

Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Marco Alexandre Alves Sousa

Preditores de Recuperação nas Perturbações do Comportamento Alimentar: Estudo Prospectivo de Longa Duração

Junho 2013

Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Marco Alexandre Alves Sousa

Preditores de Recuperação nas Perturbações do Comportamento Alimentar: Estudo Prospectivo de Longa Duração

Dissertação de Mestrado
Mestrado Integrado em Psicologia
Área de Especialização em Psicologia Clínica

Trabalho efectuado sob a orientação do
Professor Doutor Paulo Manuel Pinto Pereira Almeida Machado
e da
Professora Doutora Sónia Ferreira Gonçalves

Junho 2013

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO PARCIAL DESTA DISSERTAÇÃO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE;

Universidade do Minho, ____/____/_____

Assinatura: _____

ÍNDICE

ÍNDICE	ii
AGRADECIMENTOS	iii
RESUMO	iv
ABSTRACT	v
INTRODUÇÃO	1
MÉTODO	4
RESULTADOS	10
DISCUSSÃO	14
REFERÊNCIAS	18

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Paulo Machado, e à Professora Doutora Sónia Gonçalves, que me orientaram na melhor forma de realizar este estudo.

À minha mãe, pelo seu constante apoio nos momentos mais difíceis.

À Raquel Rebelo, pelas conversas iluminadas nas noites escuras e frias de Braga.

À Mónica Paulino, pela sua disponibilidade e apoio.

Preditores de Recuperação nas Perturbações do Comportamento Alimentar: Estudo Prospectivo de Longa Duração

RESUMO

A presente investigação teve como objectivos principais a aferição da taxa de recuperação, e dos preditores da mesma, em mulheres diagnosticadas com perturbação do comportamento alimentar, de acordo com os critérios de diagnóstico da 4ª edição do Manual de Diagnóstico da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-IV). O estudo é longitudinal com um follow-up médio de 9 anos. A amostra consiste em 45 mulheres admitidas num serviço especializado de tratamento deste tipo de perturbação psicológica, e foi recolhida entre 2001 e 2006. No momento de admissão ao tratamento foram utilizados diversos instrumentos: avaliação de variáveis clínicas e questionários de auto-relato. No momento do follow-up as participantes foram categorizadas em 2 grupos: as recuperadas e as não-recuperadas. Esta categorização foi efectuada com base num questionário que procurou avaliar dimensões clínicas, comportamentais, e psicológicas das mesmas. No follow-up, 20% das pacientes demonstraram estar recuperadas. Foram associadas diversas variáveis com a recuperação das participantes, tendo-se obtido 4 correlações significativas. Após a execução de uma análise de regressão logística, que explica 27.5% da variância, a subescala do EDI Perfeccionismo foi o único preditor que permaneceu significativo para a recuperação das pacientes.

Palavras-chave: perturbações do comportamento alimentar; recuperação; preditores; estudo longitudinal

Predictors of Eating Disorders Recovery: Long-term Follow-up Study

ABSTRACT

The main objectives of the present study were: assess the recovery rate, and its predictors, in women who received an eating disorder diagnostic, according to criteria in the 4th edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). The study is longitudinal prospective with a 9 year average follow-up. The sample is composed by 45 women admitted for treatment in a specialized service between 2001 and 2006. At admission moment was used various instruments: clinical variables evaluation and self-report questionnaires. At follow-up moment, the participants were categorized in 2 groups: recovered and non-recovered. This categorization was executed according to a questionnaire that sought to assess clinical, behavior, and psychological dimensions. At follow-up moment, 20% of patients seemed to be recovered. Several variables were associated with the recovery of participants, obtained 4 significant correlations. With an execution of a logistic regression analysis, which explain 27.5% of the variance, only the EDI subscale Perfectionism remains significant for recovery of the patients.

