

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NOS TRANSTORNOS ALIMENTARES: UMA ABORDAGEM FAMILIAR PARA INTERVENÇÃO EM CRISE

Aneron de Avila Canals¹
Ângela Leggerini de Figueiredo²
Renata Peretti Kuhn³
Irani I. de Lima Argimon⁴

RESUMO

Os transtornos alimentares são caracterizados por uma grave perturbação do comportamento alimentar, acompanhada por distorção da imagem corporal, com conseqüências clínicas e emocionais tanto para a pessoa que sofre deste transtorno quanto para seus familiares. A terapia familiar é uma das indicações para o tratamento dos transtornos alimentares, uma vez que os conflitos familiares ou são causadores destes transtornos ou conseqüências dos mesmos. O objetivo deste artigo é a descrição de um plano de tratamento familiar para tais pacientes, seguindo o modelo de terapia cognitivo-comportamental. A terapia de família é um recurso terapêutico com o objetivo central de melhorar as relações e conflitos existentes, promovendo, deste modo, a melhora do prognóstico do transtorno alimentar.

Palavras-chave: Transtornos alimentares; tratamento familiar; terapia cognitivo-comportamental.

COGNITIVE-BEHAVIOR THERAPY IN EATING DISORDERS: A FAMILY APPROACH TO INTERVENTION IN CRISIS

ABSTRACT

The eating disorders are characterized by a serious disruption of eating behavior, accompanied by a distortion of body image, with clinical and emotional consequences to the person who suffers with this disorder and for their families. The family therapy is one of the indications for the treatment of eating disorders, since the family conflicts or cause these disorders or are consequences of them. This article is the description of a family plan of treatment to these patients, following the model of cognitive-behavioral therapy. Initially, it highlighted the etiology and epidemiology of eating disorders. The family therapy is a therapeutic resource with the central goal of improving relations and conflicts, promoting thus improves the prognosis of the eating disorder.

Key words: Eating disorders; family treatment; cognitive-behavioral therapy.

¹ Psiquiatra, terapeuta de família e casais, especialista em Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) e colaborador do Grupo de Pesquisa de Avaliação e Intervenção Psicológica no Ciclo Vital do Programa de Pós-Graduação (PPG) da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

² Psicóloga, especialista em Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais pela UNISINOS e mestranda do Grupo de Pesquisa de Avaliação e Intervenção Psicológica no Ciclo Vital do PPG da Faculdade de Psicologia da PUCRS.

³ Graduanda em Psicologia pela PUCRS, colaboradora do Grupo de Pesquisa Avaliação e Intervenção Psicológica no Ciclo Vital do PPG da Faculdade de Psicologia da PUCRS.

⁴ Doutora em Psicologia pela PUCRS, coordenadora do Grupo de Pesquisa de Avaliação e Intervenção Psicológica no Ciclo Vital do PPG da Faculdade de Psicologia da mesma instituição.

Introdução

Os transtornos alimentares têm sido amplamente estudados e incluem, oficialmente, dois transtornos: a anorexia nervosa e a bulimia nervosa. Há ainda os transtornos sem outra especificação, dentre os quais o transtorno da compulsão periódica é o que mais se tem estudo (Kaplan, Sadock & Grebb, 1997).

A anorexia nervosa foi descrita inicialmente no início do século XIX, embora existam relatos anteriores. A anorexia, portanto, passou a ser a primeira a receber classificação e ter critérios definidos na década de 70 (Cordas & Claudino, 2002). O termo anorexia não é o mais adequado para descrever este quadro, uma vez que etimologicamente deriva do grego “an” que significa deficiência ou ausência de, e “orexis”, apetite, ou seja, ausência de apetite. Mas do ponto de vista psicopatológico não ocorre perda real do apetite e sim um desejo intenso de controlar a fome, conforme os critérios diagnósticos da última edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (American Psychiatric Association, APA, 2003).

