

Intervenção Psicológica na Bulimia

Paula Mena Matos* & M. Emília Costa**

Constituída como identidade nosográfica em 1980, a bulimia tem vindo a ser objecto de estudos mais sistemáticos devido aos níveis de incidência surgidos nas duas últimas décadas. A partir de uma revisão da literatura, apresentam-se as principais características clínicas desta população, bem como as contribuições recentes mais importantes no domínio da conceptualização e intervenção nesta problemática. Especial atenção é dada ao processo de construção da identidade do indivíduo bulímico em face do padrão de interacções familiares. Estes sistemas familiares parecem caracterizar-se por serem aglutinados, apresentarem dificuldades na resolução de conflitos, envolvimento emocional intenso e ainda uma comunicação ambígua. Dificuldades ao nível do processo de separação e individuação inibem o desenvolvimento da estabilidade, da autonomia, do sentido de autoeficácia e autoestima, com expressão comportamental ao nível dos episódios bulímicos. Apontam-se algumas limitações metodológicas dos estudos realizados até ao momento, que assumem um carácter predominantemente descritivo e comparativo, em desfavor de abordagens desenvolvimentais e ecológicas, isto é, considerando o desenvolvimento da identidade no contexto das interacções estabelecidas com o meio físico, psicológico, familiar e social ao longo do ciclo vital. Referem-se três perspectivas actuais de intervenção na bulimia — a perspectiva cognitivo — comportamental, o modelo da redução da ansiedade e a terapia orientada para o corpo — enfatizando-se a necessidade de situar os objectivos específicos de cada abordagem no quadro mais alargado da história desenvolvimental do indivíduo.

Inicialmente considerada como uma variante da anorexia, foi em 1980 que, após alguma controvérsia, a bulimia foi oficialmente reconhecida como uma perturbação alimentar distinta, tendo sido classificada com critérios diagnósticos específicos no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Schlesier-Stropp, 1984), a par da anorexia nervosa, pica e distúrbio ruminativo da infância.

Crítérios de avaliação

A bulimia caracteriza-se por *a*) episódios de voracidade recorrentes (consumo rápido de

uma grande quantidade de alimento num período limitado de tempo), no mínimo em média duas vezes por semana num espaço de três meses; *b*) sentimento de perda de controle sobre o comportamento alimentar durante estes episódios; *c*) prática regular de actividades como: indução do vômito, ingestão de laxantes ou diuréticos, dietas rígidas, exercício físico contínuo para impedir o aumento de peso; e *d*) preocupação persistente com as formas corporais e o peso (DSM-III R, American Psychiatric Association, 1987).

Uma das principais diferenças entre a anorexia nervosa e a bulimia parece residir na eficácia dos esforços desenvolvidos nas tentativas de diminuição de peso (Schlesier-Stropp, 1984). De facto, enquanto que na anorexia se evidencia uma perda real de pelo menos cerca de 15% do peso original, na bulimia assiste-se a oscilações de peso que na maioria dos casos se encontram dentro dos parâmetros normais segundo critérios de idade e altura (DSM-III R, American Psychiatric Association, 1987).

A maioria das bulimias desenvolve-se em

* Monitora da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. Membro do Instituto de Consulta Psicológica, Formação e Desenvolvimento.

** Professora Auxiliar da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. Coordenadora do Serviço de Psicoterapia do Instituto de Consulta Psicológica, Formação e Desenvolvimento.

mulheres adolescentes e jovens adultas, podendo existir história prévia ou actual de anorexia nervosa (Russel, 1979; Schlesier-Stropp, 1984; Woell, Fichter, Pirke & Wolf-ram, 1989). Se bem que os valores nem sempre sejam coincidentes nos diversos estudos, os níveis de incidência tendem a crescer significativamente e oscilam entre os 2% e os 19% em populações estudantis, nomeadamente universitárias (Grayson & Cawley, 1989; Harris & Phelps, 1987; Katzman & Wolchik, 1984). A preocupação provinda destes números espelha-se no seio da comunidade científica pelo desenvolvimento de investigações que procuram avaliar e dar resposta a esta problemática que, se ainda relativamente desconhecida, é já designada por alguns como a perturbação dos anos 80 (Harris & Phelps, 1987). Este artigo procura dar conta do actual estado de reflexão e acção no que diz respeito aos principais critérios de avaliação e características clínicas desta população, bem como às questões mais salientes no âmbito da conceptualização e intervenção nesta situação.