***Keywords**: eating disorder; longitudinal study; recovery; predictors*

INTRODUÇÃO

A prevalência das Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA) é relativamente reduzida se a compararmos com outras perturbações psicológicas. Uma meta-análise de estudos de duas etapas (Smink, van Hoeken, & Hoek, 2012) demonstra uma prevalência ao longo do ano de 0.37% para a Anorexia Nervosa (AN) em mulheres jovens. O mesmo estudo aponta para 1% de prevalência ao longo do ano para a Bulimia Nervosa (BN), na mesma população. Em Portugal, foi realizado um estudo a nível nacional (Machado, P.P., Machado, B.C., Gonçalves, & Hoek, 2007), o qual encontrou valores semelhantes para a prevalência pontual da AN em mulheres jovens, cerca de 0.34%. Já para a BN, foram encontrados valores na ordem dos 0.3% de prevalência pontual. Fairburn e Harrison (2003) referem que a crença generalizada entre os clínicos é que a frequência de incidência das PCA tem aumentado ao longo das últimas décadas. Esta crença baseia-se no aumento crescente de casos identificados e registados nos serviços de saúde. No entanto, os mesmos autores alertam que este aumento aparente da incidência das PCA pode dever-se a outros factores, como: alterações nas práticas de diagnóstico, melhor detecção da perturbação, assim como uma maior procura de ajuda por parte dos indivíduos afectados por este tipo de perturbações. Apesar da baixa prevalência, a AN apresenta uma elevada taxa de mortalidade, a mais alta dentro do espectro das perturbações psicológicas. Uma meta análise de 36 estudos (Arcelus, Mitchell, Wales, & Nielsen, 2011) encontrou uma taxa de mortalidade padrão de 5.86 para pacientes com AN. Quer isto dizer que a taxa de mortalidade de pacientes a sofrer dessa perturbação psicológica é quase 6 vezes superior à esperada para a população com características semelhantes às dos pacientes (e.g. Mesmo país; Idades semelhantes). Já para a BN, o mesmo estudo encontrou uma taxa de mortalidade padrão de 1.93, consideravelmente mais reduzida, se a compararmos com a taxa de mortalidade padrão encontrada para a AN. No caso desta última, a maior parte das mortes resultam, ou de complicações médicas relacionadas com a perturbação, ou de suicídio. Perante estes valores de mortalidade, e apesar da reduzida prevalência das PCA, concluímos a importância de encontrar formas de tratamento eficazes para estas perturbações. Face a isto, afigura-se como valiosa qualquer contribuição que auxilie os clínicos a programarem uma intervenção eficaz para cada paciente. Para tal, têm sido efectuados vários estudos, a nível internacional, com o objectivo de tentar identificar indicadores de bom, ou mau prognóstico, nas PCA. Fichter, Quadflieg e Hedlund, publicaram em 2006 um estudo prospectivo com um follow-up superior a 12 anos. Neste estudo foram analisados os preditores de prognóstico numa amostra de 103 mulheres diagnosticadas com AN, de acordo

com os critérios do Manual de Diagnóstico da Associação Americana de Psiquiatria (APA, 1994). As participantes foram admitidas, consecutivamente, para tratamento hospitalar em regime de internamento. Estes investigadores chegaram a um modelo de predição de mau prognóstico para a referida amostra. Este modelo prediz 45% da variância e é composto por Intensidade elevada de problemas sexuais; Impulsividade; Duração longa da perturbação antes do início do tratamento; e Duração longa do internamento hospitalar. Tal como no estudo descrito anteriormente, a longa duração da perturbação antes do início do tratamento é apontada como sendo um indicador significativo de mau prognóstico noutros estudos (e.g. Zipfel, Lowe, Reas, Deter, & Herzog, 2000). Zipfel e colaboradores (2000) publicaram um estudo prospectivo de longa duração, com um follow-up de aproximadamente 21 anos. Nesta investigação foram analisados os dados de 84 participantes diagnosticadas com AN, as quais foram categorizadas em 3 grupos, no follow-up de 21 anos após o primeiro internamento. Os três grupos criados foram: Pacientes que tiveram um bom prognóstico; Pacientes que tiveram um prognóstico intermédio; e Pacientes que tiveram um mau prognóstico. Esta categorização foi realizada com base na pontuação do instrumento "*psychiatric status rating scale*", que é fundado nos critérios de diagnóstico do DSM-IV (APA, 1994) para a AN. Através de uma regressão logística, os autores do estudo concluíram que a longa duração da perturbação antes do início do tratamento, e um baixo Índice de Massa Corporal (IMC), no momento de admissão, são indicadores de mau prognóstico para o tratamento da AN. Igualmente, em vários estudos, um IMC baixo, na altura da admissão, tem sido apontado consistentemente como um indicador de mau prognóstico (Herzog et al, 1993; Pike, 1998). A idade de início da perturbação tem sido, igualmente, referida como um indicador de recuperação das PCA, sendo que a maior parte dos estudos correlaciona o início precoce da perturbação com um prognóstico mais favorável (Richard, 2005; Steinhausen, 2002). Uma meta-análise de Steinhausen (2002) que englobou 119 estudos num total de 5590 pacientes diagnosticados com AN levou o autor a concluir que existe uma correlação significativa entre o início da perturbação numa idade mais precoce e um melhor prognóstico da mesma. Este autor seleccionou como alvos da sua meta-análise os indicadores de mortalidade, e de prognóstico. Porém, esta questão da idade do início da perturbação não é consensual entre todos os investigadores. (Castro, Gila, Puig, Rodriguez, & Toro, 2004) reportaram, numa investigação direccionada para os preditores de readmissão hospitalar nas PCA, que o início da perturbação numa idade mais precoce, considerada neste estudo inferior a 15 anos, é preditor da readmissão hospitalar dos pacientes, dentro dos 12 meses subsequentes ao final do tratamento. Este estudo contou com uma amostra de 101 pacientes diagnosticados com AN, de acordo

