

Abordagem psicodinâmica no tratamento dos transtornos alimentares

Psychodynamic approach on treatment of eating disorders

Soraia Bento Gorgati, Alessandra S Holcberg e Marilene Damaso de Oliveira

Programa de Orientação e Assistência aos Transtornos Alimentares do Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

Resumo O presente artigo apresenta uma revisão sobre a abordagem psicodinâmica no tratamento de anorexia nervosa e bulimia nervosa. Primeiramente conceitua as bases teóricas da modalidade terapêutica em questão. Logo a seguir, descreve suas indicações e contra-indicações e realiza uma revisão dos estudos sobre a eficácia da técnica psicodinâmica nessas síndromes clínicas. Por fim, destaca e discute vários aspectos técnicos da psicoterapia psicodinâmica no tratamento de pacientes com transtornos alimentares.

Descritores Anorexia Nervosa. Bulimia Nervosa. Psicoterapia Psicodinâmica. Transtornos alimentares. Tratamento

Abstract *The authors underwent a review of psychodynamic psychotherapy in the treatment of anorexia nervosa e bulimia nervosa. First, they defined the conceptual framework of this therapeutical approach. Then, they described the indications and contraindications and, also they discussed the studies about the efficacy of this psychotherapeutic intervention on this syndromes. At last, they pointed out and discussed many psychotherapeutical technical aspects in the treatment of patients with eating disorders.*

Keywords *Anorexia Nervosa. Bulimia Nervosa. Psychodynamic Approach. Eating Disorders. Treatment.*

Introdução

A etiologia dos transtornos alimentares é constituída por um conjunto de fatores em interação, que envolvem componentes biológicos, psicológicos, familiares e sócio-culturais.¹ Tais aspectos determinam as dimensões necessárias na abordagem do tratamento desses transtornos. Isso porque a complexidade da condição clínica exige uma abordagem integrada e multiprofissional. Uma equipe composta por psiquiatra, clínico geral, psicólogo e nutricionista é o alicerce do tratamento, sobretudo em esquema ambulatorial e hospitalar.

A abordagem psicodinâmica refere-se a uma compreensão do psiquismo em seus processos dinâmicos, orientando o trabalho em direção ao *insight*.² A abordagem está fundamentada nos princípios da teoria psicanalítica,³ cuja técnica visa elaborar e resolver conflitos intrapsíquicos a serviço da reestruturação, reorganização e desenvolvimento da personalidade. Sob essa perspectiva, o sintoma consiste em uma comunicação simbólica sobre a natureza e a extensão do conflito subjacente.⁴ Esses conflitos, agregados a todos os afetos que o permeiam e ao protótipo das relações infantis, expressam-se na relação te-

rapêutica, o que torna o campo transferencial uma vertente fundamental para as hipóteses do terapeuta.

Outro aspecto de relevância para a conceituação psicanalítica refere-se à esfera conativa, ou seja, a determinação inconsciente de desejos, motivações ou medos no plano da ação. Os processos mentais valem-se de mecanismos de defesa que têm a finalidade de afastar o desconforto provocado por certas percepções ou desejos. Na esteira do pensamento psicanalítico seguem-se modelos teóricos contemporâneos que desenvolvem a compreensão do funcionamento psíquico e muito podem contribuir para uma proposição terapêutica específica nos casos de transtornos alimentares. Nesse campo, situam-se a teoria das pulsões, teoria das relações objetais, psicologia do ego, teoria do apego e a psicologia do *self*.⁵

Embora a teoria psicodinâmica não apresente uma definição conceitual única e precisa, ela tem o objetivo de auxiliar os pacientes a compreender os significados dos sintomas manifestos, encontrando assim alternativas mais adaptadas para lidar com o sofrimento psíquico.

O objetivo do presente artigo é discutir a dimensão psicológi-

ca do tratamento para transtornos alimentares, usando como estratégia a abordagem psicodinâmica e sua aplicabilidade clínica.

Histórico do tratamento psicológico

A evolução do diagnóstico e tratamento para transtornos alimentares contextualiza as concepções atuais acerca do funcionamento mental dos pacientes e das descobertas terapêuticas que derivam dessa compreensão. O estudo da etiologia dos transtornos fez alternadas passagens de uma visão psicológica para uma visão biológica e vice-versa, o que coincidiu, de forma geral, com os avanços da Psiquiatria, da Psicanálise e das Ciências Biológicas e Sociais. Atualmente já não é possível priorizar uma visão sobre a outra. Prevalece a compreensão de uma etiologia multifatorial, o que determina uma terapêutica integradora.

