

## Tratamento Cognitivo Comportamental em Grupo da Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva: Um estudo exploratório<sup>1</sup>

Paulo P. P. Machado<sup>2</sup>, Sónia Gonçalves, Barbara Cesár Machado, Lourdes Santos, & Rita Santos (*Universidade do Minho, Portugal*)

(*Recibido 7 Diciembre 2000/Received 7 December 2000*)

(*Aceptado 30 Enero 2001/Accepted 30 January 2001*)

**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 descreve um estudo com o objectivo avaliar a eficiência de uma intervenção cognitiva comportamental em grupo para jovens universitárias com perturbações do comportamento alimentar caracterizadas por ocorrência de ingestão alimentar compulsiva. Onze mulheres com idades compreendidas entre os 18 e os 34 anos, participaram num programa de tratamento com a duração de 13 sessões semanais de 1 + hora de duração. Os resultados mostraram diferenças significativas no final do tratamento e nos 3 meses seguintes quer nas escalas clínicas relacionadas com as perturbações alimentares quer no que respeita aos principais sintomas clínicos destas perturbações.

**PALAVRAS CHAVE.** Perturbações alimentares. Bulimia Nervosa. Ingestão Compulsiva. Tratamento Cognitivo Comportamental.

<sup>1</sup> A preparação deste artigo foi parcialmente apoiada por uma bolsa de investigação da Fundação para a Ciência e Tecnologia (PRAXIS/PCSH/P/PSI/85/96) atribuída ao primeiro autor.

<sup>2</sup> Correspondência: Departamento de Psicologia, Universidade do Minho, Campus de Gualtar, 4700 Braga, Portugal. E-Mail: [pmachado@iep.uminho.pt](mailto:pmachado@iep.uminho.pt)

**ABSTRACT.** Eating disorders (Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa) are serious psychopathological problems that affect mainly young women. Both clinical cases tend to become fairly common and have shown a tendency to increase their incidence during the 90's. The current paper presents a study that aimed at testing the clinical efficiency of a group cognitive behavioral treatment for Binge Eating and Bulimia Nervosa targeted to college female students. Eleven college female students, aged 18 to 34, participated in a treatment program of thirteen weekly 90 minute group psychotherapy sessions. Results revealed significant differences on the scores of both pre-treatment and post-treatment as well as on follow-up, not only for the eating disorder clinical subscales, but also in the key symptoms of Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder.

**KEY WORDS.** Eating disorders. Bulimia Nervosa. Binge Eating. Cognitive-Behavioral Treatment.

**RESUMEN.** Los trastornos alimentarios (anorexia nerviosa y bulimia nerviosa) son trastornos psicopatológicos graves que afectan especialmente a mujeres jóvenes. Ambos cuadros clínicos son relativamente comunes, mostrando una tendencia al aumento durante la década de los años noventa. El presente estudio tiene como objetivo evaluar la eficacia de una intervención cognitivo-comportamental en grupo para jóvenes universitarias con trastornos del comportamiento alimentario caracterizados por ingestas compulsivas. Una muestra de once mujeres con edades comprendidas entre 18 y 34 años participó en un programa de tratamiento con una duración de 13 sesiones semanales de 90 minutos de duración. Los resultados muestran diferencias significativas al final del tratamiento y en los tres meses siguientes tanto en las escalas clínicas relacionadas con los trastornos alimentarios como en los principales síntomas clínicos de estos trastornos.

**PALABRAS CLAVE.** Trastornos alimentarios. Bulimia nerviosa. Ingesta compulsiva. Tratamiento cognitivo-comportamental.

### 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 (American Psychiatric Association, 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, Sampaio, Carmo, Reis & Galvão-Teles, 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.