com os critérios de diagnóstico do DSM-IV (APA, 1994), e admitidos consecutivamente numa unidade especializada no tratamento de PCA. Ao final de 12 meses, foram criados dois grupos: Os que precisavam de readmissão hospitalar, e os que não precisavam. Outro preditor encontrado por alguns estudos é o diagnóstico, sendo que o diagnóstico de BN parece antecipar um prognóstico melhor que o de AN (Herzog et al., 1999; Ben Tovim et al., 2001). Um estudo de Herzog e colaboradores (1993) corrobora a significância deste preditor. A investigação referida teve como objectivo analisar o curso da AN e da BN ao longo do primeiro ano de tratamento. A amostra foi composta por 225 mulheres, divididas pelos diagnósticos de AN e de BN, de acordo com o DSM-III-TR (APA, 1987). Os autores utilizaram uma entrevista estruturada, a qual aplicaram de 3 em 3 meses durante o primeiro ano de tratamento. Os investigadores concluíram que o diagnóstico inicial influenciou fortemente o prognóstico das pacientes, sendo que as pacientes diagnosticadas com BN tiveram uma taxa de recuperação significativamente superior às diagnosticadas com AN. Em relação ao questionário Eating Disorder Inventory (EDI; Garner, Olmsted, & Polivy, 1983), alguns estudos têm demonstrado que uma elevada pontuação na subescala Medos de Maturidade está correlacionada significativamente com um mau prognóstico nas PCA. Um estudo de Nilsson e Hagglof (2005), realizado na Suécia, defende a hipótese anterior. Estes investigadores utilizaram uma amostra de 68 adolescentes diagnosticadas com AN, e um follow-up de 16 anos, os resultados revelam que elevados valores na subescala Medos de Maturidade, tanto no momento de admissão, como ao longo de 2 follow-up, de 8 e 16 anos respectivamente, podem indiciar um mau prognóstico de recuperação nas PCA. Outro estudo (Fasino et al., 2001) corrobora a subescala do EDI Medos de Maturidade como sendo um indicador significativo na predição de bom, ou mau prognóstico, de pacientes anorécticas. Este estudo envolveu uma amostra de 40 pacientes diagnosticadas com AN subtipo restritivo. As pacientes foram admitidas consecutivamente num centro de tratamento especializado em PCA. O estudo contempla dois momentos de avaliação, um momento inicial que corresponde à admissão do paciente ao tratamento, e um momento de follow-up, que corresponde a 180 dias (6 meses) de tratamento com recurso a psicoterapia breve adleriana. Os autores identificaram uma elevada pontuação na subescala do EDI Medos de Maturidade, no momento de admissão, como sendo um indicador significativo que prediz a não recuperação das pacientes.