Lasègue & Gull descrevem simultaneamente o quadro clínico da anorexia, no final do século XIX. Vale destacar que Lasègue descobre uma relação entre o sintoma e a dinâmica familiar. O tratamento proposto, necessariamente, levava em conta essa interdependência.⁶ As colocações de Lasègue abrem caminho para a ação de Charcot, que acreditava que o isolamento fosse o método mais eficaz de tratamento. Ou seja, o paciente deveria ser afastado da família e internado em clínicas assistidas por religiosas.⁷ Está aí a germinação das abordagens familiares, posteriormente desenvolvidas, e das condutas hospitalares.

No século XIX a psicanálise estava nascendo com as idéias de Freud. Algumas de suas grandes contribuições lançaram uma luz sobre a enigmática doença: o psiquismo não seria redutível ao plano da consciência (formulação dos processos inconscientes) e o corpo não seria redutível a uma porção somática/biológica.

Na década de 1960, a investigação médica nos quadros de anorexia nervosa revela a importância das perturbações corporais para o desencadeamento e manutenção da patologia. O conflito está na imagem corporal e não mais nas funções alimentares. Hilde Bruch, a partir de sua experiência clínica, faz uma crítica ao trabalho interpretativo da psicanálise e propõe uma terapêutica condutivista, que leva em conta o processo do sujeito, sua história pessoal e seus recursos.⁸

A partir das experiências anteriores, do avanço das técnicas comportamentais e, posteriormente, cognitivo-comportamentais, cresce o interesse pela pesquisa sobre a eficácia de tratamentos. A pesquisa nessa área é ainda insatisfatória, devido, em parte, à baixa incidência dos transtornos alimentares na população geral, mas também pelas dificuldades clínicas e metodológicas, que o objeto de estudo apresenta.⁹

Psicoterapia psicodinâmica contemporânea Modalidades terapêuticas e indicações

Há uma variedade muito grande nos modelos de psicoterapia considerados psicodinâmicos, o que torna difícil a padronização do método. Não há muitos estudos controlados que comparem tratamento psicoterápico de orientação psicodinâmica com outras formas de tratamento. Entretanto, a psicoterapia psicodinâmica tem sido recomendada quando os tratamentos

mais breves são ineficazes.¹⁰ Não há nenhuma evidência de que uma forma específica de psicoterapia seja superior a outra para todos os tipos de paciente.¹⁰ Há um considerável movimento na direção de integrar as psicoterapias psicodinâmicas com o manejo ativo dos sintomas, chamadas de terapias cognitivo-analíticas.¹¹ A experiência clínica sugere que a psicoterapia contribui na melhora dos sintomas e na prevenção de recaídas, porém ela é insuficiente como tratamento exclusivo.

A psicoterapia de orientação dinâmica pode ser conduzida individualmente ou em grupo. A indicação ou contra-indicação para cada modalidade dependerá do diagnóstico e da gravidade do quadro.

Anorexia nervosa

A psicoterapia individual é a mais indicada. Programas que incluem psicoterapia grupal podem ser ineficazes durante a fase aguda. Podem frequentemente provocar efeitos negativos, pois aguçam a competitividade pela perda de peso.¹⁰ A restituição nutricional é um pré-requisito para a eficácia da psicoterapia, embora o ganho de peso não seja sinônimo de cura. O peso não pode ser negligenciado, na expectativa de que seja restaurado como consequência da resolução dos conflitos subjacentes.¹²

A hipótese sobre a importância da abordagem familiar não é nova; ela nasce com a descrição clínica do quadro, desde Lasègue. Nos anos 90 foram elaborados estudos sistematizados para avaliar a terapia familiar em pacientes adolescentes. A terapia familiar mostra-se eficaz quando a história clínica tem menos de três anos e os estudos de seguimento apontam para resultados duradouros. Por fim, os achados não sustentam formulações teóricas sobre a existência de uma organização familiar típica e da família como fonte causadora da anorexia.¹³ Um recente ensaio clínico randomizado mostra a eficácia de duas formas de intervenção familiar, comparadas ao grupo controle. Há melhora significativa, tanto sintomática, quanto nas condições psicológicas individuais e nas funções familiares nas duas formas de abordagem familiar. Uma delas é conduzida em conjunto com o paciente; na outra, um suporte para o paciente é associado ao aconselhamento para os familiares.¹⁴

