



REVISTA LUSÓFONA DE CIÊNCIAS
DA MENTE E DO COMPORTAMENTO

O TRATAMENTO COGNITIVO
COMPORTAMENTAL
DAS PERTURBAÇÕES DO
COMPORTAMENTO ALIMENTAR

Paulo P. P. Machado
Bárbara C. Machado

Par

O TRATAMENTO COGNITIVO COMPORTAMENTAL DAS PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR

*Paulo P. P. Machado
Bárbara C. Machado
(Universidade do Minho)*

RESUMO

As perturbações alimentares (anorexia nervosa e bulimia nervosa) são problemas psicopatológicos sérios que afectam principalmente as mulheres jovens. Ambos os quadros clínicos são relativamente comuns e apresentaram uma tendência para o aumento da sua incidência ao longo dos anos 90. O presente artigo revê as principais características das perturbações do comportamento alimentar, seguidamente são apresentados os modelos cognitivo comportamentais de manutenção destas perturbações e finalmente são apresentadas as características gerais do tratamento cognitivo comportamental da anorexia e da bulimia nervosas.

A correspondência relativa a este artigo deve ser enviada para: Paulo P. P. Machado, Ph. D., Departamento de Psicologia, Universidade do Minho, Campus de Gualtar, 4700 BRAGA, PORTUGAL, email: pmachado@iep.uminho.pt

INTRODUÇÃO

As perturbações alimentares (anorexia nervosa e bulimia nervosa) são problemas psicopatológicos sérios que afectam principalmente as mulheres jovens. Ambos os quadros clínicos são relativamente comuns e apresentaram uma tendência para o aumento da sua incidência ao longo dos anos 90. O DSM-IV (APA, 1994) estima uma prevalência da anorexia nervosa entre 0,5 a 1% para mulheres no final da adolescência e jovens adultas. Uma revisão recente da literatura (Hoeken, Lucas, & Hoek, 1998) aponta como dados prováveis para a incidência da anorexia nervosa pelo menos 8 por 100000/ano e para a bulimia nervosa 13 por 100000/ano. Referem ainda que a taxa de incidência em mulheres dos 15 aos 24 anos, o grupo de maior risco, tem aumentado ao longo dos últimos 50 anos. Estudos realizados sobre a prevalência destas perturbações em vários países Europeus apresentam dados de admissão hospitalar de aproximadamente 5 por cada 100 000 habitantes (COST B6, 1994). Investigações com populações de risco - habitualmente estudantes do sexo feminino - estimam uma frequência de 10% para bulimia nervosa e aproximadamente 1% para anorexia nervosa.

Num dos poucos estudos epidemiológicos realizados em Portugal os autores (Carmo, et al. 1996) encontraram uma prevalência de 0,4% de anorexia nervosa, e 12,6% de casos subclínicos. Num outro estudo realizado junto de uma população de jovens universitárias os autores (Baptista, et al., 1996) referem uma prevalência de 3% de para bulimia nervosa, e referem que 13.2% apresentavam 2 episódios de ingestão compulsiva por semana (PCA-SOE - binge eaters).

Um estudo recente do nosso grupo de investigação (c.f., Gonçalves, Machado, Soares & Martins, 1999), realizado junto de 486 estudantes universitárias em dois campus universitários do norte de Portugal revelou que 25% das participantes apresentavam um peso inferior ao normal. O desejo de perder peso caracterizava 70% das participantes, destas apenas 7% tinha um peso superior ao normal e 19% tinha um peso inferior ao normal. Quando foi inquirida a presença de possíveis casos de perturbação alimentar 28 participantes relatavam cumprir os critérios de diagnóstico para a bulimia nervosa, 21 de perturbação de ingestão alimentar compulsiva e 12 casos parciais de anorexia nervosa.

No entanto, todos os estudos referidos anteriormente apresentam algumas limitações em termos metodológicos, nomeadamente o facto de se basearem em resultados de escalas ou questionários de auto-relato e não terem recorrido a entrevista clínica para confirmarem o diagnóstico dos casos clínicos.