Em suma, dos estudos referidos, salientam-se como preditores significativos no processo de recuperação das PCA: O diagnóstico (sendo que a BN antevê um prognóstico mais favorável

que a AN); A longa duração da perturbação antes do início do tratamento, como indicador de mau prognóstico; A longa duração do internamento hospitalar, como preditor de mau prognóstico; Um valor baixo de IMC na altura de admissão, como indicador de mau prognóstico; Idade de início da perturbação, sendo que a maioria esmagadora dos estudos considera o início da perturbação numa idade precoce como um indicador de bom prognóstico; Uma pontuação elevada na subescala do EDI Medos de Maturidade como um preditor de mau prognóstico.

Em Portugal, até à data, que se tenha conhecimento, não foram realizados estudos desta natureza, assumindo, assim, este estudo, um carácter pioneiro. Esta investigação tem como objectivos principais avaliar a prevalência da recuperação nas PCA, assim como identificar possíveis preditores, presentes no momento de admissão do paciente ao tratamento hospitalar em regime de consulta externa, que possam influenciar de forma significativa o prognóstico de recuperação do paciente. Pensamos que este estudo poderá representar uma mais-valia para os profissionais que lidam com este tipo de perturbação, na medida em que conhecer os preditores de bom, ou mau, prognóstico, nas PCA, poderá ser útil aquando da elaboração do plano de tratamento para cada paciente. Como referido anteriormente, este estudo é pioneiro em Portugal, tanto pelo tema abordado como pela metodologia utilizada, sendo um estudo longitudinal prospectivo com um follow-up médio de 9 anos.

MÉTODO

Participantes

A amostra desta investigação é constituída por 45 participantes do sexo feminino. Esta amostra é totalmente clínica, sendo que a mesma foi recolhida num serviço hospitalar especializado no tratamento das PCA, inserido numa grande unidade hospitalar situada no Norte de Portugal. A amostra foi recolhida entre os anos de 2001 e 2006. As participantes preenchem os critérios para PCA, de acordo com o manual de diagnóstico DSM-IV (APA, 1994). O diagnóstico foi atribuído por clínicos especializados, integrantes do serviço referido anteriormente. Das 45 participantes, 23 (51.1%) foram diagnosticadas com AN, 17 (37.8%) com BN, e 5 (11.1%) receberam o diagnóstico de perturbação do comportamento alimentar sem outra especificação (PCASOE).

Caracterização da amostra

A Tabela 1 apresenta a caracterização da amostra, em relação a algumas variáveis clínicas. A idade dos participantes, aquando do início da perturbação, variou entre os 11 e os 31 anos, tendo uma média de 17.29 e um desvio-padrão de 4.45. Na altura da admissão, a idade média dos participantes foi de 20.22 anos (DP = 4.92), variando entre 12 e 34 anos. O tempo de

Tabela 1. Idade de início da perturbação, idade na altura da admissão, duração dos problemas, duração do tratamento, e IMC, do total da amostra, das recuperadas, e das não recuperadas. Valores da média e desvio-padrão.

	Total (N = 45)		Recuperadas (N = 9)		Não Recuperadas (N = 36)	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Idade de início da perturbação (Anos)	17.29	4.45	18.11	5.23	17.08	4.29
Idade na altura da admissão (anos)	20.22	4.92	19.00	5.85	20.53	4.71
Duração dos problemas (anos)	2.18	2.21	0.89	1.05	2.50	2.31
Duração do tratamento (anos)	2.61	2.63	1.64	1.06	2.85	2.86
IMC	17.50	3.44	18.50	3.58	17.25	3.41

DP = Desvio-Padrão

IMC = Índice de Massa Corporal

duração dos problemas, antes do início do tratamento, variou entre 0 e 9 anos, com uma média de 2.18 e um desvio-padrão de 2.21. A duração média de tratamento foi de 2.61 anos (DP = 2.63), variando entre 0.01 e 9 anos. Na altura da admissão, a média de IMC da amostra foi de 17.50 (DP = 3.44), variando entre 12.86 e 24.63.

Procedimento

Todas as participantes foram sujeitas a uma triagem, na qual lhes foi atribuído um diagnóstico de PCA, de acordo com os critérios do DSM-IV (APA, 1994). No momento de admissão, após atribuído o diagnóstico de PCA, as participantes responderam a 4 instrumentos, os quais foram utilizados para esta investigação: Questionário de Avaliação de Comportamentos

Impulsivos; Eating Disorder Inventory (EDI; Garner, Olmsted, & Polivy, 1983); Symptom Checklist 90-Revised (SCL-90-R; Derogatis, 1977); e o Inventory of Interpersonal Problems, 64-item version (IIP-64; Horowitz, Alden, Wiggins, & Pincus, 2000).