Características clínicas

Em termos de *personalidade* e comparativamente com grupos de controle, estes indivíduos são descritos como tímidos, pouco assertivos, com níveis baixos de autoestima, dificuldades ao nível das relações interpessoais e ainda do processo de socialização (Holleran, Pascale & Fraley, 1988; Katzman & Wolchik, 1984; Yates, Sieleni & Bowers, 1989; Thelen, Farmer, Mann & Pruitt, 1990). As teorias feministas (Boskind-Lodahl, 1976) consideram que o comportamento bulímico reflecte uma tentativa desesperada de as mulheres se enquadrarem no papel feminino tradicional, fazendo depender a sua autoestima das avaliações dos outros, e sobretudo de elementos do sexo masculino. Estudos realizados com as variáveis locus de controle e orientação para o papel sexual não apresentam, no entanto, resultados conclusivos. Alguns autores, porém, verificaram que certas variáveis de personalidade associadas ao papel feminino tradicional, nomeadamente baixa assertividade, externalidade e resultados elevados numa escala de feminilidade estão correlacionadas com o

comportamento bulímico e a combinação destas variáveis pode ter valor preditivo na identificação desta população (Holleran *et al.*, 1988).

Para muitos destes indivíduos a sexualidade constitui um problema significativo, com tendência a evitarem relações de intimidade e as situações de vulnerabilidade que daí poderão resultar pela exposição pessoal que implicam (Guidano, 1987), ou pelo contrário enveredando pela promiscuidade (Bauer & Anderson, 1989).

Segundo alguns autores, a constelação de factores de personalidade que predispõem para o consumo abusivo de certas substâncias é semelhante à da bulimia. Características como dificuldade em lidar com sentimentos negativos, necessidade de gratificações imediatas, tendência para impulsividade e autoconceito frágil presentes nos indivíduos bulímicos conduzem à consideração da bulimia como uma *substance-abuse disorder* (Hatsukami, Eckert, Mitchell & Pyle, 1984; Striegel-Moore, Silberstein & Rodin, 1986).

Do ponto de vista *comportamental*, estes indivíduos manifestam bastante impulsividade e tendência para o roubo (nomeadamente de alimentos), abuso de drogas (inclusivamente álcool) (Pyle, Mitchell & Eckert, 1981), automutilação e tentativas de suicídio (Shisslak *et al.*, 1987; Thornton & DeBlassie, 1989; Yates *et al.*, 1989). Apresentam dificuldades de concentração e aprendizagem, adormecendo muitas vezes nas salas de aula (Frey, 1984).

Do ponto de vista *cognitivo*, parecem partilhar de um padrão comum de crenças irracionais (Abraham & Beumont, 1982 in Mines & Merrill, 1987; Muuss, 1986), sistematizado por Bauer e Anderson (1989) nas 9 asserções seguintes: *a)* ser gorda ou tornar-me gorda é o pior que me pode acontecer; *b)* alguns alimentos são bons; outros são maus alimentos; *c)* tenho que controlar todas as minhas acções para me sentir segura; *d)* tenho que fazer tudo com perfeição, caso contrário tudo o que fizer é inútil; *e)* toda a gente conhece e interessa-se pelo que estou a fazer; *f)* tenho que ser amada e aprovada por todos; *g)* tudo é validado externamente (ex.: números, calorias, medidas); *h)* logo que eu _____ serei capaz de acabar com a bulimia (ex.: sair de casa, perder peso,

tiver um emprego,...); *i)* para ser bem sucedida, uma mulher tem que ser capaz de harmonizar os valores tradicionais femininos e a orientação agressiva para a carreira dos homens. Para além de apresentarem distorções cognitivas, estes indivíduos apresentam igualmente um nível de funcionamento e organização conceptual mais baixo (Johnson & Holloway, 1988).

Para Guidano & Liotti (1983) a organização cognitiva pessoal diz respeito a uma combinação específica de processos de significação pessoal, que conferem ao indivíduo um sentido de unicidade e continuidade histórica ao longo da sua existência. O mecanismo essencial de autoregulação é identificado pela tendência para manter uma coerência sistémica dos processos de significação pessoal. Segundo estes autores (Guidano & Liotti, 1983; Guidano, 1987), a organização cognitiva dos bulímicos reflecte uma percepção vaga, difusa, pouco definida acerca de si próprio, que oscila entre a necessidade absoluta de aprovação dos mais significativos e o medo de ser desiludido ou desconfirmado pelos mesmos. Será como resposta a um desequilíbrio entre estas duas polaridades que surgem os padrões alimentares característicos da bulimia.