DIAGNÓSTICO DAS PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR

As perturbações do comportamento alimentar são caracterizadas em termos sintomáticos pelo DSM-IV (APA, 1994) do seguinte modo:

Anorexia nervosa: a característica principal desta perturbação é a recusa em manter um peso corporal acima dos limites “normais” mínimos, sendo este peso limite mínimo definido como 15% abaixo do peso esperado para a altura e idade do sujeito em causa. Para serem cumpridos os critérios de diagnóstico será necessária a presença, também, de um medo intenso de ficar gordo(a), mesmo que com peso baixo; uma restrição grave dos alimentos ingeridos muitas vezes acompanhada de exercício físico para provocar perda de peso; uma distorção no modo como o peso e a forma corporal são percebidas; por último, em mulheres pós-pubescentes amenorreia. Distinguem-se dois sub-tipos de anorexia nervosa: tipo ingestão compulsiva/purga, em que existe ingestão compulsiva e comportamentos purgativos (vómito auto-induzido, uso de laxantes e diuréticos), e tipo restritivo, em que os comportamentos anteriores não estão presentes e a perda de peso é conseguida primariamente através da restrição alimentar.

Bulimia nervosa: a principal característica desta perturbação são episódios recorrentes de ingestão compulsiva de grandes quantidades de alimentos associados a uma sensação de falta de controlo sobre o acto de comer. Aparecem associados a estes episódios uma série de comportamentos compensatórios como vómito auto-induzido, uso de laxantes e diuréticos, dietas, e exercício físico excessivo, acompanhados de uma preocupação excessiva com o peso e a forma corporal. São necessários pelo menos dois episódios de ingestão compulsiva por semana durante pelo menos três meses para ser atribuído o diagnóstico de bulimia nervosa. Tal como na anorexia nervosa a auto avaliação está excessivamente dependente do peso e da forma corporal. O DSM-IV define também dois sub-tipos para a Bulimia Nervosa: tipo purgativo, em que existem comportamentos de purga (vómito, laxantes) e tipo não purgativo, em que se observa dieta restritiva ou exercício físico mas não purga.

De acordo com os critérios do DSM-IV não pode ser atribuído a um paciente o diagnóstico duplo de Anorexia e Bulimia Nervosa, sendo estabelecida uma primazia no diagnóstico da anorexia nervosa. Um diagnóstico primário de bulimia nervosa só pode ser feito na ausência de anorexia nervosa.

O DSM-IV reconhece ainda a existência de casos sub-clínicos (Perturbações Alimentares SOE, Sem outra especificação), ou seja aqueles que preenchem alguns mas não todos os critérios necessários para o diagnóstico de anorexia ou bulimia nervosa. O DSM-IV propõe ainda um diagnóstico provisório de Perturbação de Ingestão

Alimentar Compulsiva em que os episódios de ingestão alimentar compulsiva ocorrem na ausência de comportamentos compensatórios.

DESENVOLVIMENTO E MANUTENÇÃO DAS PERTURBAÇÕES ALIMENTARES

O aparecimento da anorexia e da bulimia parece depender da ocorrência de circunstância que activam determinadas vulnerabilidades individuais e que resultam muitas vezes de um balanceamento entre os factores de risco e os factores protectores do indivíduo. A interacção complexa resultante destes factores ao longo do ciclo vital determina o curso e evolução das perturbações alimentares.

O processo de desenvolvimento das perturbações alimentares pode ser ilustrado por um esquema desenvolvido por Cooper (1995) que conceptualiza as várias fases do desenvolvimento das perturbações alimentares e os vários factores de risco e factores precipitantes.

A primeira fase considera a exposição a vários factores de risco. Estes factores, por definição, ocorrem antes do início da perturbação e aumentam a probabilidade da perturbação ocorrer mas, nunca a tornam inevitável. Entre estes factores de risco podemos encontrar perturbações psicológicas (depressão, personalidade obsessivo-compulsiva, personalidade estado limite), perfeccionismo, preocupação excessiva com a imagem corporal, obesidade, experiências de victimização (e.g., abuso sexual), psicopatologia familiar, vinculação ansiosa, negligência parental e pressões culturais.

A segunda fase considera determinados percursos comportamentais que poderão precipitar o início da perturbação ou que aumentam o risco do desenvolvimento da perturbação clínica. Entre os factores precipitantes encontramos as dietas, tarefas desenvolvimentais, menarca precoce, início da puberdade, início de relacionamentos íntimos, abandono da casa dos pais e morte de outro significativo.

