitivo e reestruturação dos comportamentos alimentares que estão disfuncionais. Por fim, as últimas sessões buscam o estabelecimento de um plano de prevenção de recaídas, visando a manutenção do tratamento feito (KNAPP, 2004).

Outras técnicas possíveis para o tratamento dentro da TCC são: registro da alimentação, que consiste em um diário alimentar, para que seja possível entender os hábitos e quais etapas da rotina alimentar estão inadequadas. A segunda técnica é o padrão regular de alimentação, em que o paciente poderá aprender a sustentar um padrão regular de alimentação, o que o ajudará a diminuir a compulsão alimentar. A terceira é a organização dos hábitos alimentares, que poderá ajudar o paciente a lidar com refeições realizadas em viagens, restaurantes e festas, quando há exposição a muitos alimentos e pode ser difícil exercer o autocontrole (DUCHESNE; DIAS, 2018).

A quarta técnica possível é o treinamento em resolução de problemas, durante o processo terapêutico o paciente tende a desenvolver a capacidade de resolver problemas de modo geral. Muitas vezes o TA piora em função de dificuldades para lidar com as pressões do dia a dia, como dificuldades familiares e com os relacionamentos afetivos, dificuldades com o estudo ou trabalho, entre outras. (DUCHESNE; DIAS, 2018).

A quinta técnica é regulação de sentimentos, visto que, os episódios de compulsão acontecem, por vezes, visando alívio de sentimentos desconfortáveis, com a regulação de sentimentos, o paciente aprenderá técnicas para relaxar, reduzir sua tristeza, raiva, culpa e outros sentimentos difíceis ao invés de recorrer a comida. A sexta e última técnica é o desenvolvimento de alternativas à compulsão alimentar, após identificados todos os eventos que favorecem a ocorrência dos episódios de compulsão alimentar (ECA), o paciente irá aprender várias habilidades diferentes que

podem ajudá-lo a resistir ao impulso de comer inadequadamente (DUCHESNE; DIAS, 2018).

Já a terapia do esquema, vai pela via das técnicas vivenciais, que possuem dois objetivos: o primeiro é a ativação de emoções conectadas a esquemas desadaptativos remotos e o segundo objetivo é realizar a reparação parental com o paciente, com o intuito de curar essas emoções e satisfazer parcialmente suas necessidades não atendidas na infância. As técnicas vivenciais produzem as mudanças mais profundas, uma vez que, por meio do trabalho vivencial, os pacientes fazem uma transição, desde saber racionalmente que seus esquemas são falsos até acreditar nisso emocionalmente. (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2008).

Vale ressaltar o trabalho com imagens mentais em pacientes com memórias de traumas, visto que, pode ser relacionado ao desenvolvimento de transtorno alimentar, principalmente BN (GROTH et al., 2019). As imagens mentais de memórias traumáticas diferem de outras nos seguintes aspectos: é mais difícil para o paciente suportar, o sentimento que geram é mais extremo, o dano psicológico é mais grave e as memórias são bloqueadas com mais frequência. O objetivo é que o paciente libere sentimentos bloqueados, ou seja, o luto sufocado com a experiência do trauma. O terapeuta ajuda o paciente a aliviar o trauma, sentindo e expressando todas as emoções relacionadas a ele. E em um segundo momento é objetivado proporcionar proteção e conforto ao paciente na imagem, remetendo-o ao modo adulto saudável (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2008).

Uma possível técnica vivencial a ser utilizada é a de diálogos nas imagens mentais, em que o paciente é direcionado a dialogar com as pessoas que geraram seus esquemas na infância e com aquelas que contribuem para mantê-los na atualidade. Também tem o trabalho que busca a reparação parental limitada, o terapeuta ajuda o paciente a voltar àquele modo criança e a aprender a receber do terapeuta e de si mesmo, algo que faltou na infância, por meio das imagens mentais. Mais uma possibilidade de técnica vivencial é a de cartas aos pais, em que o intuito é resumir aquilo que o paciente aprendeu sobre o pai ou sobre a mãe como resultado do trabalho psicoterápico feito (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2008).