Para pacientes adultos, foi recentemente publicado um ensaio clínico randomizado, no qual são apresentados os resultados da comparação entre duas formas de tratamento psicodinâmico (psicoterapia psicodinâmica focal e terapia cognitivo-analítica), terapia familiar e controle. O resultado indica que não há diferença estatisticamente significativa entre as formas de psicoterapia, mas a psicoterapia focal e a psicoterapia familiar mostraram-se mais efetivas quanto ao ganho de peso quando comparadas ao tratamento controle.¹⁵

Bulimia nervosa

Apesar de não termos encontrado estudos controlados sobre a eficácia das psicoterapias psicodinâmicas na BN, a experiência clínica sugere que as psicoterapias psicodinâmicas auxiliam no tratamento das co-morbidades, na diminuição da ansiedade, nos traumas por abuso sexual e na melhora das relações interpessoais. Estudos apontam que a terapia cognitivo-

comportamental é comprovadamente superior para quadros de bulimia nervosa simples, mas não nas formas mais complexas. Nesses casos uma abordagem psicodinâmica pode ser de grande auxílio.¹⁶

A escolha entre as modalidades individual ou grupal irá depender da experiência das equipes e das condições psicológicas do paciente. A psicoterapia grupal pode ser um excelente recurso para oferecer um *feedback* e suporte emocional por meio da experiência compartilhada. A experiência clínica apoia a indicação de terapia familiar em casos de adolescentes e de pacientes adultos que tenham graves conflitos com os pais ou cônjuge.

É importante considerar que alguns tipos de pacientes se beneficiam mais de uma psicoterapia orientada dinamicamente do que outros. Segundo Groot & Rodin,¹⁷ os fatores que podem ser considerados favoráveis a esse tipo de psicoterapia são: disposição para acessar o mundo psíquico, capacidade de controlar os impulsos e motivação para o *insight*. Entretanto, devem ser observadas algumas características dos pacientes que apresentam contra-indicações para psicoterapia psicodinâmica, como a gravidade do distúrbio do comportamento alimentar; a impulsividade, a tendência ao suicídio e outras co-morbidades importantes. Em contraposição, a recente versão do Guia Prático para o Tratamento dos Transtornos Alimentares, da Associação de Psiquiatria Americana,¹⁰ sugere que a psicoterapia psicodinâmica aplica-se justamente aos pacientes mais graves, com maior presença de comorbidades psiquiátricas e que não obtiveram sucesso terapêutico após serem expostos a técnicas cognitivo-comportamentais.

Fallon & Bunce¹⁸ apontam alguns itens que devem ser investigados e que podem figurar como critérios diagnósticos de inclusão ou exclusão para psicoterapia psicodinâmica:

- Padrão de relação na estrutura familiar;
- Capacidade de introspecção;
- Função egóica;
- Traços da personalidade e desenvolvimento psíquico ;
- Motivação para o tratamento.

Objetivos da psicoterapia psicodinâmica

A função primordial da psicoterapia psicodinâmica é propiciar ao paciente um espaço seguro e confiável para que ele possa compartilhar seu mundo interno e encontrar outras expressões para o sintoma. Em geral, o paciente com transtorno alimentar apresenta uma habilidade limitada para acessar e tolerar emoções. Tal atributo pode se manifestar de diversas formas no *setting* terapêutico, seja por meio de um repertório restrito de experiência afetiva ou de uma tendência em aceitar opiniões, crenças e interpretações do terapeuta.¹⁷ Por vezes, surge no contexto psicoterapêutico da anorexia nervosa um silêncio imperativo, um vazio que remete à imagem de um deserto psicológico. Já na bulimia nervosa, os afetos e emoções são experimentados com intensidade e ganham expressões indiscriminadas.¹⁹ Frente a esses aspectos, o psicoterapeuta tem a função de favorecer a emergência do mundo subjetivo e, especialmente, ajudar o paciente na identificação dos sentimentos, na

compreensão do significado da experiência emocional, ampliando assim sua tolerância afetiva. Para Zerbe,²⁰ atrás de cada sintoma alimentar existe uma história pessoal a ser contada. Os clínicos de orientação psicodinâmica escutam com atenção a história e nela encontram o impacto dos conflitos tanto nos relacionamentos familiares como próprios de cada etapa do desenvolvimento.

