



## Tratamento da bulimia nervosa com a terapia focada nos esquemas

### *Tratamiento de bulimia nerviosa con la terapia centrada en los esquemas*

Jennifer Katherinne de Araújo Freire VIEIRA<sup>1</sup> | Reginete Cavalcanti PEREIRA<sup>2</sup>  
| Rosana Rodrigues SILVA<sup>3</sup>

**Resumo:** A bulimia nervosa consiste num transtorno alimentar severo que apresenta episódios de hiperfagia e métodos compensatórios inadequados para evitar o ganho de peso. A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) vem demonstrando bons resultados no tratamento da Bulimia nervosa, contudo, a mesma também pode se beneficiar da Terapia Focada nos Esquemas, essa que é uma ramificação da TCC, tendo como objetivo principal o tratamento dos transtornos de Personalidade. Contudo, apresenta resultados eficazes em transtornos com crenças mais rígidas e complexas, tais como a Bulimia nervosa.

**Palavras-chave:** Bulimia nervosa. Terapia Cognitivo-comportamental. Terapia focada nos esquemas.

**Resumen:** La bulimia nerviosa consiste en un trastorno alimentario grave que presenta episodios de comer en exceso y métodos compensatorios inadecuados para evitar la ganancia de peso. La terapia cognitivo conductual ha demostrado buenos resultados en el tratamiento de la bulimia nerviosa, sin embargo, también puede beneficiarse de la terapia centrada en los esquemas, que se trata de una rama de la TCC teniendo como objetivo principal el tratamiento de desórdenes de Personalidad, con todo presenta resultados efectivos en trastornos con creencias más rígidas y complejas, como la bulimia nerviosa.

**Resumen:** Bulimia Nerviosa. Terapia Cognitivo Conductual. Terapia enfocada en los Esquemas.

## Introdução

A Bulimia Nervosa (BN) está classificada no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5, 2013) como sendo um transtorno alimentar complexo, que permeia a hiperfagia (compulsão alimentar) e os métodos compensatórios inadequados. Esses comportamentos devem acontecer pelo menos uma vez por semana.

É considerado um transtorno multicausal, ou seja, com etiologia biopsicossocial. Seu aparecimento vem aumentando sistematicamente, associada muitas vezes com outros transtornos alimentares e/ou outras comorbidades (MORGAN; VECCHIATTI; NEGRÃO, 2002; MARTINS; SASSI JR, 2004).

1 Psicóloga Clínica. Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental.

2 Psicóloga Clínica, Doutora em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, Professora da Universidade Federal Rural de Pernambuco.

3 Psicóloga Clínica, Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental, Professora da FAFIRE.

São inegáveis os resultados satisfatórios do tratamento da BN com a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). A bulimia possui relações estreitas entre a neuroquímica cerebral, fatores cognitivos e comportamentais. Assim, a TCC possui um embasamento teórico e prático para intervir de maneira satisfatória (BECK; KNAPP, 2008; YOUNG, 2003).

Todavia, esse artigo tem como objetivo expor a possibilidade de tratamento para a bulimia nervosa, tratamento esse com a Terapia Focada nos Esquemas (TFE), que é uma nova linhagem da Terapia Cognitivo-Comportamental.

A TFE iniciou-se com Jeffrey Young, dando ênfase a níveis mais profundos da cognição, esses que estão comumente relacionados com transtornos de personalidade. O psicoterapeuta que utiliza dessa abordagem deve ter a consciência que a modificação de um esquema é um caminho longo e complexo, havendo substancialmente níveis elevados de resistência à mudança (RIJO, 2009).

A elaboração desse artigo utilizou da literatura atual, embasada em documentos pesquisados em sites científicos, como Scielo, e livros e documentos especializados.

## Bulimia nervosa

A bulimia nervosa (BN) é um transtorno alimentar complexo, que permeia a hiperfagia (compulsão alimentar), seguido de métodos compensatórios inadequados para evitar o ganho de peso. Esses comportamentos devem acontecer pelo menos uma vez por semana (DSM-5, 2013).

A palavra Bulimia vem do grego “Boulimos”, em que “Boul” vem de boi e “Limos” de fome, remetendo-se à “fome de boi” (RAVA; SILVER, 2004).