Ainda durante a terceira fase certos factores de manutenção interagem com os factores protectores na determinação da evolução e do curso da própria evolução. Entre estes encontramos distorções cognitivas, acontecimentos interpessoais e alterações fisiológicas provocadas pelas próprias perturbações.

Estas doenças tornam-se, frequentemente, crónicas sendo caracterizadas por padrões de comportamento alimentar totalmente perturbados que provocam problemas sérios a nível corporal, psicológico e social. O tratamento destes pacientes, quer na fase aguda quer ao longo do desenvolvimento crónico da doença, envolve um tempo e esforço considerável que nem sempre é bem sucedido. O curso de ambos os quadros

clínicos, bem como o seu prognóstico e resultados do tratamento psicoterapêutico são determinados por vários factores, nomeadamente: (1) natureza, gravidade, e duração dos sintomas; (2) factores familiares e sociais; (3) parâmetros biológicos e endocrinológicos; e (4) factores de personalidade. No entanto, sabe-se muito pouco acerca do modo como estes factores interagem e que influência têm nos resultados terapêuticos e no curso da doença.

O tratamento psicoterapêutico tem sido útil para um grande número de pacientes com perturbações alimentares. A psicoterapia, quer em internamento quer em ambulatório, tem sido um dos tratamentos utilizados para as perturbações alimentares. No entanto, a longo prazo, apenas 40 a 50% dos pacientes tratados podem ser considerados curados.

As terapias cognitivas têm mostrado uma grande eficácia junto de populações com uma variedade de perturbações psicológicas. Por exemplo, numa revisão recente da literatura de 27 estudos envolvendo clientes deprimidos, Dobson (1989) concluiu que a terapia cognitiva era mais eficaz que o não tratamento ou tratamento não específico (placebo) e pelo menos tão eficaz como os tratamentos farmacológicos. Uma recente revisão meta-analítica (Robinson, Berman, & Neimeyer, 1990) confirmou a eficácia da terapia cognitiva no tratamento da depressão (magnitude do efeito = 0,85). Os resultados de vários dos estudos realizados parecem apontar para o facto de os pacientes tratados com Terapia Cognitiva manterem os ganhos terapêuticos durante um longo período de tempo apresentando mesmo uma menor probabilidade de recaída do que pacientes tratados apenas por medicação (e.g., Evans et al, 1992).

Mais recentemente, tem-se assistido a um esforço de adaptação dos procedimentos da terapia cognitiva a outras perturbações psicológicas, tal como as perturbações da personalidade e as perturbações alimentares. Alguns estudos, entretanto, realizados demonstraram que o tratamento cognitivo-comportamental da bulimia era superior a tratamento mínimo ou lista de espera controlo.

MODELO E TRATAMENTO COGNITIVO COMPORTAMENTAL DA BULIMIA NERVOSA

A utilização da terapia comportamental e cognitiva no tratamento da bulimia nervosa deriva das formulações desta abordagem apresentadas por Fairburn no princípio dos anos 90 (Fairburn, 1981). Desde essa altura novas formulações do manual foram publicadas (e.g., Fairburn, Marcus, & Wilson, 1993), e outras surgiram (e.g., Scmidt & Treasure, 1997, Cooper, 1993). Embora existam, obviamente, diferenças

entre estes e outros manuais, e no modo como a terapia comportamental e cognitiva é utilizada no tratamento da bulimia nervosa em diversos centros de tratamento, eles partilham algumas características básicas que serão a seguir descritas.

Os manuais cognitivo comportamentais do tratamento da bulimia nervosa baseiam-se num modelo que enfatiza factores cognitivos e comportamentais na manutenção da perturbação. Ou seja, este modelo assenta na ideia de que as Perturbações do Comportamento Alimentar são mantidas por um conjunto de crenças a respeito do peso e da forma corporais, sendo a distorção cognitiva central quer da Anorexia Nervosa, quer da Bulimia Nervosa um conjunto característico de comportamentos e valores que se regem pelas preocupações constantes a respeito da forma e peso corporais. Estes pacientes são dominados pelo desejo constante de serem magros, idealizando a perda de peso como o ideal para esse efeito, julgando o seu valor pessoal primariamente em termos da sua forma e peso corporais. Em parte, isto deve-se ao facto de estes pacientes considerarem que a sua aparência, e especialmente o seu peso, são mais facilmente controláveis do que muitos outros aspectos das suas vidas. Esta ideia é reforçada pelo valor que, nas sociedades actuais, se atribui à dieta e à perda de peso. A perspectiva negativa acerca deles próprios (baixa auto-estima) leva-os a perpetuarem a insatisfação com a sua aparência e peso, tornando-os intransigentes na ânsia de obterem determinado peso e figura corporais.