Tendo em vista a hipótese da relação entre transtornos alimentares e níveis mais graves de traços obsessivos, especialmente vulnerabilidade ao dano, defectividade/vergonha, incompetência e perfeccionismo (LAWSON; WALLER; [CADERNOS DE PSICOLOGIA, Juiz de Fora, v. 3, n. 6, p. 757-778, jul./dez. 2021 – ISSN 2674-9483](#)

LOCKWOOD, 2007), apresentando então sintomatologia complexa e difícil de tratar, mostra-se possível inferir que sejam relevantes os benefícios da TE no tratamento de transtornos alimentares, uma vez que a mesma foi criada para tratar pacientes com problemas caracterológicos e com transtornos psicológicos crônicos (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2008), como pressupõe-se que quem sofre com transtornos alimentares possua, visto que, pacientes caracterológicos não apresentam uma resposta satisfatória a TCC tradicional, por ser uma abordagem que parte do pressuposto que o paciente tenha metas bem definidas e problemas altamente discerníveis (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2008).

Outro ponto que sustenta a hipótese da TE ser benéfica no tratamento de BN, está no fato da ligação entre traumas na infância e o desenvolvimento de BN (GROTH et al., 2019), o que foca em um dos pressupostos da TE, que é o de EID. Dessa forma, visto que, por meio das técnicas vivenciais, existe a possibilidade de um novo delineamento para tais experiências traumáticas, acrescido da oportunidade do terapeuta realizar a reparação parental limitada, fica evidente que se trata de uma forma profunda de acessar conteúdos traumáticos e uma possível alternativa no tratamento de BN.

Como pôde ser constatado, enquanto a TCC vai pela via comportamental e cognitiva, visando reduzir os episódios purgativos e posteriormente focando na prevenção de recaídas (KNAPP, 2004) a TE vai pela via vivencial, partindo do pressuposto de que experiências vividas na infância propiciam o desenvolvimento de esquemas emocionais (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2008) e, sabendo que existe relação entre traumas na infância e o posterior desenvolvimento de BN e o quanto as memórias afetivas possuem impacto nessa questão, é por meio da TE que será contemplada a possibilidade de revisitar tais episódios, com a chance de um novo delineamento para os mesmos, por meio das técnicas vivenciais propostas no tratamento, além da possibilidade de reparação parental limitada. Portanto, a TE se mostra uma aliada viável, por trazer vivências e conseqüentemente ir além da TCC tradicional.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os estudos citam que pacientes com bulimia nervosa possuem relações conflituosas com seus pares e consigo mesmo, além de uma possível ligação entre traumas na infância e o posterior desenvolvimento de transtornos alimentares. Tendo como possibilidade as duas frentes de tratamento: terapia cognitivo comportamental e terapia do esquema, a hipótese inicial era de benefícios maiores no tratamento de BN a partir da TE, haja vista a ênfase maior da mesma na infância, fase do desenvolvimento em que possivelmente se formaram determinados traumas e as demais necessidades emocionais que não foram satisfeitas.

Conclui-se que a terapia do esquema se mostra uma possibilidade no tratamento de BN de forma a complementar a TCC no sentido de que ela propicia a revisitação de memórias da infância, além da reparação parental. Enquanto a TCC atua na diminuição da incidência de episódios purgativos e compensatórios, haja vista que, até mesmo optando pelo tratamento por meio da TE, a ênfase inicial é cognitiva, para que ocorra um manejo dos comportamentos disfuncionais do paciente.

Ademais, vale salientar o déficit de produções acerca de tratamentos para transtornos alimentares através da terapia do esquema no Brasil, a importância de tais produções seria na maior variedade de possibilidades e de tratamentos eficazes a curto e longo prazo para tais transtornos.