A bulimia nervosa foi o segundo transtorno a ser descrito oficialmente. Gerald Russell descreveu este quadro clínico pela primeira vez em 1979. Etimologicamente também deriva do grego, que tem como significado “boul” boi ou “bou” grande quantidade e “leomos” fome, fome excessiva (Cordas & Claudino, 2002). As descrições deste quadro ocorreram devido a sintomas relacionados ao comportamento alimentar, mas clinicamente diferentes da anorexia nervosa. Atualmente entende-se que a bulimia nervosa pode ser uma possível evolução da anorexia nervosa não tratada, mas também como entidade única.

O transtorno da compulsão periódica foi descrito pela primeira vez em 1950, mas somente em 1994 foi incluído no apêndice B do DSM-IV. Conforme Azevedo, Santos e Fonseca (2004) a descrição deste quadro surgiu devido à necessidade de diferenciar

indivíduos obesos com compulsão alimentar daqueles sem compulsão alimentar, e, também, dos pacientes com compulsão alimentar seguidos de atos compensatórios daqueles sem atos compensatórios. O quadro caracteriza-se, então, por apresentar episódios recorrentes de compulsão alimentar, definido por dois sintomas básicos: o excesso alimentar e a perda de controle (APA, 2003).

Em algumas situações, o diagnóstico do transtorno alimentar pode ser difícil de ser realizado devido à evolução desfavorável que estes quadros apresentam (Claudino & Borges, 2002). Pode ocorrer de uma paciente com anorexia nervosa não fechar todos os critérios, como, por exemplo, não apresentar amenorréia, assim como, no transtorno da compulsão periódica, o paciente pode apresentar atos compensatórios, mas não na frequência que justifique o diagnóstico de bulimia nervosa. Entretanto, estes pacientes também apresentam sofrimento significativo e colocam em riscos suas vidas.

Os dados de epidemiologia dos transtornos alimentares, segundo Pizon e Nogueira (2004), não são uniformes. A prevalência da anorexia nervosa varia entre 0,5% a 3,7% e o da bulimia nervosa de 1,1% a 4,2% na população em geral. Já o transtorno da compulsão periódica estima-se, na população americana, em torno de 2% a 3%. São frequentes os transtornos psiquiátricos comórbidos aos transtornos alimentares. Os transtornos do humor ocorrem em 52% a 98% dos pacientes, sendo o episódio depressivo maior e a distímia os mais comuns. Os transtornos ansiosos são igualmente prevalentes nessa população, com índices que variam de 65% na anorexia nervosa e 36% a 58% na bulimia nervosa, com predomínio de fobia social e do transtorno obsessivo-compulsivo.

Quanto à etiologia, fatores biológicos, fatores psicológicos e fatores sociais estão relacionados ao desenvolvimento dos transtornos alimentares. Mas as teorias mais aceitas falam da união destes fatores, uma vez que um fator isolado tem pouca possibilidade de desencadear estas patologias (Kaplan et al., 1997).

Os transtornos alimentares podem ter um início gradual, fazendo com que os sintomas permaneçam estáveis durante muitos anos, entretanto há circunstâncias em que os sintomas evoluam colocando em risco a vida da paciente. A perda significativa de peso na paciente com anorexia nervosa a coloca em um nível de desnutrição severa e como conseqüências é possível o desenvolvimento de complicações cardíacas, digestivas-gastrintestinais, reprodutivas, dermatológicas, hematológicas, esqueléticas e psiquiátricas. As complicações relacionadas aos atos compensatórios são em decorrências da purgação, como as alterações metabólicas, dentárias, digestivas-gastrintestinais e psiquiátricas, e com relação à atividade física em excesso, ocorrendo lesões de repetição em articulações. A compulsão alimentar apresenta complicações relacionadas ao aumento de peso, cardíacas, metabólicas, vasculares e músculo esqueléticas, mas a complicação clínica direta está relacionada ao empanturramento alimentar que pode ter como conseqüência à asfixia levando a parada respiratória.

O tratamento, segundo Duchesne e Appolinário (2001), está basicamente centrado em reeducação alimentar, orientação para prática de atividade física adequada, abordagem do distúrbio da imagem corporal e da auto-estima, e modificação do sistema de crenças. Devido às características diagnósticas e as complicações clínicas, o tratamento requer também uma visão em intervenção em crise. A terapia cognitivo-comportamental tem-se mostrado eficaz para o tratamento e para a prevenção da recaída nos transtornos alimentares (Abreu & Cangelli Filho, 2004; Duchesne & Almeida, 2002).