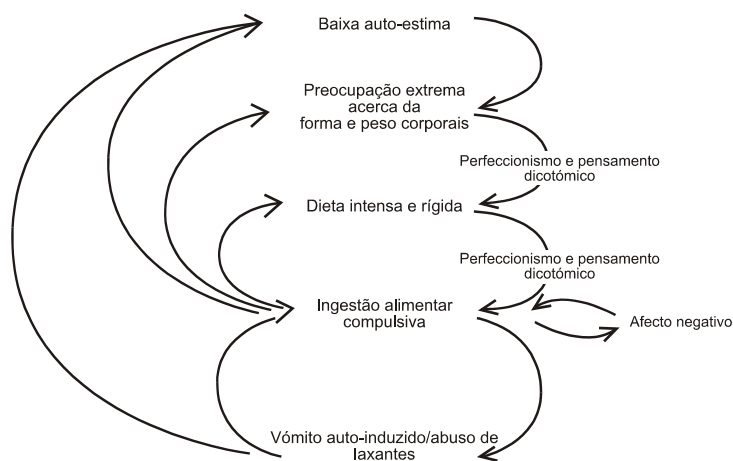


Fig 1. Figura 1. Perspectiva cognitiva de manutenção da Bulimia Nervosa, adaptado de Fairburn e Wilson (1993) e Fairburn (1997)

A Figura 1 sumariza este modelo. O modelo de manutenção do sintoma veiculado pela perspectiva cognitivo-comportamental considera que as preocupações excessivas acerca do peso e forma corporais assumem o protagonismo principal, o que torna quaisquer outras preocupações absolutamente secundárias. Neste quadro, a ingestão alimentar compulsiva é o único componente desta perturbação que não pode ser visto facilmente como expressão directa das preocupações com a aparência física, embora essa forma de ingestão seja o resultado do tipo particular de dieta (extremamente rígida e intensa) adoptada por estes pacientes que restringe severamente a sua alimentação, colocando-os sob pressão psicológica contínua no que respeita ao acto de comer. Esta forma de dieta torna-os predispostos a desenvolverem episódios de ingestão alimentar compulsiva. Os padrões rígidos de dieta adoptados parecem estar relacionados com duas características cognitivas destes pacientes: o perfeccionismo e o pensamento dicotómico. A violação destes padrões tende a precipitar a ingestão alimentar compulsiva, sobretudo em momentos de afecto negativo.

Tal como pode ser observado na figura 1, encontramos um círculo vicioso que liga a ingestão alimentar compulsiva e a utilização de métodos purgativos (vómito auto-induzido/abuso de laxantes), uma vez que estes pacientes consideram, erradamente, que este tipo de comportamento é um meio eficaz de compensar a sua ingestão excessiva. Neste contexto, o vómito auto-induzido parece ser fácil de provocar, visto estes pacientes sentirem de facto o seu estômago muito cheio. Uma vez instaurado este círculo vicioso (ingestão alimentar compulsiva/vómito), a perda de controlo sobre a recorrência a métodos purgativos torna-se uma fonte adicional de desvalorização pessoal (ver Figura 1).

Assim, a Perturbação Alimentar é mantida por dois tipos de procedimentos: os que se relacionam com a psicopatologia cognitiva (neste caso perfeccionismo e pensamento dicotómico), e os que têm a ver com as consequências de se passar fome, provocadas por uma dieta extremamente rígida e pelos métodos compensatórios inadequados.

Deriva deste modelo que o tratamento não se pode reduzir ao comportameto de ingestão compulsiva e purga. Além disto, as restrições alimentares devem ser substituídas por padrões alimentares mais normais, e os pensamentos e sentimentos acerca do significado pessoal do peso e da forma corporal devem ser abordados e alterados. O foco merecedor de atenção principal do terapeuta são mais os factores e processos que estão a manter a Perturbação Alimentar, do que os que estiveram na origem da sua evolução. O tratamento assume, assim, a forma de um processo activo que envolve e implica o paciente na sua própria mudança. O terapeuta, ao actuar como

agente facilitador desta mudança, disponibiliza informação, educação, orientação, suporte e encorajamento. Os manuais de tratamento sugerem intervenções com duração aproximada de 20 semanas. O tratamento é habitualmente dividido em três etapas.