O primeiro registro documentado sobre a BN foi com Gerald Russel, que estudava sobre a anorexia nervosa e observou a variação da mesma, denominando-a de BN. Em 1979 foram descritos os primeiros critérios diagnósticos (ALVARENGA, 2001; PALMER, 2004).

Atualmente, os critérios diagnósticos apontados no DSM-V (2013) para a BN estão a seguir:

- a) Episódios recorrentes de Hiperfagia. Um episódio de compulsão alimentar é caracterizado pelos critérios:
  - Ingestão de alimento, em um período limitado de tempo, de grande quantidade de alimento, maior do que a maioria das pessoas consumiria em um período e circunstâncias parecidas;
  - Sentimento de falta de controle sobre o episódio hiperfágico.
- b) Comportamentos compensatórios inadequados para evitar o ganho de peso, como autoindução do vômito; uso abusivo de laxantes, diuréticos ou outras medicações; jejum; ou excesso de exercício físico.

- c) A compulsão e o comportamento compensatório inapropriado devem ocorrer, no mínimo, uma vez por semana, em 3 meses consecutivos.
- d) Autoavaliação influenciada pelo peso e forma do corpo.
- e) Não acontece excepcionalmente durante episódios de anorexia nervosa.

Os indivíduos portadores da BN podem ingerir mais de 5000 kcal por episódio. Os mesmos ocorrem de maneira secreta, fora do acesso dos familiares e amigos, sendo seus alimentos favoritos os carboidratos complexos ou de alto teor calóricos, como as pizzas e tortas (SAPAZNICK; ABUSSAMBA; AMIGO [s.d.] *apud* CLAUDINO; ZANELLA, 2005).

Momentos de estresse elevado, problemas emocionais e/ou situacionais podem desencadear um episódio hiperfágico (*ibidem*).

## Etiologia

Como todo Transtorno Alimentar (TA), sua etiologia é considerada multifatorial, ou seja, perpassa pelos aspectos biopsicossociais.

Nos aspectos psicológicos podem se apresentar em indivíduos extrovertidos, impulsivos, com autoestima rebaixada, autoavaliação disfuncional, assim como dependentes químicos, depressivos ou com transtornos de personalidade (Boderline, Impulsivos, Histriônicos e Anancásticos) (MORGAN; VECCHIATTI; NEGRÃO, 2002; MARTINS; SASSI JR, 2004).

Adolescentes do sexo feminino passam pelas mudanças hormonais naturais da puberdade, fazendo com que algumas partes do seu corpo sofram aumento de células adiposas; de certa maneira pode influenciar no desenvolvimento dos TAs. (MORGAN; VECCHIATTI; NEGRÃO, 2002).

No aspecto sociocultural, por um corpo magro e sem imperfeição, reforçada das mídias digitais, pelo comércio de cosméticos, facilidade das cirurgias plásticas e tratamentos ilusórios, esse comportamento social construiu um padrão estético doentio e difícil de atingir, podendo ser de grande relevância no surgimento dos TAs (*Ibidem*).

No aspecto biológico, existem alterações nas vias serotoninérgicas, entre outros neurotransmissores e hormônios (MORGAN; VECCHIATTI; NEGRÃO, 2002; RAVA, SILVER, 2004).

## Complicações clínicas

Pessoas que são bulímicas sofrem complicações endócrinas, gastrointestinais, cardiovasculares, neurobiológicas e neuropsicológicas importantes.

As mais relevantes a serem citadas são as erosões do esmalte dentário (que é resultado do contato constante do ácido gástrico), gastrites, arritmias, calo no dorso das mãos, disfunções serotoninérgicas, afetando o humor, o apetite, impulsividade, ansiedade, dentre outras complicações (WILLIAMS; POTENZA, 2008).

Apresenta comprometimento também no Peptídeo Y, ligado a comportamentos hiperfágicos e nas escolhas de alimentos com alto teor calórico, e na dopamina, que está relacionada com o sistema de recompensa, humor e impulsividade (CROW, 2001; WILLIAMS; POTENZA, 2008; CORDÁS, KACHANI e cols, 2010).