Quanto à esfera *afectiva*, estes indivíduos parecem apresentar um leque limitado de respostas afectivas (Bruch, 1973 in Frey, 1984), labilidade de humor, ideação suicídica, tendência para períodos longos de depressão e ansiedade, intimamente ligados com as oscilações do peso e as oportunidades para vomitar (Fairbun, 1988). Após as experiências da bulimia, surgem ainda sentimentos autodepreciativos de culpa, vergonha e desilusão pessoal (Schlesier-Stropp, 1984; Woell *et al.*, 1989).

A elevada prevalência de sintomas depressivos nesta população faz supôr tratar-se a bulimia de uma variante de uma perturbação afectiva. Não existe, porém, evidência quanto à questão de a depressão ser um factor de risco para o desenvolvimento da bulimia ou antes um sintoma secundário a esta (Harris & Phelps, 1987; Striegel-Moore *et al.*, 1986).

De salientar ainda as complicações relativas à *saúde física* que podem surgir como resultado do padrão alimentar dos bulímicos e que apon-

tam para a necessidade de um acompanhamento médico desta população. Desidratação, dores de cabeça, hipocalemia (níveis baixos de potássio), arritmias cardíacas, irregularidades menstruais, dilatação ou ruptura gástrica e alargamento da glândula da parótida são algumas das consequências mais frequentes nestes indivíduos (Shisslak, Crago, Neal & Swain, 1987; Woell *et al.*, 1989). A persistência do vômito pode ainda conduzir a irritação do esófago, erosão e perda de dentes. Estes indivíduos correm igualmente o risco de má nutrição (Woell *et al.*, 1989) e situações de bulimia prolongadas podem por vezes colocá-los em risco de vida (Johnson, 1982 in Shisslak *et al.*, 1987)

Padrões de interacção familiar

Alguns autores preocupam-se em conhecer os processos e condições que determinam organizações de conhecimento específicas e que produzem padrões clínicos quando em desequilíbrio (Guidano & Liotti, 1983; Guidano, 1987). Verifica-se que existem determinados padrões de relações familiares que estão associados ao desenvolvimento das perturbações alimentares, se bem que ainda não seja claro de que forma e em que sentido as interacções na família (e nomeadamente em fases precoces do desenvolvimento) operam na génese e na manutenção destas perturbações (Strober & Humphrey, 1987).

No domínio das *relações familiares* diversos estudos apontam, assim, para a existência de relações disfuncionais no seio da família. Para além da existência de psicopatologia, alcoolismo e tendências para aumento de peso e obesidade nos familiares de primeiro grau (cf. Schlesier-Stropp, 1984), estas famílias, geralmente de nível socioeconómico elevado (Lee, 1989; Thornton & DeBlassie, 1989), parecem caracterizar-se por serem aglutinadas, apresentarem dificuldades na resolução de conflitos, envolvimento emocional intenso ou pelo contrário grande despreendimento e ainda pouca expressão de afecto e empatia (cf. Strober & Humphrey, 1987). Segundo Guidano (1987) o meio familiar caracteriza-se ainda por uma comunicação ambígua e contraditória. Os pais valorizam essencialmente os aspectos formais

da vida, especialmente as aparências sociais (como por exemplo deixar transparecer um casamento feliz, um bom desempenho de papeis familiares, a inexistência de problemas ou conflitos, etc.), apoiando-se em fontes de validação externa (como por exemplo as boas notas dos filhos, a casa arranjada, a beleza da mulher, etc.), muitas vezes como forma de compensação de insatisfações pessoais (Lee, 1989).

Procurando satisfazer a todo o custo os desejos parentais, o desenvolvimento da identidade da criança não se faz acompanhar paralelamente de um processo de separação, individuação e autonomia (Friedlander & Siegel, 1990). A possibilidade de diferenciação é assim reduzida, uma vez que a expressão de opiniões e emoções que contradigam a imagem da família perfeita é reprimida e sancionada. O indivíduo dilui-se no sistema familiar e define-se por ele. Neste contexto a criança desenvolve um sentimento de insegurança pessoal quanto à sua capacidade para descodificar e reconhecer as suas sensações internas. De referir que sinais de fome e saciação só muito dificilmente são reconhecidos por estes indivíduos (Pyle, Mitchell & Eckert, 1981 in Mines & Merrill, 1987). Só mantendo uma relação emocional estreita e forte com uma figura de vinculação, ela poderá inferir o que é permitido pensar e sentir.