A primeira etapa, foca-se especialmente na alteração comportamental, e ocupa as primeiras oito sessões. Os principais objectivos desta primeira etapa são: 1) estabelecimento de uma relação terapêutica, 2) educar o paciente acerca da visão cognitiva da manutenção da bulimia nervosa, e explicar a necessidade da alteração comportamental e cognitiva, 3) estabelecer a pesagem semanal, 4) educar o paciente acerca da regulação do peso corporal, os efeitos negativos das dietas, e as consequências físicas da ingestão compulsiva e dos comportamentos compensatórios (vómito e uso de laxantes), e 5) reduzir a frequência das ingestões compulsivas através da introdução de um padrão de refeições regular e utilização de comportamentos alternativos.

Na segunda etapa, habitualmente das sessões 9 a 16, incluem-se uma série de procedimentos destinados a reduzir a restrição alimentar, e desenvolver estratégias comportamentais e cognitivas para resistir aos impulsos de ingestão alimentar compulsiva. Estes procedimentos incluem, eliminação das dietas, estratégias de

Tabela 1: Estrutura geral das sessões de tratamento cognitivo comportamental da bulimia nervosa, adaptado de Fairburn e Wilson (1993)

ASPECTOS GERAIS DO MANUAL DE TRATAMENTO DA BULIMIA NERVOSA	
COMPONENTES	Explicação do racional subjacente ao Manual Substituição dos episódios de ingestão alimentar compulsiva por um modelo estável de alimentação Formas de dieta, preocupações com o peso e forma corporais e distorções cognitivas Preparação para eventuais dificuldades futuras
SEQUÊNCIA SUGERIDA	<p>1ª Sessão: Recolha de informação Explicação do modelo terapêutico Introdução à monitorização</p> <p>2ª Sessão: Revisão das folhas de monitorização Introdução ao peso semanal</p> <p>3ª à 8ª Sessão: Revisão das folhas de monitorização Perspectiva cognitiva da Bulimia Nervosa Educação do paciente sobre o seu o seu peso e hábitos alimentares Advertências relativas à alimentação, ao vómito à utilização de outros métodos purgativos Entrevista a amigos e familiares do paciente</p> <p>9ª à 16ª Sessão: Dieta Introdução ao peso semanal Competências de resolução de problemas Conselhos sobre a forma e peso corporais Outras distorções cognitivas</p> <p>17ª à 19ª Sessão: Prevenção da recaída</p>

resolução de problemas e reestruturação cognitiva.

Na terceira fase, o foco passa ser nas estratégias de prevenção da recaída e manutenção dos ganhos terapêuticos. Um dos principais objectivos é ajudar o paciente a identificar e antecipar dificuldades futuras e preparar estratégias para lidar com elas.

O quadro apresenta a estrutura geral das sessões de tratamento cognitivo comportamental da bulimia nervosa tal como foi proposto por Fairburn e Wilson (1993).

O MODELO E TRATAMENTO COGNITIVO COMPORTAMENTAL DA ANOREXIA NERVOSA

O mais recente modelo cognitivo comportamental da manutenção da anorexia nervosa foi apresentado por Fairburn Shafran e Cooper (1999). Este modelo defende que a característica central desta perturbação se traduz numa necessidade extrema de controlar a alimentação, e nas sociedades ocidentais uma tendência para julgar o valor próprio em termos de peso e forma corporal. Os autores defendem que o início da perturbação estaria ligado a uma necessidade geral de auto-controlo em indivíduos caracterizados por sentimentos de ineficácia e perfeccionismo interagindo com uma baixa auto-estima. Embora inicialmente o auto controlo possa ser exercido sobre outras áreas, o controlo sobre a alimentação vai tornar-se central e ser percebido como um comportamento bem sucedido num contexto de falhanço em outras áreas.

Os autores sugerem que a perturbação é mantida e reforçada através de três mecanismos. Em primeiro lugar, a restrição alimentar aumenta o sentimento de controlo. Seguidamente, aspectos específicos da desnutrição encorajam mais restrições alimentares. Por último, a preocupação extrema com a forma e o peso corporal encoraja a restrição alimentar.