## REFERÊNCIAS

ALCKMIN-CARVALHO, Felipe; PEREIRA, Rodrigo Fernando; RAFIHI-FERREIRA, Renatha El; MELO, Márcia Helena da Silva. Terapia Cognitivo-Comportamental para bulimia nervosa crônica e severa: estudo de caso. **Revista Brasileira de Psicoterapia**, [S.L.], v. 21, n. 1, p. 5-18, abr. 2019. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/2318-0404.20190002>. Disponível em: [http://rbp.celg.org.br/detalhe\\_artigo.asp?id=293](http://rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=293). Acesso em: 11 jun. 2021.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

APPOLINÁRIO, José Carlos; CLAUDINO, Angélica M. Transtornos alimentares. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [S.L.], v. 22, n. 2, p. 28-31, dez. 2000. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1516-44462000000600008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/P6XZkzr5nTjmdVBTYyJVZPD/?lang=pt>. Acesso em: 11 jun. 2021.

BARLOW, David H.. **Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos: tratamento passo a passo**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016. 784 p.

BECK, Judith S.. **Psicoterapias Cognitivo-Comportamental**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. 414 p.

CALLEGARO, Marco Montarroyos. A neurobiologia da terapia do esquema e o processamento inconsciente. **Rev. bras.ter. cogn.**, Rio de Janeiro , v. 1, n. 1, p. 09-20, jun. 2005 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-56872005000100002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872005000100002&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 22 abr. 2021.

CARVALHO, Marcele Regine de *et al.* **Psicoeducação em Terapia Cognitivo Comportamental**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2019. 350 p.

DUCHESNE, Mônica; ALMEIDA, Paola Espósito de Moraes. Terapia cognitivo-comportamental dos transtornos alimentares. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [S.L.], v. 24, n. 3, p. 49-53, dez. 2002. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1516-44462002000700011>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/CJKXBkfr6wBxGV4t7zL4w9J/?lang=pt>. Acesso em: 12 ago. 2021.

DUCHESNE, Monica; DIAS, Thiago Rodrigues de Santa. Transtornos Alimentares. In: CARVALHO, Marcele Regine de; MALAGRIS, Lucia Emmanoel Novaes; RANGÉ, Bernard P.. **Psicoeducação em Terapia Cognitivo -Comportamental**. [S.l]: Sinopsys, 2018. Cap. 10. p. 134-146.

FARINA, Marianne; TERROSO, Lauren Bulcão; LOPES, Regina Maria Fernandes; ARGIMON, Irani I. de Lima. Importância da psicoeducação em grupos de dependentes químicos: relato de experiência: relato de experiência. **Aletheia**, Canoas, v. 42, n. 1, p. 175-185, dez. 2013. Disponível em: <https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=115035315015>. Acesso em: 11 jun. 2021.

GHISIO, Márcia Studer; LÜDTKE, Lucas; SEIXAS, Carlos Eduardo. Análise comparativa entre a Terapia Cognitivo-Comportamental e a Terapia do Esquema. **Revista Brasileira de Psicoterapia**, Santa Maria, v. 18, n. 3, p. 17-31, dez. 2016. Disponível em: [http://rbp.celg.org.br/detalhe\\_artigo.asp?id=210#](http://rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=210#). Acesso em: 11 jun. 2021.

GONÇALVES, Vivianne Oliveira; MARTÍNEZ, Juan Parra. Imagem corporal de adolescentes: um estudo sobre as relações de gênero e influência da mídia. **Comunicação & Informação**, [S.L.], v. 17, n. 2, p. 139-154, 15 dez. 2014. Universidade Federal de Goiás. <http://dx.doi.org/10.5216/31792>. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/index.php/ci/article/view/31792>. Acesso em: 15 ago. 2021.

GROTH, Taylor; HILSENROTH, Mark; BOCCIO, Dana; GOLD, Jerold. Relationship between Trauma History and Eating Disorders in Adolescents. **Journal Of Child & Adolescent Trauma**, [S.L.], v. 13, n. 4, p. 443-453, 10 jul. 2019. Springer Science and Business Media

LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s40653-019-00275-z>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs40653-019-00275-z>. Acesso em: 01 set. 2021.

KNAPP, P. *Terapia Cognitivo Comportamental na prática clínica*. Porto Alegre: Artmed, 2004.