Durante a infância ou adolescência, o indivíduo vivencia uma experiência significativa de desilusão relativa à mesma figura de vinculação como um questionamento da sua própria identidade construída unilateralmente a partir desse modelo considerado absoluto. Este processo torna ainda mais problemático o desenvolvimento de uma identidade estável, da autonomia e do sentido da autoeficácia. Os sentimentos de ineficácia pessoal e vazio interior são traduzidos no modo como o indivíduo experiencia o seu corpo, exacerbadamente valorizado durante o seu desenvolvimento pelo meio familiar e cultural como símbolo de perfeição e sucesso, mas também por constituírem as sensações corporais os impulsos mais seguros para o indivíduo descodificar a percepção que continuamente vai construindo acerca de si próprio (Guidano, 1987). A manifestação inicial da sintomatolo-

gia parece estar associada a acontecimentos de vida significativos, geradores de intenso envolvimento emocional, e que confrontam o indivíduo com a necessidade de independência, fazendo vacilar o equilíbrio estabelecido de controle e perfeição (Lee, 1989).

Strober e Humphrey (1987) levantam ainda algumas hipóteses explicativas no quadro dos estudos que incidem sobre as relações familiares. Perante situações de conflito e sobrecarga emocional, o indivíduo parece não dispôr de estratégias comportamentais, cognitivas e afectivas de resolução de problemas, que associadas a uma baixa autoestima, conduzem a períodos de desregulação e desorganização pessoal, caracterizados pelos episódios bulímicos. As pressões familiares e culturais no sentido de não aumentar de peso parecem contribuir para intensificar esta situação. Por outro lado, apresentando-se como uma solução imediata para sentimentos de rejeição e solidão, a bulimia poderá expressar um desejo de carinho e apoio emocional, não alcançado no seio da família.

Perspectivas de intervenção

Diversas têm sido as estratégias de intervenção e abordagens terapêuticas apontadas na literatura. Se por um lado a evidência aponta para a necessidade de elaborar programas de intervenção complexos e multifacetados (Harris & Phelps, 1987), por outro, a avaliação destes torna-se tanto mais difícil quanto maior o número de procedimentos que combinam e maior o leque de objectivos que se propõem atingir. A ausência de grupos de controle e de registos contínuos de *follow-up* em grande parte dos estudos realizados vem igualmente dificultar a avaliação da eficácia das diferentes intervenções.

Optámos por apresentar sucintamente três perspectivas actuais de intervenção na bulimia, que enfatizam igualmente aspectos diversos na conceptualização do desenvolvimento e da manutenção desta perturbação.

Perspectiva cognitivo-comportamental

A intervenção cognitivo-comportamental baseia-se na visão cognitivista da manutenção

baseia-se na visão cognitivista da manutenção da bulimia; tem como objectivo modificar o comportamento bem como as atitudes e distorções cognitivas face ao peso e formas corporais; e utiliza na abordagem terapêutica uma combinação de procedimentos cognitivos e comportamentais (Fairbun, 1988; Fairbun & Cooper, 1989).

A importância atribuída às características físicas na definição da identidade pessoal bem como os sentimentos de ineficácia e desvalorização, conduzem a um padrão alimentar muito rígido. As transgressões são interpretadas como indicadores de uma perda de controle pessoal, dando origem a um abandono temporário à alimentação. A dieta aparecendo como resposta ao comportamento bulímico, exerce igualmente o efeito contrário de o manter, por razões psicológicas e fisiológicas.

Fairbun (1988) acentua a importância de se distinguirem as componentes cognitivas mais lábeis e que melhoram significativamente quando os hábitos alimentares são modificados (como por exemplo o estado de humor, sentir-se gordo, deprimido, ansioso) e as componentes cognitivas mais estáveis e que dizem respeito às avaliações que o sujeito faz de si exclusivamente em termos de peso e formas corporais.