Deste modelo derivam, segundo os mesmos autores, algumas hipóteses que poderão explicar os mecanismos cognitivo comportamentais que mantêm a anorexia nervosa. Assim, pessoas com anorexia nervosa tendem a derivar um sentimento de auto-controlo do facto de restringirem a sua alimentação e controlarem o seu peso e forma corporal. É também mais provável que julguem o seu valor pessoal em termos do sucesso em controlar o seu peso e forma corporal. Por outro lado, em pessoas com anorexia nervosa, a fome é interpretada como uma ameaça ao auto-controlo e a saciação como falha em controlar-se. Por último, as crenças distorcidas acerca do peso e imperfeições percebidas na forma corporal são mantidas pela verificação hipervigilante do próprio corpo.

Em termos de tratamento este modelo tem como implicação que para atingir uma recuperação da anorexia nervosa é necessário não só abordar as preocupações acerca do peso e forma corporal, mas também abordar a utilização da dieta restritiva como fonte de sentimento de auto-controlo.

O tratamento cognitivo comportamental da anorexia nervosa tende a ser mais longo do que o tratamento da bulimia nervosa. O tratamento mais longo é frequentemente motivado por questões de motivação, necessidade de atingir um ganho de peso apropriado e possível necessidade de hospitalização parciais ou mesmo internamento. O tratamento cognitivo comportamental da anorexia nervosa (c.f., Garner, Vitousek, & Pike, 1997) desenvolve-se ao longo de três fases: 1) construção de uma relação terapêutica e estabelecimento do programa de tratamento, 2) modificação das crenças relativas à alimentação, ao peso e à forma corporal, e 3) prevenção da recaída e preparação da terminação do tratamento.

As principais áreas abordadas no tratamento da anorexia nervosa ao longo das três fases anteriormente descritas é sumariado na tabela 2.

Tabela 2: Objectivos das sessões de tratamento cognitivo comportamental da anorexia nervosa de acordo com as fases do tratamento, adaptado de Garner, Vitousek, & Pike, (1997)

Fase 1: Construção da relação terapêutica	<ul style="list-style-type: none"> Construir uma relação terapêutica positiva Avaliar aspectos principais da P.A. Educar acerca da dos sintomas do jejum Avaliar e tratar complicações médicas Explicar as múltiplas funções a AN Diferenciar os dois aspectos do tratamento Apresentar o racional cognitivo do tratamento Fornecer o racional para restaurar alimentação e peso normal Implementar auto-registos e planeamento de refeições Prescrever padrões de alimentação normais Interromper os episódios de ingestão compulsiva e vômitos Implementar intervenções cognitivas Aumentar a motivação para a mudança Desafiar os valores culturais relacionados com peso e forma Determinar o nível óptimo de envolvimento familiar
Fase 2: Modificação das crenças relativas à alimentação, peso e forma corporais	<ul style="list-style-type: none"> Continua ênfase no ganho de peso e alimentação normal Reenquadrar recaídas Identificar pensamentos, esquemas e padrões de pensamento disfuncionais Desenvolver competências de reestruturação cognitiva Modificar o auto-conceito Desenvolver um foco interpessoal na terapia Envolver a família na terapia
Fase 3: Prevenção da recaída e preparação da terminação do tratamento	<ul style="list-style-type: none"> Sumariar progressos Rever os fundamentos do progresso Sumariar áreas de vulnerabilidade Rever os sinais de alarme para recaída Clarificar quando se deve regressar a tratamento

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora a prevalência pontual das perturbações alimentares seja relativamente baixa, o número de casos subclínicos ou de pessoas que apresentam algum tipo de dificuldade alimentar é bastante mais elevado.

Existe neste momento pouca investigação sistemática que avalie a eficácia da utilização dos modelos e intervenções cognitivo comportamentais no tratamento da anorexia nervosa (c.f., Roth & Fonagy, 1996). Existe alguma evidência que suporta a maior eficácia de intervenções familiares para pacientes jovens, embora pacientes adultos respondam melhor a terapia individual.

Por outro lado, a terapia cognitivo comportamental é a intervenção mais utilizada no tratamento da bulimia nervosa. De acordo com uma revisão recente da literatura (Roth & Fonagy, 1996) estas intervenções são eficazes com cerca de dois terços dos pacientes, embora apenas um terço apresente uma remissão completa da perturbação. Os manuais de auto-ajuda baseados nos princípios do tratamento cognitivo comportamental são eficazes para um número significativo de casos. Recentemente, novas abordagens como a Terapia Comportamental Dialética têm sido propostas para lidar com a perturbação de ingestão alimentar compulsiva (Wiser & Telch, 1999).