A Bulimia Nervosa e as Perturbações do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação são, portanto as perturbações mais frequentes e aquelas que claramente têm tido um aumento da sua prevalência, sobretudo junto de populações de mulheres jovens (c.f., Gordon, 1999). A principal característica da Bulimia Nervosa é a ocorrência de episódios recorrentes de ingestão compulsiva de grandes quantidades de alimentos associados a uma sensação de falta de controlo sobre o acto de comer e associados a estes episódios uma série de comportamentos compensatórios como vômito auto-induzido, uso de laxantes e diuréticos, dietas, ou exercício físico excessivo, acompanhados de uma preocupação excessiva com o peso e a forma corporal. De acordo com o DSM-IV 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 noutras perturbações alimentares 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 (vômito, laxantes) e tipo não purgativo, em que se observa dieta restritiva ou exercício físico mas não purga. 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 e propõe um diagnóstico provisório de Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva em que os episódios de ingestão alimentar compulsiva ocorrem na ausência de comportamentos compensatórios.

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, 1991). Desde essa altura novas formulações do manual foram publicadas (e.g., Fairburn, Marcus, & Wilson, 1993), e outras surgiram (e.g., Cooper, 1993; Scmidt & Treasure, 1997). 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 que mantêm um conjunto característico de comportamentos e valores. 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 provavelmente 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.

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. Ou seja estamos perante 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. 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 comportamento 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. No entanto, o foco principal da intervenção terapêutica são os factores e processos que estão a manter a Perturbação Alimentar, e não os que os 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.

O presente estudo teve por objectivo efectuar uma avaliação preliminar da eficácia de uma intervenção cognitiva comportamental em grupo para jovens universitárias com perturbações do comportamento alimentar caracterizadas por ocorrência de ingestão alimentar compulsiva.

## Metodología

### *Participantes*

Um total de onze estudantes universitários que responderam a um anúncio oferecendo tratamento em grupo para indivíduos com problemas alimentares, foram seleccionados para participar neste estudo. Os critérios de inclusão consistiam em diagnóstico de bulimia nervosa, perturbação de ingestão alimentar compulsiva ou presença de episódios de ingestão alimentar compulsiva. Os critérios de exclusão consistiam em diagnóstico de anorexia nervosa, risco de suicídio ou comportamentos multi-impulsivos graves, ou comorbilidade com perturbações de personalidade. Seis sujeitos que tinham também respondido ao anúncio foram referidos para outros serviços, ou ficaram em lista de espera para atendimento individual por não se mostrarem disponíveis para participar em tratamento de grupo. Os participantes, todos do sexo feminino, tinham idades compreendidas entre os 18 e os 34 anos de idade ( $X=22,7$ ;  $DP= 4,61$ ) e tinham sido diagnosticadas com perturbação do comportamento alimentar. De acordo com o DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) 4 participantes tinham um diagnóstico de Bulimia Nervosa, 3 de Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva, e 4 Perturbação do Comportamento Alimentar sem Outra Especificação. Todas as participantes eram caracterizadas por apresentarem episódios de ingestão alimentar compulsiva. Todas as participantes eram de nacionalidade portuguesa e de origem europeia. Apenas uma das participantes era casada, sendo as restantes solteiras. Duas participantes viviam com parceiro ou cônjuge. 5 com os pais. 2 em apartamento partilhado e 2 com amigos. A totalidade dos participantes era estudante. Duas participantes relataram ter tido tratamento anterior para perturbações do comportamento alimentar e 7 tratamento para outras perturbações psicológicas. Os participantes tinham um Índice de Massa Corporal Médio de 23.81 (5,6) no momento da avaliação inicial.

### *Terapeutas*

Os terapeutas eram licenciados em psicologia e estavam a frequentar ou tinham terminado um mestrado em psicologia clínica. Os terapeutas tinham treino anterior em abordagens cognitivo-comportamentais e tinham participado no desenvolvimento do manual terapêutico utilizado nas sessões de grupo. Os terapeutas receberam supervisão semanal e os níveis de adesão e competência foram monitorados através da análise de excertos videogravados das sessões e de notas de progresso.