Não há estudos que consigam mostrar padrões familiares típicos dos transtornos alimentares. E, muitas vezes, também, é difícil sabermos se a família é vítima ou geradora do transtorno alimentar. A verdade é que, segundo Herscovici (1997, p. 37), “ninguém de casa fica isento de ser afetado de alguma maneira, e, portanto, o doente não é o único da família a ter problemas”. As alterações mais freqüentes na organização familiar, e que, provavelmente, estão relacionadas tanto aos fatores desencadeantes como fatores mantenedores do transtorno

alimentar, são a falta de flexibilização nas regras, as fronteiras disfuncionais, tanto com características de serem muito fechadas ou extremamente abertas, a falha na liderança e as falhas no controle.

Têm-se observado, nos últimos anos, um número crescente de pesquisas na área dos transtornos alimentares, onde a família passa a ter um papel preciso nos programas de tratamento para estes transtornos (Castro, Toro & Cruz, 2000; Whelan & Cooper, 2000; Cobelo, Saikali & Schomer, 2004). Este artigo trata-se de um estudo teórico, tendo como objetivo descrever um plano de tratamento familiar para pacientes com transtorno alimentar, seguindo o modelo de terapia cognitivo-comportamental, com sessões estruturadas orientadas em metas, focalizadas na resolução de problemas e com duração pré-determinada.

Plano de Tratamento Familiar

A abordagem familiar, com enfoque cognitivo-comportamental, levando em conta suas características e proposições básicas, apresenta uma indicação precisa para o tratamento das famílias com paciente que sofre de transtorno alimentar. O estilo e o conteúdo de uma abordagem cognitiva à terapia familiar podem se sobrepor consideravelmente a outras estratégias de intervenção familiar; entretanto, o diferencial está no plano de tratamento estruturado e na participação ativa, tanto por parte do terapeuta quanto por parte da família (Beck & Alford, 2000).

Dattilio e Jongsma Jr. (2000), falam da importância do plano de tratamento na terapia familiar, pois é um guia que estrutura o foco do contrato terapêutico e serve para direcionar o tratamento, permitindo aos seus membros canalizar seus esforços em mudanças específicas, que poderão levar a solução de conflitos e alterações saudáveis que constituíram as metas de longo prazo.

Deste modo o plano de tratamento proposto foi dividido em quatro fases, correspondendo a um total de 12 sessões. O terapeuta deverá ter formação em terapia de família e casais, bem como em terapia cognitivo-comportamental. As características das sessões seguem o modelo cognitivo, sendo estruturadas, com agenda e um tempo de duração de 60 minutos.

Dentro desta proposta de tratamento, o paciente com transtorno alimentar, deverá estar em tratamento psicoterápico individual, bem como em acompanhamento clínico e nutricional, de modo que as questões individuais, como, por exemplo, a prescrição medicamentosa e a orientação nutricional, terão o seu espaço específico. Andolfi e Haber (1998) destacam o papel do trabalho em equipe multidisciplinar, reforçando a comunicação destes profissionais durante o processo de tratamento. As fases de tratamento estão compreendidas na Tabela 1 e descritas a seguir.

Tabela 1 – Plano de tratamento cognitivo-comportamental para familiares de pacientes com transtorno alimentar

FASES DO TRATAMENTO	Nº SESSÕES (aproximadamente)	INTERVENÇÕES
Fase I - avaliação	2	Genograma, ciclo de vida da família, contrato terapêutico
Fase II - psicoeducação	3	Psicoeducação no transtorno alimentar e na terapia cognitivo-comportamental
Fase III – reestruturação cognitiva	5	Registro de pensamento disfuncional, questionamento socrático, resolução de problemas
Fase IV – prevenção de recaída	2	Técnica da fantasia forçada, cartão de enfrentamento, sessões de acompanhamento e reforço

Fase I – Avaliação inicial

Como todo processo terapêutico, inicia-se pela avaliação da família. Esta etapa tem como objetivo inicial situar a família no ciclo de vida familiar, uma vez que a partir deste dado será definido quem irá participar dos encontros programados (Minuchin & Fishman, 1990). Deverão ser observadas contra-indicações para este processo, como por exemplo outros transtornos psiquiátricos que requeiram prioridade ao tratamento: abuso sexual infantil, violência doméstica, depressão com risco de suicídio, dependência química.