Saikali, Soubhia, Scalfaro (2004) descreve que há alterações no lobo temporal e parietal, podendo ser a causa direta da percepção distorcida de si mesmo. Em nível neuropsicológico, ocorrem distorções da autoimagem, nas funções executivas e nas disfunções na atenção.

A BN é um transtorno que necessita de um tratamento diretivo e intenso, e o de maior relevância é a Terapia Cognitivo-Comportamental. Contudo, a Terapia Focada nos Esquemas surge como uma possibilidade de tratamento para BN, essa se estiver associada com um transtorno de Personalidade, ou se houve crenças demasiadamente complexas (KNAPP; BECK, 2008; YOUNG, 2003).

### **Terapia cognitivo-comportamental**

A TCC é uma abordagem psicoterapêutica focada, possuindo um tempo determinado, estruturada, baseada em que o afeto e o comportamento sofrem influência dos pensamentos e das emoções (BECK et al, 1997).

A mesma divide-se em três níveis de pensamento: os pensamentos automáticos – que surgem de forma rápida, espontânea, considerado um nível mais superficial da cognição; as crenças intermediárias são consideradas como regras e suposições, em um segundo nível de cognição; e por fim a crença central, que são mais rígidas e complexas que o indivíduo apresenta sobre si mesmo, das pessoas e do mundo (RANGÉ, 2001; ALVARENGA; SOUZA, 2010).

Havendo três grupos de crenças disfuncionais: as crenças nucleares de desamparo, cujo sujeito tem a crença de impotência, fragilidade, vulnerabilidade etc. Há também as crenças de desamor, que são crenças em relação a não se sentir desejável, incapaz de ser gostado ou de ser amado, imperfeito ou sozinho; e as crenças de desvalor, cujo indivíduo possui a crença de ser incapaz, incompetente, inadequado, sem valor, entre outras crenças “desvalorativas” (BECK, 1995, *apud* KNAPP, 2004).

A TCC surge na fusão da abordagem cognitiva de Beck e na comportamental de Skinner (BAHLS; NAVOLAR, 2004).

Beck, ao tratar pacientes depressivos com a psicanálise, percebeu que os mesmos apresentavam pensamentos negativos sobre si mesmos e sobre o meio, criando significados negativos e se comportando de maneira disfuncional. Criou, a partir daí, intervenções, com o intuito de modificar a cognição dos depressivos, fundamentando a tríade e o modelo cognitivo, bem como o modelo cognitivo dos depressivos (BAHLS; NAVOLAR, 2004; WHIGHT; BASCO; THASE, 2008).

A junção da Terapia Cognitiva de Beck e a Terapia Comportamental de Skinner teve como objetivo principal estruturar cognitivamente o indivíduo, modificando posteriormente o seu comportamento desadaptativo, por vias das técnicas e estratégias de enfrentamento e pelo relacionamento terapêutico (BAHLS; NAVOLAR, 2004; WHIGHT; BASCO; THASE, 2008; KNAPP; BECK, 2008).

A TCC tradicional de Beck mostra dificuldade no tratamento para os transtornos de personalidade, e no decorrer dos anos a mesma obteve ramificações. Uma das mais significativas e fundamentada foi a Jeffrey Young, a então Terapia Focada nos Esquemas, com o intuito de tratar e acolher pacientes acometidos pelos transtornos de personalidade.

### Terapia focada nos esquemas (TFE)

A TFE surge na interação entre a TCC, a Teoria do Apego, da Gestalt, das Relações Objetais, das Escolas Psicanalíticas e do Construtivismo (YOUNG, KLOSKO, WEISHAAR, 2008).

As crenças mais rígidas e complexas Beck denominava de Esquemas, já Young descrevia como Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs), que “São temas extremamente estáveis e duradouros que se desenvolvem na infância, são elaborados ao longo da vida e são disfuncionais em um grau significativo” (YOUNG, 2003, p. 15) (YOUNG, 2003; CAZASSA, OLIVEIRA, 2008).

Os EIDs não são exclusivos dos transtornos de personalidade, contudo é sabido que nesses pacientes os esquemas são mais acentuados, e estão ligados diretamente aos afetos mais intensos e/ou negativos (RIJO, 2009).