### Tratamento

O manual para o tratamento cognitivo comportamental em grupo da bulimia nervosa foi desenvolvido na Universidade do Minho no contexto de um projecto de investigação. Este manual foi construído adaptando os procedimentos anteriormente apresentados por diversos autores (e.g., Cooper, 1993; Fairburn et al., 1993; Scmidt & Treasure, 1997) ao contexto de grupo e às particularidades da população universitária portuguesa. O tratamento prolongou-se durante 13 sessões semanais de 90 minutos e compreendeu três fases consecutivas. A primeira fase focou-se especialmente na alteração comportamental e tinha como objectivos: 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, informação sobre alimentação racional e utilização de comportamentos alternativos para lidar com as ingestões compulsivas e métodos compensatórios. Na segunda fase, incluíram-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 resolução de problemas e reestruturação cognitiva. Na terceira e última fase, o foco passou a ser nas estratégias de prevenção da recaída e manutenção dos ganhos terapêuticos. Um dos principais objectivos foi ajudar o paciente a identificar e antecipar dificuldades futuras e preparar estratégias para lidar com elas.

### Instrumentos

- Eating Disorders Inventory (EDI)* (Garner, Olmsted & Polivy, 1983). O *EDI* é um instrumento de 64 itens para medir atitudes e comportamentos relacionados com a alimentação. Os sujeitos respondem a um formato de escolha forçada de 6 opções determinando até que ponto cada item se aplica ao seu caso. As opções variam entre "sempre" e "nunca". A resposta mais extrema que se aproxima da perturbação alimentar recebe uma cotação de 3, a anterior 2, e a próxima 1. As outras respostas não recebem cotação. Os resultados das sub-escalas são obtidos somando as cotações dos itens respectivos. A versão portuguesa do *EDI* foi traduzida para efeitos de investigação pela equipa do Hospital de Santa Maria em Lisboa e demonstrou ter características psicométricas ajustadas (c.f., Machado, Gonçalves, Martins & Soares, no prelo).
- Symptom Checklist 90-R* (Derogatis, 1977) é uma medida de auto-relato desenvolvida para avaliar padrões de sintomas psicológicos junto de indivíduos com vários tipos de psicopatologia. Compreende três escalas globais (i.e., Índice de Gravidade Geral, Índice de Perturbação Sintomática Positiva, e Total de Sintomas Positivos) e nove escalas de sintomas (i.e., somatização, obsessão-compulsão, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticismo). A escala demonstrou excelente fiabilidade.

validade e sensibilidade numa variedade de contextos nomeadamente em intervenções psicoterapêuticas.

—*Questionário do Paciente (PQB-COST-B6)*. É um questionário de auto relato sobre sintomas e características associadas às perturbações do comportamento alimentar desenvolvido no contexto do projecto europeu sobre a eficiência dos tratamentos psicoterapêuticos para as perturbações alimentares no qual Portugal participou (c.f., Machado & Soares, 2000).

### Resultados

Dos 11 participantes que iniciaram o tratamento todos o terminaram. No entanto, só em relação a 8 foi possível recolher dados de seguimento aos 3 meses após a finalização do tratamento. Por esse facto algumas das análises, nomeadamente as de manutenção dos resultados estão restritas a 8 sujeitos, enquanto que as comparações entre o início e o final do tratamento se referem aos 11 participantes iniciais. A Tabela 1 apresenta os resultados (média e desvio padrão) do *EDI* e do *SCL-90R* no início e final do tratamento bem como no seguimento 3 meses após o final do tratamento.