O senso de continuidade e coesão do *Self* está comprometido nos pacientes com transtornos alimentares.¹⁷ Nessas pessoas, a identidade é fugaz e o ego revela-se frágil, resultado de experiências arcaicas do desenvolvimento, no qual houve uma perturbação do ego em estado nascente. Com essa compreensão, a psicoterapia psicodinâmica enfatiza o trabalho com a regulação da auto-estima, promovendo o resgate do respeito por si mesmo e por sua história pessoal. Para enfrentar e se proteger da dor emocional, os pacientes valem-se de mecanismos de defesa (*splitting*, dissociação, projeção e identificação projetiva) utilizados com fins de adaptação temporária.²⁰ Para Brusset²¹ a análise dos mecanismos de defesa é importante, mas raramente ocorre na etapa inicial da psicoterapia.

De forma mais sistemática Fallon & Bunce,¹⁸ sugerem alguns objetivos terapêuticos a ser alcançados em dois tempos do tratamento:

Curto prazo

- Desenvolvimento da aliança terapêutica.
- Desenvolvimento de uma observação sobre si mesmo.
- Consciência dos estados afetivos.
- Reconhecimento de padrões de comportamento que sejam incongruentes com seus objetivos.

Longo prazo

- Compreensão das funções do sintoma.
- Melhora da auto-estima.
- Possibilidade de estabelecer uma distinção mais clara entre eu - mundo.
- Melhora sintomatológica e do funcionamento social

Em síntese, o que se espera do paciente dentro da perspectiva psicodinâmica, além de uma melhora no manejo dos sintomas, é que ele possa dispor de um repertório qualitativamente mais amplo para responder às demandas que a vida lhe impõe.

Manejo técnico

A atitude terapêutica

Na psicoterapia dirigida a pacientes com transtornos alimentares, a postura terapêutica proposta pela psicanálise clássica não tem sido a mais indicada. Uma atitude empática, que demonstre curiosidade e interesse pela pessoa tem se revelado mais eficaz, sobretudo para o estabelecimento da aliança terapêutica. Na primeira etapa do tratamento, o psicoterapeuta tem a função prioritária de ser continente, ou seja, oferecer-se como um receptáculo para os sentimentos, afetos e experiências dolorosas.²⁰ Winnicott²² propõe o *holding*, que indica uma qualidade de relação materna, permeada de afeto, e que possa servir de sustentáculo para a emergência de seu mundo subjetivo e para as vicissitudes do processo terapêutico. Jeammet²³ afirma que, se o transtor-

no alimentar é uma expressão do sofrimento egóico, de sua desorganização e transbordamento, ele é também uma tentativa de rearranjo. No setting terapêutico é importante procurar evitar intervenções que possam ser entendidas pelo paciente como julgamento crítico, sugestão, rejeição ou intrusão.²⁴

No início do trabalho psicoterapêutico é freqüente que o paciente encontre uma única forma de comunicação que se traduz pela preocupação com o peso, forma e comida.²⁵ Essa preocupação atua no psiquismo do paciente no sentido de evitar a experiência emocional desagradável. Uma atitude acolhedora mostra-se importante nessas circunstâncias. Gradualmente, de acordo com a evolução do processo psicoterapêutico, o indivíduo terá a oportunidade de reconhecer e integrar a ambivalência das relações de objeto, e a atitude do terapeuta poderá ganhar matizes mais realistas.²⁶

Transferência e contratransferência

O primeiro elemento a ser destacado, é que a psicoterapia psicodinâmica para transtornos alimentares vai trabalhar com os afetos experimentados pelo paciente em relação ao terapeuta dentro da sessão, sem necessariamente remetê-los a situações vividas pelo paciente. Sentimentos de raiva, frustração, desejos de submeter o terapeuta são vivências comuns a esses pacientes, especialmente para aqueles que tiveram infâncias traumáticas. Em contrapartida, transferências amorosas e idealizações a respeito da figura do psicoterapeuta também se fazem presentes. Algumas vezes, esse tipo de transferência serve para esconder sentimentos de rivalidade e de inveja em relação ao psicoterapeuta. Porém, esses afetos podem também indicar uma necessidade de experimentar uma vivência positiva a respeito das figuras parentais.²⁷ Os sentimentos contratransferenciais experimentados pelo terapeuta surgem especialmente no início do tratamento e podem ser utilizados como uma forma de acesso ao mundo interno dos pacientes. Considerando a dificuldade dos pacientes expressarem seus sentimentos, bem como de se sentirem inundados pelos mesmos, a contratransferência é muito útil, pois comumente os psicoterapeutas são tomados por sensações de vazio, de ineficácia ou mesmo de invasão.