Relativamente aos procedimentos terapêuticos, os autores fazem referência a reestruturação cognitiva, automonitorização de pensamentos e comportamentos, aconselhamento e informação sobre nutrição e consequências físicas do comportamento bulímico, medidas de autocontrole no estabelecimento de um padrão regular de alimentação e a introdução de alimentos evitados na dieta do cliente, técnicas de prevenção da recaída, treino de resolução de problemas e exposição formal com prevenção de resposta.

Os estudos comparativos realizados para avaliar a eficácia destes programas de intervenção (cf. Fairbun, 1988) não evidenciaram diferenças significativas. Daí que o próprio autor desta concepção considere um erro focalizar a investigação na avaliação e refinamento de procedimentos de intervenção cognitivo-comportamental, já que no momento nada indica a sua superioridade terapêutica.

Modelo da redução da ansiedade

Rosen e Leitenberg (1988) consideram que o vômito desempenha um papel central na conceptualização e intervenção na bulimia, atribuindo-lhe uma função redutora da ansiedade, idêntica aos rituais de confirmação das perturbações obsessivo-compulsivas. A preocupação permanente com o não engordar faz com que os indivíduos só se alimentem em excesso se tiverem a certeza de que poderão vomitar. Os sentimentos de ansiedade, perda de controle, revolta e inadequação experienciados e potencializados durante o episódio bulímico são controlados e anestesiados pelo vômito, ritual mágico que protegeria os indivíduos das consequências terríveis e desastrosas da ingestão excessiva de alimentos. O comportamento bulímico seria então uma consequência do vomitar mais do que um seu antecedente.

Os autores propõem em termos de intervenção a conjugação de técnicas de exposição e métodos de prevenção da resposta. Partem da suposição de que se os indivíduos forem expostos a comida sem poderem vomitar então aprenderão a lidar com a sua ansiedade sem recurso ao vômito. Esta situação constituiria igualmente uma oportunidade para os sujeitos aprenderem que a ingestão equilibrada de alimentos sem vômito não conduz a aumento de peso. As crenças disfuncionais tornar-se-iam mais permeáveis à mudança quando o sujeito estivesse activamente a experienciar ansiedade, isto é, quando estivesse a ingerir alimentos "proibidos" (exposição) na presença de um terapeuta que iniba ou proíba o vômito (prevenção da resposta) (Leitenberg, Rosen, Gross, Nudelman & Vara, 1988; Rosen & Leitenberg, 1988; Wilson, 1988).

Alguma controvérsia se tem gerado em torno da avaliação da eficácia dos métodos de exposição com prevenção da resposta e da relevância da sua introdução em programas de natureza cognitivo-comportamental (cf. Agrad, Schneider, Arnow, Raeburn & Telch, 1989; Leitenberg & Rosen, 1989). A falta de consenso na interpretação dos dados aponta para a necessidade de um maior aprofundamento e rigor metodológicos na condução de investigações que procurem avaliar a eficácia de

lado, parece importante concretizar que clientes bulímicos poderão eventualmente beneficiar deste tipo de estratégias (Wilson, 1988).

Terapia orientada para o corpo

Vandereycken, Probst e Meeremann (1988) equacionam a experiência corporal como um alvo preferencial na abordagem terapêutica da bulimia, já que diversos estudos apontam para a importância da persistência da insatisfação corporal no desencadear de recaídas.

O objectivo principal é a construção de um autoconceito realista e uma experiência corporal positiva. Pode ser alcançado através de meios indirectos e não específicos, que se focalizam no autoconceito, ou através de meios directos e específicos dirigidos ao conceito e experiência corporais. Os autores referem estratégias verbais, sobretudo terapia cognitiva e não verbais orientadas para o corpo.

Para além de enfatizarem uma intervenção intensiva e directiva no grupo bem como a participação activa da família na terapia, Vandereycken *et al.* (1988) apresentam um programa centrado na experiência corporal e constituído por um conjunto de técnicas estruturadas que se encontram neste momento ainda num processo activo de testagem (Quadro 1).

Se bem que diversos estudos apontem para a contribuição positiva destas técnicas no progresso terapêutico, não existem evidências que confirmem a sua superioridade terapêutica relativamente a outras, nem tão pouco a necessidade de introduzir as mesmas num programa de intervenção.

Reflexões finais

Apesar de recentemente considerada como uma perturbação específica, a bulimia constitui já um motivo de séria preocupação, devido aos elevados níveis de incidência encontrados, especialmente em populações jovens e femininas.