**TABLA 1.** Médias e desvios padrões dos resultados das escalas clínicas (*EDI* e *SCL-90r*) no início, final do tratamento e no seguimento 3 meses após o final do mesmo

	Pre-teste (N=11)		Post-teste (N=11)		Seguimento (N=8)		F
	M	DP	M	DP	M	DP	
<i>EDI</i> :							
Impulso para emagrecer	15.2	7.21	9.1	8.12	8.4	7.65	4.90
Desconfiança interpessoal	6.7	5.8	4.5	4.16	4.1	4.82	0.39
Perfeccionismo	8.5	3.31	7.8	4.14	5.4	4.96	12.40*
Bulimia	10.3	5.81	4.5	7.27	3.2	4.77	9.51*
Medo da maturidade	9.7	6.89	8.0	6.40	9.0	7.39	2.52
Consciência interoceptiva	8.0	6.19	6.8	6.84	4.3	4.53	1.88
Insatisfação corporal	17.0	6.97	8.5	7.58	11.0	8.02	5.77*
Ineficácia	13.0	8.76	8.5	7.58	7.3	5.39	5.80*
Total	88.8	33.36	62.6	39.88	52.6	32.79	9.65*
<i>SCL-90-GSI</i>	1.8	0.55	1.8	0.76	1.3	0.62	3.93

Análise de variância de medidas repetidas mostrou diferenças significativas nos resultados de algumas das escalas clínicas do *EDI*, nomeadamente Bulimia ( $F_{1,6} = 8.40$ ,  $P < 0.05$ ), Insatisfação Corporal ( $F_{1,6} = 7.08$ ,  $P < 0.05$ ), Perfeccionismo ( $F_{1,6} = 8.82$ ,  $P < 0.05$ ), e Ineficácia ( $F_{1,6} = 7.73$ ,  $P < 0.05$ ), bem como no seu resultados total ( $F_{1,6} = 10.61$ ,  $P < 0.05$ ). Comparações post-hoc ( $p$ 's  $< 0.05$ ) demonstraram que estas diferenças eram significativas para os resultados entre o início do tratamento e o seguimento

3 meses após o tratamento para todas as escalas referidas. Os resultados obtidos no seguimento foram inferiores aos obtidos no início do tratamento e no sentido de uma menor gravidade dos sintomas e características associadas. Adicionalmente, os resultados da subescala de Bulimia também apresentou resultados significativamente mais baixos no final do tratamento, quando comparada com o início do tratamento. Análises posteriores entre os resultados do início e o final do tratamento para os 11 sujeitos que participaram no estudo demonstraram diferenças significativas, no sentido de uma diminuição sintomática, nos resultados das escalas de Impulso para emagrecer ( $t_{10} = 2,43$ ,  $p < 0,05$ ), Bulimia ( $t_{10} = 2,56$ ,  $p < 0,05$ ), bem como no resultado total ( $t_{10} = 2,54$ ,  $p < 0,05$ ). Quanto aos sintomas clínicos chave da bulimia nervosa, no momento da avaliação inicial 4 sujeitos apresentavam pelo menos 2 episódios de ingestão alimentar compulsiva por dia e 7 apresentavam pelo menos dois destes episódios por semana. Quanto aos métodos compensatórios três utilizavam o vômito várias vezes ao dia, um pelo menos uma vez por semana e 7 não utilizavam o vômito. Três utilizavam laxantes, e sete utilizavam dieta como método de controlo do peso. Dez dos participantes referiram utilizar o exercício físico excessivo para controlarem o peso. Por último, 7 participantes referiram que a ideia de ganhar peso provocava pânico, 1 preferia morrer a ganhar peso e outro tinha sempre medo de ganhar peso, enquanto que apenas 2 referiram que só por vezes tinham medo de ganhar peso. No final do tratamento 5 sujeitos referiram ausência de episódios de ingestão compulsiva nas últimas 4 semanas, 4 referiram pelo menos 1 episódio por mês, e 1 relatou ter episódios diários. Quanto aos métodos compensatórios, 9 sujeitos não apresentavam mecanismos compensatórios nas últimas 4 semanas, 1 sujeito utilizava o vômito 2 a 3 vezes por semana e um ainda utilizava diariamente. Por último 5 referiram apenas ter medo por vezes de ganhar peso 4 referiram ter sempre medo e 2 a ideia causava pânico.