O psicoterapeuta absorve o estado emocional do paciente por meio do mecanismo de identificação projetiva, postulado por Melanie Klein e retomado por Zerbe. De acordo com as idéias de Bruch,¹² esses pacientes apresentam profundas falhas na comunicação, na verbalização do que se passa no campo de seus afetos, na interpretação dos estados emocionais e na percepção das sensações corporais. Assim, um psicoterapeuta que se encontra suficientemente vinculado ao paciente, é capaz de experimentar esses afetos não verbalizados. Os sentimentos contratransferenciais devem ser comunicados e

remetidos ao paciente, de maneira que esse possa dar significado aos mesmos, possa ligá-los com experiências relevantes.

A relação terapêutica e seus aspectos transferenciais e contratransferenciais vividos dentro do *setting* comportam a expressão e uma posterior elaboração dos sentimentos, possibilitando a experiência de um novo modelo de interação.

Interpretação

O tema das interpretações para pacientes com transtornos alimentares deve ser visto com muita cautela. De acordo com Hilde Bruch, esses pacientes sofrem de um senso de ineficácia e ausência de autonomia. Por essa razão interpretações teóricas devem ser evitadas, pois correm o risco de ser tomadas pelo paciente como corretas, porém carentes de sentido e distantes da sua experiência atual.²⁸ Interpretações utilizadas dentro dos moldes da psicanálise clássica levam a uma reedição de uma relação invasiva experimentada na infância, na qual o paciente sentia e pensava através de um outro superior. A fase do “uso construtivo da ignorância” é um recurso pelo qual o psicoterapeuta considera o paciente um verdadeiro colaborador, escutando sua história, sem fazê-lo imaginar que traz consigo um estoque de segredos proposadamente guardados.

O *timing* deve ser respeitado, afim de que o psicoterapeuta não faça interpretações precipitadas, correndo o risco de que o paciente não tenha condições emocionais para absorvê-las.

Conclusão

A psicoterapia psicodinâmica configura-se como uma proposta de tratamento para pacientes com transtorno alimentar, que tem como objetivo recuperar e fortalecer a auto-estima e auxiliar na tradução de sensações e afetos que permanecem distantes da consciência. Os diversos autores apontam a importância de se levar em conta a história pessoal do paciente, bem como a necessidade de se trabalhar experiências primitivas traumáticas que permanecem muito vivas no psiquismo.

É importante destacar que existem poucos ensaios clínicos randomizados que comprovam a eficácia das psicoterapias psicodinâmicas, o que torna mais difícil a aceitação dessa abordagem dentro da comunidade científica. Entretanto, é indicada sempre que os tratamentos mais breves, ou focais mostraram-se ineficazes.

A experiência clínica revela que uma proposta de tratamento focada exclusivamente no sintoma alimentar ou exclusivamente nos conteúdos psicológicos do paciente mostra-se um tratamento parcial e incompleto. A tendência atual parece caminhar no sentido de contemplar uma proposta de tratamento mais integrada, na qual a recuperação de peso, a melhora do quadro sintomatológico psiquiátrico e a compreensão de aspectos psicológicos mais profundos têm pesos e importâncias equivalentes.