O conhecimento acerca do desenvolvimento desta perturbação é ainda reduzido e muitos dos dados encontrados carecem de evidência empírica e de um bom suporte metodológico,

Quadro 1

Elementos da terapia orientada para o corpo nas perturbações alimentares (Vandereycken et al, 1988)

1. **Impressão ou percepção corporal**
 - confrontação ou exterocepção (espelho, video)
 - intero/propriocepção (postura, massagem, relaxamento, respiração, trampolim, piscina)
 - percepção sensorial (especialmente o toque)
2. **Expressão ou revelação de experiências interiores**
 - expressão não-verbal (culturismo)
 - improvisação livre (dança, pantomima, exercícios rítmicos).
3. **Comunicação ou corpo em interacção**
 - treino de asserção não-verbal
 - exercícios que envolvam um parceiro ou grupo (jogar, dançar)
4. **Exorção ou realização corporal**
 - actividades desportivas (prevenindo a hiperactividade)
 - exercícios de força
5. **Sensação ou prazer corporal**
 - saborear a comida
 - auto-exploração táctil (sexual)

movendo-se assim muitas das discussões no campo das hipóteses e das especulações. Parece, no entanto, haver consenso quanto ao tratar-se de uma perturbação paradigmática e psicossomática, na qual interagem factores biológicos, familiares, socioculturais e psicológicos que predispoem certos indivíduos para o seu desenvolvimento (Grayson & Cawley, 1989; Johnson, Connors & Tobin, 1987; Mines & Merrill, 1987). Se o contexto sociocultural parece ter importância no desencadear desta perturbação, este parece ser apenas o catalizador de uma situação, que se vem desenvolvendo já no seio das relações familiares e que se estrutura numa personalidade frágil, vulnerável, com dificuldades ao nível da construção da identidade e da relação com os outros.

Os estudos realizados incidem essen-

cialmente na avaliação das características clínicas desta população, assumindo um carácter predominantemente descritivo e comparativo, e na análise do padrão de interacções familiares que caracterizam o funcionamento destes sistemas em presença de um indivíduo bulímico. Poucos estudos assentam em *designs* de investigação longitudinais, que permitissem uma avaliação da problemática numa perspectiva desenvolvimental e ecológica, isto é, considerando o desenvolvimento da identidade no contexto das interacções estabelecidas com o meio físico, psicológico, familiar e social ao longo do ciclo vital. Esta questão metodológica é tanto mais difícil de resolver, devido ao secretismo com que esta população rodeia a sua sintomatologia, apresentando dificuldades em procurar espontaneamente ajuda especializada. Por outro lado, a identificação de populações subclínicas, isto é, indivíduos potencialmente em risco para o desenvolvimento desta perturbação, revela-se igualmente difícil, devido às ténues fronteiras que separam o comportamento bulímico do padrão alimentar normal.

A ausência de dados desta natureza espelha-se igualmente no plano dos objectivos e estratégias de intervenção propostas pela maioria dos autores. A modificação das atitudes e comportamentos, a redução da ansiedade ou ainda a construção de uma imagem corporal positiva são objectivos importantes se situados no quadro mais alargado da história desenvolvimental do indivíduo, onde o significado atribuído ao problema deverá ser apreendido de acordo com a idiosincrasia pessoal. A história desenvolvimental pessoal influencia o modo como o indivíduo (a família, a comunidade,...) confere sentido à experiência e como as estruturas de significado se traduzem em acção comportamental. Em última análise trata-se de criar experiências cognitivas e afectivas destinadas a facilitar o desenvolvimento humano, i.é., aumentando a liberdade e a responsabilização do indivíduo na definição, construção e implementação do seu projecto existencial.