O passo seguinte é a busca pela identificação de conflitos familiares que estão contribuindo para o transtorno alimentar, bem como a identificação de regras na família de origem. Os segredos familiares são, muitas vezes, os causadores dos transtornos alimentares. Segundo Roberto (1994), por este motivo o uso do genograma é uma ferramenta muito importante nesta etapa, uma vez que fornecerá de modo claro e objetivo os conflitos anteriores, que podem estar perpetuando o problema.

A visão sistêmica entende que o atual comportamento da família não pode ser adequadamente compreendido à parte de sua história (Carter & McGoldrick, 2001). O questionamento histórico, visão trigeracional, é uma maneira de investigar eventos e transições essenciais, para compreendermos as mudanças e as estratégias de manejo da família, em resposta a estressores passados, ou seja, como a família lidou em situações de crise.

A construção da rede de apoio é uma peça fundamental na terapia familiar, uma vez que os transtornos alimentares apresentam um ciclo de evolução, onde a recaída deve ser monitorada e prevenida. Esta rede deverá ser planejada levando em consideração as características de cada transtorno alimentar. No caso da anorexia nervosa, a restrição

alimentar requer uma rede de apoio que não permita em casa alimentos de baixas calorias, ao contrário do comer compulsivo, onde os alimentos de altas calorias devem ser evitados. Com relação aos atos compensatórios, a contribuição da rede de apoio é de impedir o uso destas estratégias disfuncionais por parte do paciente. O terapeuta, juntamente com a família, montará uma escala para que não ocorra sobrecarga de um determinado membro, mas mantendo a posição que todos deverão participar.

A finalização desta etapa é a montagem do contrato terapêutico. O esclarecimento do plano de tratamento deverá ser realizado, uma vez que o objetivo do tratamento são sessões estruturadas em um período pré-determinado, a falta de um componente às sessões prejudicará ou até mesmo inviabilizará o tratamento. Outros temas do contrato dizem respeito a honorários e o trabalho multidisciplinar, onde o terapeuta de família deverá manter contato, sempre que necessário, com os outros profissionais envolvidos neste processo.

Fase II – Psicoeducação

A etapa seguinte está voltada para a psicoeducação da família no transtorno alimentar e na terapia cognitivo-comportamental. O processo de orientar a família com relação ao diagnóstico tem como principal objetivo desfazer idéias erradas com relação ao transtorno. A revisão dos critérios diagnósticos segundo o DSM-IV-TR deve ser usada como ferramenta.

Solicita-se que inicialmente cada componente fale o que sabe sobre o transtorno alimentar em questão, onde adquiriram tal informação e se conhecem outra pessoa com sintomas semelhantes. É importante também o esclarecimento dos mecanismos de manutenção do transtorno alimentar, a busca de fatores predisponentes, de fatores precipitantes e de fatores mantenedores. Por este motivo, é solicitado que a família descreva seus padrões alimentares, onde seja possível destacar os padrões adequados e repensar sobre

os padrões inadequados. Whitaker e Bumbery (1990) falam da importância de expandir o sintoma do paciente identificado para a família.

A socialização ao modelo cognitivo-comportamental deverá ser realizada uma vez que o processo terapêutico requer uma participação ativa, tanto por parte do terapeuta, quanto por parte da família. Segundo Dattilio e Padesky (1995), conhecer e revisar como a terapia está estruturada mantém uma sintonia e faz com que cada um assuma suas responsabilidades pelo modo de pensar e agir.