Young (2003) traceja 18 EIDs, divididos em cinco domínios de esquemas, que são:

1. *Desconexão e Rejeição*: surgem em indivíduos cujas famílias foram rejeitadoras e impulsivas. Os esquemas relacionados são: Abandono/ instabilidade: que são indivíduos relativamente instáveis. Desconfiança/Abuso: são indivíduos que acreditam que serão machucados e humilhados. Privação emocional: acreditam que não receberam apoio emocional. Defectividade/ vergonha: acreditam ser indesejados, falhos e inferiores; e por fim, o isolamento social/alienação: o indivíduo se sente isolado do mundo.
2. *Autonomia e desempenhos prejudicados*: provavelmente a família do indivíduo foi superprotetora, abalando a confiança da criança. Os EIDs desse domínio são: Dependência/Incompetência – os indivíduos acreditam que são incapazes de realizar as responsabilidades diárias. Vulnerabilidade/ Incompetência – têm medo que algo aconteça e não poderá fugir. Embaralhamento/Self subdesenvolvido – apresenta relacionamento com várias pessoas ao mesmo tempo, de maneira excessiva e intensa, dificultando o seu desenvolvimento emocional. Fracasso: o indivíduo acredita que a sua crença de fracasso pode vir a acontecer novamente.

3. *Limites prejudicados*: O indivíduo possui seus limites internos prejudicados. A família provavelmente foi permissiva, não dando limites e disciplina à criança. A criança não aceita ser contrariada. Seus EIDs são: Arrogos/grandiosidade – o sujeito se sente superior e não segue as regras sociais. Autocontrole/Autodisciplina insuficientes – o sujeito tem dificuldade ou desiste em/de praticar o controle por si mesmo, sendo intolerante a frustração e controle dos impulsos.
4. *Orientação para o outro*: O indivíduo esconde seus sentimentos. A família provavelmente reforçou os desejos do status social mais do que os do sentimento. Os EIDs são: Subjugação – o sujeito submete-se aos outros. Autosacrifício: O indivíduo possui função importante na vida dos outros. Busca de aprovação/busca de reconhecimento – o sujeito sente a necessidade de ser aprovado e ser reconhecido.
5. *Supervigilância e inibição*: o indivíduo esconde as emoções em troca de felicidade interna e relacionamento interpessoais. A família pode ter sido rígida, punitiva e com tendências perfeccionistas, camuflando as emoções para evitar os erros. Os EIDs são: Negativismo/pessimismo – o sujeito foca nos aspectos negativos, os maximizando. Inibição emocional – o sujeito inibe os sentimentos e impulsos, para não ser reprovado pelas pessoas. Padrões inflexíveis/críticas exageradas – o indivíduo evita críticas, atingindo comportamentos padronizados. Postura punitiva – para os indivíduos, outras pessoas devem ser punidas ao cometer erros.

Segundo Young, Klosko e Weichar (2008), o esquema possui duas formas de funcionamento: a perpetuação de um esquema que acontece por via das distorções cognitivas, por padrões autoderrotistas e pelos estilos de enfrentamento, e a cura do esquema, em que o paciente apresenta um sofrimento menos intenso em relação ao seu esquema específico, visto que as emoções estão diretamente relacionadas aos esquemas, diminuindo também as sensações fisiológicas e soluções desadaptativas, por fim ocorrendo a mudança de comportamento.

Os estilos de enfrentamento são soluções criadas pelo paciente para se adaptar ao esquema, tentando causar menos sofrimento. Contudo, ao ser associado com as condições do meio, o esquema vai sendo reforçado. Estão subdivididos em: resignação (os indivíduos não lutam para evitar os esquemas, confirmando-os); a evitação (o indivíduo foge para que os esquemas não sejam evitados) e a hipercompensação (combatendo o esquema, pensando e se comportando como se o oposto do seu esquema fosse o real) (Ibidem).

Entretanto, a TFE não é adequada para qualquer pessoa. Existem algumas peculiaridades envolvidas, entre elas, o indivíduo não pode estar em uma crise profunda; não pode ser psicótico; quando o paciente demonstra transtornos agudos não tratados e

que seja considerado grave, bem como, indivíduos que utilizam drogas e álcool de forma demasiada, e pacientes com problemas atuais, situacionais, que não apresentam um padrão de vida ou com um esquema (YOUNG, KLOSKO, WEISHAAR, 2008).