Bibliografia

- Agras, W.S., Schneider, J.A., Arnow, B., Raeburn, S.D. & Telch, C.F. (1989). Cognitive-behavioral treatment with and without exposure plus response prevention in the treatment of bulimia nervosa: a reply to Leitenberg & Rosen. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 6, 778-779.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.-revised), Washington, DC: Author.
- Bauer, B.G. & Anderson, W.P. (1989). Bulimic beliefs: food for thought. *Journal of Counseling and Development*, 67, 416-419.
- Boskind-Lodahl, M. (1976). Cinderella's stepsisters: a feminist perspective on anorexia nervosa and bulimia. *Signs Journal of Women in Culture and Society*, 2, 342-356.
- Connors, M.E., Johnson, C.L. & Stuckey, M.K. (1984). Treatment of bulimia with brief psychoeducational group therapy. *American Journal of Psychiatry*, 141, 1512-1516.
- Fairbun, C.G. (1988). The uncertain status of the cognitive approach to bulimia nervosa. In: K.M. Pirke, & W. Vandereycken, & D. Ploog (Eds.) *The psychobiology of bulimia nervosa*. Spring Verlag.
- Fairbun, C.G. & Cooper, P.J. (1989). Eating disorders. In: K. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk & D.M. Clark (Eds.). *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems. A practical guide*. Oxford University Press.
- Frey, D. (1984). The counselor's role in the treatment of anorexia nervosa and bulimia. *Journal of Counseling and Development*, 63, 248-249.
- Friedlander, M.L. & Siegel, S.M. (1990). Separation-individuation difficulties and cognitive-behavioral indicators of eating disorders among college women. *Journal of Counseling Psychology*, 37, 1, 74-78.
- Grayson, P.A. & Cawley, K. (Eds.) (1989). *College psychotherapy*. Guilford Press.
- Guidano, V.F. (1987). *Complexity of the Self: A developmental approach to psychopathology and therapy*. N.Y.: Guilford.
- Guidano, V.F. & Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. N.Y.: Guilford.
- Harris, F.C. & Phelps, C.F. (1987). Anorexia and bulimia. In: M. Hersen & V.B. van Hasselt (Eds.). *Behavior therapy with children and adolescents: A clinical approach*. N.Y. John Wiley & Sons.
- Hatsukami, D., Eckert, E., Mitchell, J. E. & Pyle, R. (1984). Affective disorder and substance

- abuse in women with bulimia. *Psychological Medicine*, 14, 701-704.
- Hawton, K., Salkovskis, P.M., Kirk, J. & Clark, D.M. (1989). *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: a practical guide*. Oxford University Press.
- Holleran, P.R., Pascale, J. & Fraley, J. (1988). Personality correlates of college age bulimics. *Journal of Counseling and Development*, 66, 378-381.
- Johnson, C., Connors, M.E. & Tobin, D.L. (1987). Symptom management of bulimia. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 55, 5, 668-676.
- Johnson, N.S. & Holloway, E.L. (1988). Conceptual complexity and obsessionality in bulimic college women. *Journal of Counseling Psychology*, 35, 3, 251-257.
- Katzman, M.A. & Wolchik, S.A. (1984). Bulimia and binge eating in college women: a comparison of personality and behavioral characteristics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 3, 423-428.
- Laessle, R.G., Wittchen, H.V., Fichter, M.M. & Pirke, K.M. (1989). The significance of subgroups of bulimia and anorexia nervosa: lifetime frequency of psychiatric disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 5, 569-575.
- Lee, R.M. (1989). Anorexia nervosa and bulimia nervosa. In: P.A. Grayson & K. Cawley (Eds.). *College psychotherapy*. Guilford Press.
- Leitenberg, H. & Rosen, J. (1989). Cognitive-behavioral treatment with and without exposure plus response prevention in the treatment of bulimia nervosa: a reply to Agras, Schneider, Arnow, Raeburn & Telch. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 6, 776-777.
- Leitenberg, H., Rosen, J.C., Gross, J., Nudelman, S. & Vara, L.S. (1988). Exposure plus response-prevention treatment of bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 4, 535-541.
- Mines, R.A. & Merrill, C.A. (1987). Bulimia: cognitive-behavioral treatment and relapse prevention. *Journal of Counseling and Development*, 65, 562-564.
- Muuss, R.E. (1986). Adolescent eating disorder: bulimia. *Adolescence*, 82, 257-267.
- Pyle, R.L., Mitchell, J.E. & Eckert, E.D. (1981). Bulimia: a report of 34 cases. *Journal of Clinical Psychiatry*, 42, 6064.
- Rosen, J.C. & Leitenberg, H. (1988). The anxiety model of bulimia nervosa and treatment with exposure plus response prevention. In: K.M. Pirke, & W. Vandereycken, & D. Ploog (Eds.). *The psychobiology of bulimia nervosa*. Spring Verlag.
- Russel, G. (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 429-448.
- Schlesier-Stropp, B. (1984). Bulimia: a review of the literature. *Psychological Bulletin*, 95, 2, 247-257.
- Strober, M. & Humphrey, L.L. (1987). Familial contributions to the etiology and course of anorexia nervosa and bulimia. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 55, 5, 654-659.
- Striegel-Moore, R.H., Silberstein, L.R. & Rodin, J. (1986). Toward an understanding of risk factors for bulimia. *American Psychologist*, 41, 3, 246-263.
- Shisslak, C., Crago, M., Neal, M.E. & Swain, B. (1987). Primary prevention of eating disorders. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 55, 5, 660-667.
- Thelen, M.H., Farmer, J., Mann, L.M. & Pruitt, J. (1990). Bulimia and interpersonal relationships: a longitudinal study. *Journal of Counseling Psychology*, 37, 1, 85-90.
- Thornton, L.P. & DeBlasie, R.R. (1989). Treating bulimia. *Adolescence*, 24 (95), 631-637.
- Vandereycken, W., Probst, M. & Meermaun, R. (1988). An experimental video-confrontation procedure as a therapeutic technique and a research tool in the treatment of eating disorders. In: K. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk & D.M. Clark (Eds.). *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide*. Oxford University Press.
- Wilson, G.T. (1988). Cognitive-behavioral treatments of bulimia nervosa: the role of exposure. In: K.M. Pirke, & W. Vandereycken, & D. Ploog (Eds.). *The psychobiology of bulimia nervosa*. Spring Verlag.
- Woell, C., Fichter, M., Pirke, K.M. & Wolfram, G. (1989). Eating behavior of patients with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 5, 557-568.
- Yates, W.R., Sieleni, B. & Bowers, W.A. (1989). Clinical correlates of personality disorder in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 4, 473-477.