### Discussão

As intervenções cognitivo-comportamentais em grupo têm-se mostrado eficazes no tratamento da bulimia nervosa. Os resultados do presente estudo preliminar parecem confirmar estes dados da literatura. A intervenção em grupo para estudantes universitárias, apesar do pequeno número de participantes, provocou alterações significativas quer em termos da sintomatologia chave das perturbações alimentares quer em termos dos resultados das escalas clínicas do Inventário das Perturbações Alimentares. Os resultados do Inventário das Perturbações Alimentares apontam para diferenças estatisticamente significativas nas escalas de Bulimia e Insatisfação Corporal entre os resultados do início do tratamento e do seguimento três meses após o final do tratamento, enquanto que as escalas de Bulimia e Impulso para Emagrecer apresentaram diferenças significativas entre o início e o final do tratamento. As mesmas diferenças foram observadas para o resultado total da escala. Estes resultados apontam para o facto de não só serem obtidos resultados significativos após intervenções estruturadas, relativamente limitadas no tempo, mas também para o facto de esses ganhos serem mantidos pelo menos até três meses após o final do tratamento. Os ganhos terapêuticos são também visíveis no nível de gravidade, auto-relatado pelos participantes, de cada um dos sintomas chave



da bulimia nervosa, nomeadamente ingestão alimentar compulsiva, mecanismos compensatórios e medo de ganhar peso. Uma das principais limitações deste estudo prende-se de se tratar de um estudo exploratório quasi-experimental junto de um grupo relativamente reduzido de participantes, sem grupo de comparação ou distribuição aleatória dos participantes. O facto de os sujeitos terem sido recrutados num campus universitário poderá levantar algumas questões quanto à generalização destes resultados. No entanto parece indicar que este tipo de tratamento poderá constituir uma primeira linha de intervenção junto de uma população em risco para o desenvolvimento das perturbações alimentares. Futuros estudos tentarão aplicar estas metodologias a grupos mais alargados bem como compará-las com metodologias de auto-ajuda. Entretanto, o potencial benefício das intervenções cognitivo-comportamentais junto de jovens universitárias com problemas alimentares parece estar demonstrado.

### Referências

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>th</sup>ed.). 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.
- Cooper (1993). *Bulimia nervosa and binge eating: A self-help guide using cognitive behavioral techniques*. London: Robinson.
- COST B6 (1994). *Efficient treatment of eating disorders*. Luxembourg: Office for Official Publications (Catalogue number: CG-94-96-526-EN-C)
- Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90-R: Administration, scoring, and procedures manual*. Baltimore: Clinical Psychometrics Research.
- Fairburn, C.G. (1991). A cognitive behavioural approach to the management of bulimia. *Psychological Medicine*, 11, 707-711.
- Fairburn, C. G., Marcus, M. D., & Wilson G. T. (1993). Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: A comprehensive treatment manual. In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (eds.), *Binge eating: Nature, assessment and treatment* (pp. 361-404). Nueva York: Guilford.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P. & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorder*, 2, 15-34.
- Gonçalves, S., Machado, P. P., Soares, I. & Martins, C. (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.
- Gordon, R. A. (1999). *Eating disorders: A natomy of a social epidemic*. (2<sup>nd</sup>. Edition). Oxford: Blackwell.
- 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*. Nueva York: John Wiley

- Machado, P. P. , Gonçalves, S., Martins, C., & Soares I. (no prelo). Portuguese version of the eating disorders inventory: Evaluation of its psychometric properties. *European Eating Disorders Review*.
- Machado, P. P. , & Soares, I. (2000). Avaliação das perturbações do comportamento alimentar: Acção COST b-6 & Akquasi. *Psicologia: Teoria , investigação e prática*, 5, 161-169.
- Schmidt, U., & Treasure, J. (1997). *Getting better bite by bite): A survival kit for sufferers of bulimia nervosa and binge eating disorders*. East Sussex, UK: Psychology Press.