Young (2003), para identificar os esquemas dos pacientes, criou um questionário, denominado de “Questionário de esquemas de Young”, para, a partir daí, definir um protocolo de atendimento para cada tipo de esquema. O mesmo possui uma versão mais recente, com 90 itens, e na Língua Portuguesa.

#### **4. Tratamento da bulimia nervosa com a terapia focada nos esquemas**

Ganis (2003) apresenta dois esquemas importantes em indivíduos bulímicos, a inibição emocional, que está presente em indivíduos rígidos e inflexíveis, com dificuldade de expor suas emoções e que gostam de valorizar o autocontrole. Sendo o objetivo do tratamento: desenvolver a espontaneidade emocional. As principais estratégias de tratamento para esse tipo de esquema, segundo Young, Klosko e Wheishaar (2003), são: as vivenciais – para acessar emoções da infância; cognitivas – para ajudar a aceitar as vantagens da emotividade e suas consequências. Há também a defectividade/vergonha: os pacientes apresentam crenças de que são falhos, inferiores e não merecedores de amor. São sensíveis a críticas e à rejeição. O objetivo de tratamento, conforme Young, Klosko e Wheishaar (2003), é elevar a autoestima, utilizando de estratégias como as cognitivas: com o objetivo de mudar a visão de si mesmo; as vivenciais: que utilizam das imagens mentais para liberar os sentimentos de raiva em relação aos pais; e as comportamentais, treinando as habilidades sociais e como reagir às críticas. Vale salientar que esse tipo de esquema é de difícil modificação, pois quanto mais cedo acontece a crítica e a rejeição, mais difícil será a cura do esquema.

Young (2003) propõe que os esquemas não somem completamente, e sim sejam ativados com uma frequência diminuída, e o sentimento por ele associado também se mostrará menos intenso.

Para todos os esquemas, a relação terapêutica é primordial para o fortalecimento do paciente (YOUNG, KLOSKO, WEISHAAR, 2008).

#### **Considerações finais**

A ampliação da TCC tradicional de curto-prazo, de Beck, tornou-se uma necessidade de clínica e acadêmica, uma vez que sua eficácia frente a alguns transtornos é restrita. Desta forma, a Terapia Focada nos Esquemas torna-se uma nova opção terapêutica no tratamento de personalidade, nos transtornos de difícil tratamento, ampliando as possibilidades da TCC.

A TFE ganha credibilidade nas comunidades terapêuticas, pelo seu estilo de intervenção, a importância da relação terapêutica, sendo utilizadas como instrumento para

o tratamento, e as relações parentais infantis também têm um papel bastante eficaz (YOUNG, KLOSKO, WEISHAAR, 2008).

O terapeuta deve tratar primeiramente o transtorno mental agudo com a TCC tradicional, para depois utilizar da Terapia dos esquemas, dando assim mais embasamento ao tratamento terapêutico.

Partindo desse princípio, a bulimia nervosa pode se beneficiar dessa nova forma de tratamento, especialmente com o intuito de modificações cognitivas e comportamentais relacionadas à compulsão e purgação (YOUNG, 2003).

## Referências

ALVARENGA, M. **Bulimia nervosa: avaliação do padrão e comportamento alimentares.** 2001. 321 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade de São Paulo. São Paulo, 2001.

ALVARENGA, Rita.; SOUZA, Fernanda P. **Como aprender a identificar as crenças centrais.**, 2010. Disponível em:<<http://guaiba.ulbra.br/seminario/eventos/2010/artigos/psicologia/salao/650.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2014.

BAHLS, S. C.; NAVOLAR, A. B. B.. **Terapias cognitivas-comportamentais: conceitos e pressupostos teóricos.** **RevEletr Psic.** Curitiba. n. 04, jul. 2004. Disponível em<[http://universidadetuiuti.utp.br/psico.utp.online/site4/terapia\\_cog.pdf](http://universidadetuiuti.utp.br/psico.utp.online/site4/terapia_cog.pdf)>. Acesso em: 20 ago. 2014.