Fase III – Reestruturação cognitiva

Neste momento, levando em conta, que a família já realizou as etapas iniciais, de avaliação e psicoeducação, dá-se início a etapa em que deverá ser reservado um número maior de sessões. A terapia cognitiva ensina o paciente a identificar seus pensamentos disfuncionais e questioná-los (Dobson & Franche, 1999). Uma vez que um dos objetivos centrais do tratamento familiar é a busca de uma boa comunicação, o uso do registro de pensamento deve ser empregado partindo-se de uma situação, relacionada ao transtorno em questão, comum a todos os componentes da família. Esta será uma boa oportunidade para que a família possa questionar pensamentos comuns e pensamentos diferentes que ocorrem diante desta mesma situação além de propiciar a expressão das emoções, geradas por estes pensamentos disfuncionais, e rever formas mais construtivas de expressar apropriadamente esses sentimentos.

A montagem de uma tabela com as possíveis distorções cognitivas terá como finalidade o monitoramento dos pensamentos automáticos disfuncionais, e, mais uma vez, espera-se que a família realize este trabalho conjuntamente (Dattilio & Padeskiy, 1995). O questionamento socrático é um importante recurso na prática clínica da terapia cognitiva (Miyazaki, 2004), que é definido como uma série de questões cuidadosamente elaboradas

para levar a conclusões coerentes em relação a um determinado problema e para fornecer diretrizes para futuras ações. Levar o paciente a pensar sobre o problema em discussão e propiciar que ele encontre explicações e soluções, é uma das principais razões pelas quais esta forma de questionamento é considerada muito útil no processo terapêutico.

O automonitoramento das emoções terá como finalidade, o melhor controle destas emoções para permitir um diálogo mais adequado na família. Pode-se, por exemplo, sinalizar ao membro da família, que esteja apresentando uma alteração emocional intensa, que interrompa o confronto verbal inicialmente, para “esfriar” as emoções e permitir a retomada com um comportamento mais adequado.

O treino em resolução de problemas é outra ferramenta empregada no tratamento. A solução de problemas, segundo Jacob (2004), é um comportamento que, por meio de manipulação de variáveis, torna mais provável o surgimento da solução. É definida também como a resposta ou o padrão de respostas resultantes que altera a situação de forma a eliminar ou reduzir sua natureza problemática. Esta técnica consiste em seis etapas: (1) orientação para o problema, (2) definição e formulação do problema, (3) levantamento de alternativas, (4) tomada de decisões e (5) prática da solução e (6)verificação do resultado.

A procura de alternativas é um processo criativo e imaginativo, tanto quanto um processo de recordação e revivência. Os participantes poderão listar diferentes alternativas, baseadas em experiências anteriores, uma vez que quanto maior os números de alternativas, mais prováveis são as chances de conseguirem melhores resultados. As regras da família poderão emergir neste momento, e caso isto ocorra, será oportuno a identificação e questionamento desta estrutura cognitiva.

No processo de tomada de decisão, mais uma vez, estaremos trabalhando com o movimento de liderança da família, pois será necessário entre tantas alternativas a escolha da melhor ou a escolha em que a maioria entenda como a melhor. A prática da solução e

verificação é prescrita como uma tarefa de casa, onde todos deverão participar e avaliar a eficácia da escolha.

Por fim, nesta etapa, promover uma discussão de como as mudanças na família podem afetar a dinâmica das interações familiares, ressaltando a necessidade de formas de comunicação mais eficazes e a ampliação do repertório de habilidades para resolução de problemas.

Fase IV – Prevenção de recaída e avaliação final

Marlatt e Gordon (1993) definem a prevenção de recaída como um programa de automanejo que visa melhorar o estágio de manutenção do processo de mudança de hábitos, e tem como objetivo ensinar os indivíduos que tentam mudar seus comportamentos a prevenir e lidar com o problema da recaída.

Os transtornos alimentares apresentam a característica do sintoma de recaída, por este motivo, a etapa final deste processo está reservada para a prevenção de recaída, mas salientando que este foco faz parte de todas as fases do tratamento. A terapia cognitivo-comportamental dá uma ênfase ao fato do paciente praticar no seu dia-a-dia o aprendizado adquirido nas sessões terapêuticas. Nas sessões finais será o momento, então, de revisar as distorções cognitivas identificadas e as estratégias usadas para resolução deste problema. É oportuna a aplicação de recursos terapêuticos nesta fase, como por exemplo, a descatastrofização.