Em resumo, as abordagens comportamental cognitivas são úteis para a compreensão da manutenção das perturbações do comportamento alimentar e constituem uma forma eficaz de intervenção. O aparecimento de novos modelos explicativos destas perturbação e a melhoria e sofisticação das estratégias de intervenção apontam para uma eficácia crescente das intervenções baseadas nestes modelos.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ªed.). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Baptista, F., Sampaio, D., Carmo, I., Reis, D., & Galvão-Teles, A. (1996). The prevalence of disturbances of eating behaviour in a Portuguese female university population. *European Eating Disorders Review*, 4, 260-270.
- Carmo, I., Reis, D., Varandas, P., Bouça, D., padre-Santo, D., Neves, A., Anré, I., Sampaio, D. & Galvão-Teles, A. (1996). Prevalence of anorexia nervosa: A Portuguese population study. *European Eating Disorders Review*, 4, 157-170.
- COST B6 (1994) Efficient treatment of eating disorders. Luxembourg: Office for Official Publications (Catalogue number: CG-94-96-526-EN-C)
- Cooper (1995). The development and maintenance of eating disorders. In K.D. Brownell & c. G. Fairburn (Eds.). *Eating disorders and obesity* (pp. 199-206). NY: Guilford.
- Cooper (1993). *Bulimia nervosa and binge eating: A self-help guide using cognitive behavioral techniques*. London: Robinson.
- Dobson, K.S. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 414-419.
- Evan, M.D., Hollon, S.D., DeRubeis, R.J., Piasecki, J.M., Grove, W.M., Garvey, M.J., & Tuason, V. B. (1992). Differential relapse following cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Archives of General Psychiatry*, 49, 802-808.
- Fairburn, C.G. (1991). A cognitive behavioural approach to the management of bulimia. *Psychological Medicine*, 11, 707-711.
- Fairburn, C. G. (1997). Eating Disorders. In David M. Clark & Christopher G. Fairburn (Eds.). *Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy* (p. 209-241). New York: Oxford University Press.
- Fairburn, C. G. & Wilson, G. T. (1993). *Binge Eating: Nature, Assessment, and Treatment*. New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Marcus, M. D., & Wilson G. T. (1993). Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: A comprehensive treatment manual. C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.) *Binge eating: Nature, assessment and treatment* (pp. 361-404). New York: Guilford.
- Fairburn, C. G., Shafran, R., & Cooper, Z. (1999). A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behaviour Therapy and Research*, 37, 1-13.
- Garner, D. M., Vitousek, K. M., & Pike, K. M. (1997). Cognitive behavioral treatment for anorexia nervosa. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.). *Handbook of treatment for eating disorders*. New York: Guilford.
- Hoeken, D. V., Lucas, A. R., & Hoek, H. W. (1998). Epidemiology. In H. W. Hoek, J. L. Treasure & M. A. Katzman (Eds.). *Neurobiology in the treatment of eating disorders*. N.Y.: John Wiley
- Luborsky, L., & DeRubeis, R. J. (1984). The use of psychotherapy treatment manuals: A small revolution in psychotherapy research style. *Clinical Psychology Review*, 4, 5-14.

- Gonçalves, S., Machado, P. P., Martins, C., & Soares (1999, June). *The prevalence of eating disorders in a Portuguese female college population*. Paper presented at the 30th annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Braga, Portugal
- Robinson, L. A., Berman, J. S., & Neimeyer, R. A. (1990). Psychotherapy for the treatment of depression: A comprehensive review of controlled outcome studies. *Psychological Bulletin, 108*, 30-49.
- Roth, A., & Fonagy, P. (1996). *What works for whom: A critical review of psychotherapy research*. New York: Guilford
- Scmidt, U., & Treasure, J. (1997). *Getting better bi(e) by bi(e): A survival kit for sufferers of bulimia nervosa and binge eating disorders*. East Sussex, UK: Psychology Press.
- Wiser, S., & Telch, C.F. (1999). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of Clinical Psychology / In session: Psychotherapy in Practice, 55*, 755-768.

Par