Referências

1. Garfinkel PE, Garner DM. Anorexia nervosa: a multidimensional perspective. New York: Brunner and Mazel; 1982.
2. Dewald P. Psicoterapia: uma abordagem dinâmica. Porto Alegre: Artmed; 1981.
3. Cordioli AV. Como atuam as psicoterapias. In: Psicoterapias: abordagens atuais. Porto Alegre: Artmed; 1998 p. 34-45.
4. Abuchaim A, Pinheiro AP, Nunes MAA. Abordagem psicodinâmica. In: Nunes MAA, Appolinário JC, Coutinho W et al, editores. Transtornos alimentares e obesidade. Porto Alegre: Artmed; 1999. p. 148-54.
5. Zerbe KJ. The crucial role of psychodynamic understanding in the treatment of eating disorders. *Psychiatr Clin N Am* 2001;24:305-13.
6. Lasègue C. Da anorexia histórica. *Rev Latinoam Psicopatol Fund* 1998;9(1):158-71.
7. Brumberg JJ. The appetite as a voice. In: *Fasting Girls*. Cambridge: Harvard University Press; 1988. p. 164-8.
8. Swift WJ. Bruch revisited: role of interpretation of transference and resistance in the psychotherapy of eating disorders. In: Johnson C, editor. *Psychodynamic treatment of anorexia nervosa and bulimia*. New York: Guilford Press; 1991.
9. Wilson GT, Fairburn CG. Treatments for eating disorders. In: Nathan PE, Gorman JM, editors. *A guide to treatments that work*. Oxford: Oxford University Press; 1998. p. 501-30.
10. Yager J, Andersen A, Devlin M, Egger H, Herzog D, Mitchell J et al. For the American Psychiatric Association: practice guideline for eating disorders. *Am J Psychiatry* 2000;(Suppl):157.
11. Garner DM, Needleman LD. Sequencing and integration of treatments. In: *Handbook of treatment for eating disorders*. New York: Guilford Press; 1997. p. 50-63.
12. Bruch H. Four decades of eating disorders. In: Garner DM, Garfinkel PE, editors. *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. New York: Guilford Press; 1985. p. 7-18.
13. Russell GF, Dare C, Eisler BA, LeGrange PD. Controlled trials of family treatments in anorexia nervosa. In: Halmi KA, editor. *Psychobiology and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa*. Washington (DC): American Press Association; 1992. p. 237-61.
14. Eisler I, Dare C. Family Therapy for adolescent anorexia nervosa: the results of a controlled comparison of two family intervention. *J Child Psychol Psychiatr* 2000;41(6):727-36.
15. Dare C, Eisler I, Russell G, Treasure J, Dodge L. Psychological therapies for adults with anorexia nervosa. *Br J Psychiatry* 2001;178:216-21.
16. Johnson C, Tobin DL, Dennis A. Differences in treatment outcome between borderline and nonborderline bulimics at 1 year follow-up. *Int J Eat Disord* 1990;9:617-27.
17. Groot J, Rodin G. Coming alive: the psychotherapeutic treatment of patients with eating disorders. *Can J Psychiatry* 1998;43:359-66.
18. Fallon A, Bunce S. The psychoanalytic perspective. In: Miller Ed, Mizes JS. *Comparative treatment of eating disorders*. London: Free Association Books; 2000. p. 82-127.
19. Oliveira MD. O impasse narcísico na bulimia nervosa. *Mudanças Psicoter Estud Psicossociais* 2001;9(15):13-26.
20. Zerbe KJ. The initial role of psychodynamic understanding in the treatment of eating disorders. *Psychiatr Clin N Am* 2001;24:305-13.
21. Brusset B. Anorexie mentale et boulimie du point de vue de leur genèse. *Neuropsychiatrie de L'Enfance* 1993;41(5-6):245-9.
22. Winnicott DW. O ambiente e os processos de maturação. Porto Alegre: Artmed; 1988.
23. Jeammet P. L'Approche Psychanalytique des troubles des conduites alimentaires. *Neuropsychiatrie de L'Enfance* 1993;41(5-6):235-44.
24. Brusset B. Conclusions thérapeutiques. In: *La boulimie*. Monographies de la revue française de psychanalyse. Paris: PUF; 1991. p. 133-42.
25. Nunes MAA, Abuchaim AL. Abordagem psicoterápicas nos transtornos alimentares. In: Cordioli AV, editor. *Psicoterapias: abordagens atuais*. Porto Alegre: Artmed; 1998. p. 359-65.
26. Zerbe KJ. Whose body is it anyway? Understanding and treating psychosomatic aspects of eating disorders. *Bull Menninger Clin* 1993;57:319-27.
27. Goodsitt A. Self Psychology and the treatment of anorexia nervosa. In: Garner DM, Garfinkel PE, editors. *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. New York: Guilford Press; 1985. p. 55-82.
28. Bruch H. Anorexia nervosa: the therapeutic task. In: Brownell KD, Foreyt JP, editors. *Handbook of Eating Disorders*. New York: Basic Books; 1986. p. 328-32.

Correspondência: Soraia Bento Gorgati
Rua Antônio Felício, 85 - 04530-060 São Paulo, SP, Brasil
E-mail: soraibento@uol.com.br