BECK, A. T. *et al.* **Terapia cognitiva da depressão.** Rio de Janeiro: Artmed. 1997.

CAZASSA, M.J.; OLIVEIRA, M. S. Terapia focada em esquemas: conceituação e pesquisas. **RevPsiq Clín.** Porto Alegre, v. 35, n. 5, Abr. 2008. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol35/n5/187.htm>>. Acesso em: 03 ago. 2014.

CLAUDINO, Angélica de Medeiros; ZANELLA, Maria Teresa. **Transtornos alimentares e obesidade.** São Paulo. Manole, 2005.

CORDÁS, Táki Athanássios *et al.* **Nutrição em psiquiatria.** Porto Alegre: Artmed. 2010.

CROW, S. Mitchell, Je. *In:* Michell, Je. **The out patient treatment of eating disorders bulimia nervosa.** Minneapolis: University of Minnessota, p. 26-58, 2001. Disponível em: <[www.pubmed.com](http://www.pubmed.com)>. Acesso em: 13 ago.2014.

DSM-V. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

GANIS, C. Christine. **Different forms of abuse in the eating disorders: impact on schema-level cognitions.**2013. 183 f. Dissertação (Doutorado em Psicologia) - College of Osteopathic Medicine. Philadelphia. 2013.



KNAPP, P.; BECK, A. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. **RevBrasPsiq.** V. 30. São Paulo. 2008.

KNAPP, Paulo e cols. **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica.** Porto Alegre: Artmed. 2004.

MARTINS, Fernanda Celeste de Oliveira; SASSI JR Erlei. A comorbidade entre transtornos alimentares e de personalidade e suas implicações clínicas. **RevPsiqClín.** São Paulo, v. 31, n. 4, 2004. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol31/n4/161.html>>. Acesso em: 22 ago. 2014.

MORGAN, Christina M.; VECCHIATTI, Ilka Ramanho; NEGRÃO, André Brooking. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. **RevBrasPsiq.** São Paulo. v. 24, Supl III, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24s3/13966.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2014.

RANGÉ, B. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria.** Porto Alegre: Artmed, 2001.

RAVA, Dres M. Fernanda; SILBER, Tomás J. Bulimia nervosa (Parte 1). Historia. Definición, epidemiología, cuadro clínico y complicaciones. **Arch. argent. Pediatr.** Buenos Aires. v. 102, n. 5, 2004. Disponível em: <[http://www.sap.org.ar/staticfiles/archivos/2004/arch04\\_5/A5.353-363.Rava.pdf](http://www.sap.org.ar/staticfiles/archivos/2004/arch04_5/A5.353-363.Rava.pdf)>. Acesso em: 22 ago. 2014.

RIJO, Daniel M.B. **Esquemas mal-adaptativos precoces: validação dos conceitos e métodos de avaliação.** 2009. 353 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, 2009.

SAIKALI, Carolina Jabur; SOUBHIA, Camila Saliba; SCALFARO, Bianca Messina; CORDÁS, Táki Athanássios. Imagem corporal nos transtornos alimentares. **RevPsiqClín.** v. 31, n. 4, 2004. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol31/n4/164.html>> Acesso em: 22 ago. 2014.

WILLIAMS, Wendol A; POTENZA, Marc N. Neurobiologia dos transtornos do controle do impulso. **RevBrasPsiq.** São Paulo. v. 30, Supl I. Jan. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462008000500005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000500005)> Acesso em: 22 ago. 2014.

WHIGHT, Jesse H.; BASCO, Mônica R.; THASE, Michael E. **Aprendendo terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado.** Porto Alegre: Artmed. 2008.

YOUNG, Jeffrey E. **Terapia cognitiva para transtornos de personalidade: uma abordagem focada no esquema.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed. 2003.

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

---

Recebido em: 18/06/2015

Aprovado em: 10/07/2015

**Para referenciar este texto:**

VIEIRA, Jennifer Katherine de Araújo Freire; PEREIRA, Reginete Cavalcanti; SILVA, Rosana Rodrigues. Tratamento da bulimia nervosa com a terapia focada nos esquemas, **Lumen**, Recife, v. 24, n. 1, p. 95-104, jan./jun. 2015.