LAWSON, Rachel; WALLER, Glenn; LOCKWOOD, Rebecca. Cognitive content and process in eating-disordered patients with obsessive–compulsive features. **Eating Behaviors**, [S.L.], v. 8, n. 3, p. 305-310, ago. 2007. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eatbeh.2006.11.006>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1471015306000845?via%3Di> hub. Acesso em: 16 set. 2021.

OLIVEIRA, Érika Arantes; SANTOS, Manoel Antônio. PERFIL PSICOLÓGICO DE PACIENTES COM ANOREXIA E BULIMIA NERVOSAS: a ótica do psicodiagnóstico. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, [S.L.], v. 39, n. 3, p. 353, 30 set. 2006. Universidade de Sao Paulo, Agencia USP de Gestao da Informacao Academica (AGUIA). <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v39i3p353-360>. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/391>. Acesso em: 24 set. 2021.

OLIVEIRA, L. L.; DEIRO, C. P. Terapia Cognitivo-Comportamental para Transtornos Alimentares: A Visão de Psicoterapeutas sobre o Tratamento. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, [S. l.], v. 15, n. 1, p. 36-49, 2013. DOI: 10.31505/rbtcc.v15i1.565. Disponível em: <http://rbtcc.webhostusp.sti.usp.br/index.php/RBTCC/article/view/565>. Acesso em: 3 jun. 2021.

RANGÉ, Bernard. **Psicoterapias Cognitivo-Comportamental: um diálogo com a psiquiatria**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 800 p.

SAIKALI, Carolina Jabur; SOUBHIA, Camila Saliba; SCALFARO, Bianca Messina; CORDÁS, Táki Athanássios. Imagem corporal nos transtornos alimentares. **Archives Of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, [S.L.], v. 31, n. 4, p. 164-166, 2004. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0101-60832004000400006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/jG3GVZ8MkYrcmjxQfnr9Rgf/?lang=pt>. Acesso em: 15 ago. 2021.

SILVA, Tatiana A. Bertulino da; VASCONCELOS, Flávia Maria de Nassar de; XIMENES, Rosana Christine Cavalcanti; SAMPAIO, Thiago Pacheco de Almeida; SOUGEY, Everton Botelho. As terapias cognitivo-comportamentais no tratamento da bulimia nervosa: uma revisão. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, [S.L.], v. 64, n. 2, p. 160-168, jun. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000072>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/qcpgTHhwypWCcMx4pHsCM9b/?lang=pt>. Acesso em: 3 jun. 2021.

SOARES, Maria Alinele Lucena; FEITOSA, Lilian Cavalcante; MELO, Sabrina Suerli Lucena; I, João Luiz; SOUZA, Francisca Cristiane Gomes de; BRITO, Kátia Daniele Dutra; OLIVEIRA, Gislene Farias de. Ações de Capacitação de Servidores em uma Instituição Pública de Ensino Superior: o caso da universidade federal do cariri / server training actions in a public higher education institution. **Id On Line Revista de Psicologia**, [S.L.], v. 13, n. 47, p. 981-998, 28 out. 2019. Lepidus Tecnologia. <http://dx.doi.org/10.14295/idonline.v13i47.2089>. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/3086/4850>. Acesso em: 27 ago. 2021.

TAVARES FILHO, T.e.; MAGALHÃES, P.M.s.; TAVARES, B.M.. A Terapia Cognitivo-Comportamental e Seus Efeitos no Tratamento dos Transtornos do Comportamento Alimentar. **Revista de Psicologia da Imed**, [S.L.], v. 1, n. 2, p. 160-168, 30 dez. 2009. Complexo de Ensino Superior Meridional S.A.. <http://dx.doi.org/10.18256/2175-5027/psico-imed.v1n2p160-168>. Disponível em: <https://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/25>. Acesso em: 11 jun. 2021.

YOUNG, Jeffrey E. **Terapia Cognitivo Comportamental para Transtornos de Personalidade**: uma abordagem focada no esquema. 3. ed. Rio de Janeiro: Artmed, 2003. 88 p.

YOUNG, Jeffrey E.; KLOSKO, Janet S.; WEISHAAR, Marjorie E.. **Terapia do Esquema**: guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras. Porto Alegre: Artmed, 2008. 36