A descatastrofização (Savoia, 2004) é uma estratégia que ajuda os pacientes a testarem a realidade de seus pensamentos. Este procedimento não é aplicado por meio de uma única técnica, mas sim de um somatório de técnicas. Por exemplo, inicia-se com o recurso da projeção no tempo, onde a família imaginaria uma determinada situação em que pudessem

apresentar dificuldades. A etapa seguinte é a de questionar a probabilidade deste evento ocorrer e a probabilidade de ocorrer dificuldades na resolução deste determinado conflito. Por fim a montagem de um cartão de enfrentamento, onde constará as habilidades já empregadas em situações semelhantes, bem como os passos que deverão ser seguidos para descatastrofizar o pensamento gerador de ansiedade.

Um recurso adicional, para que se possa manter os ganhos do tratamento, seriam as sessões de seguimento. A alta terapêutica deste plano de tratamento inclui a marcação de pelo menos duas sessões, em intervalos mensais, para reavaliar os recursos que a família está usando para enfrentar suas dificuldades. Uma sessão de reforço, após seis meses da alta terapêutica terá por finalidade destacar os recursos empregados com sucesso e a verificação de novas situações pelas quais a família tenha passado.

Considerações Finais

Os transtornos alimentares são patologias que necessitam de um tratamento em longo prazo, tanto no que diz respeito ao acompanhamento clínico, quanto à psicoterapia individual. Deste modo o fator econômico, principalmente em países subdesenvolvidos, onde o acesso ao tratamento é limitado, deve ser levado em conta. Quando da indicação de terapia familiar, não podemos deixar de avaliar as implicações econômicas que isto possa representar para esta família. O plano terapêutico descrito, por apresentar o modelo de sessões estruturadas orientada em metas, focalizada na resolução de problemas e com duração pré-determinada, passará a ser uma alternativa eficaz para estes casos.

O foco do tratamento está centrado nos transtornos alimentares, tanto que as situações usadas nas fases descritas, estão relacionadas a estas patologias. O processo de alta deverá incluir uma reavaliação do caso, levando em conta outras patologias que possam ter sido

identificadas durante o tratamento. Para estes casos será necessária a indicação de psicoterapia individual.

É esperado que à medida que trabalhamos com famílias, conflitos “antigos” possam aparecer. Mesmo que o plano de tratamento esteja centrado em um foco específico, estes conflitos deverão fazer parte do processo terapêutico. Caso seja necessária uma atenção especial, que altere a estrutura inicial, o terapeuta deverá ter a sensibilidade de pensar em contra-indicação para este plano, redirecionando o tratamento para este conflito.

A relação terapêutica e a empatia são características essenciais para a eficácia deste modelo de tratamento. O fato de trabalharmos com sessões estruturadas e limitadas no tempo, não exclui a flexibilização por parte do terapeuta. As fases descritas fazem parte de uma evolução de tratamento, mas com margem de deslocamento de uma determinada técnica de uma fase para outra, caso isto possa parecer mais eficaz para determinada família, bem como a distribuição do número das sessões entre as fases.

O trabalho em equipe multidisciplinar requer um acompanhamento por parte dos profissionais envolvidos neste processo. Neste caso o terapeuta de família necessitará acompanhar a evolução do tratamento do paciente com o transtorno alimentar, tanto na questão clínica, quanto do processo psicoterápico individual. Em algumas situações específicas, estes profissionais poderão participar de alguns encontros familiares, conforme necessidade e acordo de todos.

A terapia de família é um recurso terapêutico com o objetivo central de melhorar as relações e conflitos existentes, promovendo, deste modo, a melhora do prognóstico do transtorno alimentar. O plano terapêutico descrito busca atingir este objetivo e mostra-se como uma ferramenta a mais para o sucesso terapêutico.

Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association (2003). *Referência rápida aos critérios diagnósticos do DSM-IV-TR*. Porto Alegre: Artmed.
- Abreu, C. N. & Cangelli Filho, R. (2004). Anorexia nervosa e bulimia nervosa: abordagem cognitivo-construtivista de psicoterapia. *Rev. psiquiatr. clín.*, 31(4), 177-183.
- Andolfi, M. & Haber, R. (1998). *Por favor, ajude-me com esta família: usando consultores como recurso na terapia familiar*. Porto Alegre: Artmed.
- Azevedo, A. P., Santos, C. C. & Fonseca, D. C. (2004). Transtorno da compulsão alimentar periódica. *Rev. psiquiatr. clín.*, 31(4), 170-172.
- Beck, A. & Alford, B. A. (2000). *O poder integrador da terapia cognitiva*. Porto Alegre: Artmed.
- Carter, B., McGoldrick, M. et al. (2001). *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. Porto Alegre: Artmed.
- Castro, J., Toro, J. & Cruz, M (2000). Quality of rearing practices as predictor of short-term outcome in adolescent anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 30, 61-67.
- Claudino, A. M. & Borges, M. B. F. (2002, dezembro). Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 24(3), 07-12.
- Cobelo, A. W., Saikali, M. O. & Schomer, É. Z. (2004). A abordagem familiar no tratamento da anorexia e bulimia nervosa. *Rev. Psiquiatr. Clín.*, 31(4), 184-187.
- Cordas, T. A. & Claudino, A. M. (2002, dezembro). Transtornos alimentares: fundamentos históricos. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 24(3), 03-06.
- Dattilio, F. M. & Jongsma Jr., A. E. (2000). *The family therapy: treatment planner*. New York: Wiley.
- Dattilio, F. M & Padesky, C. A. (1995). *Terapia cognitiva com casais*. Porto Alegre: Artmed.

- Dobson, K. S. & Franche, R.-L. (1999). A prática da terapia cognitiva. In: V. E. Caballo (Org.). *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento* (pp. 441-470). São Paulo: Santos.
- Duchesne, M. & Almeida, P. E. M. (2002). Terapia cognitivo-comportamental dos transtornos alimentares. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 24(3), 49-53.
- Duchesne, M. & Appolinário, J. C. (2001). Tratamento dos transtornos alimentares. In: B. Rangé (Org.). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria* (pp. 317-331). Porto Alegre: Artmed.
- Herscovici, C. R. (1997). *A escravidão das dietas: um guia para reconhecer e enfrentar os transtornos alimentares*. Porto Alegre: Artmed.
- Jacob, L. S. (2004). Treino de resolução de problemas. In: C. N. Abreu & H. J. Guilhardi (Orgs.). *Terapia comportamental e cognitivo-comportamental: práticas clínicas* (pp. 344-351). São Paulo: Roca.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J. & Grebb, J. A. (1997). *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica* (7. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (1993). *Prevenção de recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artmed.
- Minuchin, S. & Fishman, H. C. (1990). *Técnicas de terapia familiar*. Porto Alegre: Artmed.
- Miyazaki, M. C. O. S. (2004). Diálogo socrático. In: C. N. Abreu & H. J. Ghilhardi (Orgs.). *Terapia comportamental e cognitivo-comportamental: práticas clínicas* (pp. 311-319). São Paulo: Roca.
- Pizon, V. & Nogueira, F. C. (2004). Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares. *Rev. Psiquiatr. Clín.*, 31(4), 158-160.
- Roberto, L. G. (1994). Transtornos alimentares como segredos de família. In: E. Imber-Black (Org.). *Os segredos na família e na terapia familiar* (pp. 166-182). Porto Alegre: Artmed.

Savoia, M. G. (2004). Descatastrofização. In: C. N. Abreu & H. J. Guilhardi (Orgs.) *Terapia comportamental e cognitivo-comportamental: práticas clínicas* (pp. 336-343). São Paulo: Roca.

Whelan, E. & Cooper, R. L. (2000). The association between childhood feeding problems and material eating disorder: a community study. *Psychological Medicine*, 30, 69-77.

Whitaker, C. A. & Bumberry, W. M. (1990). *Dançando com a família: uma abordagem simbólico-experiencial*. Porto Alegre: Artmed.

Endereço para Correspondência:

Aneron de Avila Canals
Av. Ipiranga, 6681, prédio 11, sala 925
Bairro Partenon – Porto Alegre/RS
CEP: 90619-900
E-mail: aneroncanals@uol.com.br

Recebido em 25/9/2008.
Aceito para publicação em 12/01/2009.