Résumé

Mena Matos, P & Costa, M. E. Intervention psychologique dans la bulimie. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 6, 1990, 67-75.

Considérée comme identité nosographique en 1980, la bulimie est devenue l'objet de recherche systématique et intérêt scientifique, à cause des niveaux d'incidence vérifiés dans les vingt dernières années. A partir d'une révision de la littérature, on présente les principales caractéristiques cliniques de cette population, aussi bien que les contributions récentes plus importantes pour la conceptualization et l'intervention dans cette problématique. Le processus de construction de l'identité dans le contexte des patterns d'interaction familiale est mis en évidence. Ces systèmes familiaux sont caractérisés par l'agglutination, des difficultés dans la résolution des conflits, un engagement émotionnel intense et une style de communication ambiguë. Les difficultés dans le processus de séparation et individuation empêchent le développement de la stabilité, de l'autonomie, de l'autoefficacité et de l'autoestime, avec des manifestations comportementales dans les épisodes bulimiques. Quelques limitations méthodologiques des études sont effleurées, surtout le caractère descriptif et comparatif que la majorité assume, au détriment d'une approche développementale et écologique, qui considère le processus de la construction de l'identité dans le contexte des interactions établies avec le milieu physique, psychologique, familial et social au long du cycle vital. Trois perspectives d'intervention sont présentées - l'approche cognitivo-comportementale, le modèle de la réduction de l'anxiété et la thérapie orientée vers le corps - et la nécessité de situer les objectifs spécifiques de chaque approche dans l'histoire développementale de chaque individu est accentuée.

Abstract

Mena Matos, P & Costa, M. E. Psychological intervention on bulimia. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 6, 1990, 67-75.

Classified as a separate eating disorder in 1980, bulimia is becoming object of more systematic research and scientific interest, due to the incidence levels found in the last two decades. Based on a literature review, this article presents the main clinical characteristics of this population, as well as the most important recent contributions to the conceptualization and intervention on this issue. Special attention is attributed to the process of identity construction in view of specific patterns of family interactions. These family systems seem to characterize themselves by being enmeshed, presenting poor conflict resolution strategies, intense emotional involvement and an ambiguous communication style. Difficulties in the process of separation and individuation inhibit the development of stability, autonomy, self-efficacy and self-esteem, with behavioral expression in the bulimic episodes. Some methodological limitations of the studies carried out are pointed out, particularly the descriptive and comparative character they assume. Emphasis should be put on developmental and ecological approaches, considering the process of identity development in the context of the interactions established between the individual and the physical, psychological, family and social environments along the life span. Three perspectives on the intervention of bulimia are presented — the cognitive-behavioral approach, the anxiety reduction model and the body-oriented therapy — emphasizing the need to situate the specific objectives of each approach in the more complex developmental history of each individual.