De forma a analisar os possíveis indicadores de recuperação presentes nesta amostra clínica, foram criados 2 grupos: O grupo das recuperadas (R), e o grupo das não-recuperadas (NR). Esta informação foi obtida através de um follow-up realizado em 2012. Este follow-up consistiu num questionário clínico e sócio-demográfico elaborado por especialistas na área das PCA (psicólogos e psiquiatras), o qual foi aplicado às pacientes. De modo a classificar as participantes em recuperadas, ou não-recuperadas, foram utilizados os seguintes critérios: (1) índice de massa corporal (≤17.5); (2) ainda em tratamento; (3) a percepção dos sujeitos sobre o seu estado clínico como não recuperados; (4) a percepção dos sujeitos sobre a necessidade de ajuda para sintomas de PCA. Baseados nestes critérios, foram criados os 2 grupos, sendo que 36 (80%) das 45 participantes não se encontravam recuperadas, e 9 (20%) encontravam-se recuperadas, na altura do follow-up.

Instrumentos

Questionário de Avaliação Inicial

Algumas informações relevantes para este estudo foram obtidas através de um questionário de avaliação inicial, tais como: O diagnóstico, a idade na altura da admissão, a idade de início da perturbação, o peso, e a altura. No follow-up, foi aferida a duração do tratamento.

Questionário de Avaliação de Comportamentos Impulsivos (COST-B6 – Portugal, 2001)

Foi utilizado um questionário de auto-relato de comportamentos impulsivos, composto por 9 itens, com o objectivo de identificar a presença, ou ausência, dos mesmos, nos últimos 3 meses. Para análise estatística, os itens foram agrupados em 3 categorias: Abuso de substâncias (álcool, heroína, LSD, anfetaminas, e tranquilizantes de rua); Comportamentos agressivos (contra outros, e contra si mesmo); e gastos excessivos/jogo. Foi considerada a existência de comportamentos impulsivos caso a paciente respondesse "sim" a pelo menos um

dos itens pertencentes a cada categoria (e.g. Seria considerada presença de abuso de substâncias se houvesse pelo menos uma resposta "sim" a um dos 3 itens que constituem esta categoria).

Eating Disorder Inventory (EDI; Garner, Olmsted, & Polivy, 1983; versão portuguesa de Machado, Gonçalves, Martins, & Soares, 2001)

Foi utilizado o questionário de auto-relato EDI, na sua versão original. O EDI visa a avaliação de traços psicológicos e comportamentais comuns às PCA. A versão original é composta por 64 itens. Cada um deles é cotado numa escala de Lickert de 6 pontos. As opções de resposta variam entre "sempre" e "nunca". A resposta mais extrema de PCA recebe uma pontuação de 3, a resposta intermédia é pontuada com 2, a resposta seguinte recebe 1 ponto, as outras 3 respostas não recebem qualquer pontuação. Os 64 itens dividem-se por 8 subescalas: Insatisfação corporal (crença de que algumas partes do corpo são demasiado grandes); Bulimia (tendência para apresentar sintomas bulímicos de ingestão compulsiva e vómito auto-induzido); Impulso para emagrecer (preocupação excessiva em fazer dieta de forma a alcançar uma magreza extrema); Ineficácia (sentimento de não estar no controlo da sua própria vida); Consciência interoceptiva (falta de confiança em identificar as suas próprias emoções, assim como as sensações de fome e de saciação); Desconfiança interpessoal (relutância geral em formar relacionamentos próximos); Medos de maturidade (desejo de regressar à segurança da infância); Perfeccionismo (necessidade excessiva de realizações brilhantes). A investigação tem demonstrado a fidelidade e a validade deste instrumento (Garner et al., 1983). Foi apurada a fiabilidade do total do EDI, e de cada subescala, para esta amostra, recorrendo-se, para tal, ao cálculo do Coeficiente Alfa de Cronbach. Se considerarmos fiabilidade adequada para valores superiores a .7, como sugerem George e Mallery (2003), todas as subescalas, excepto Perfeccionismo, parecem apresentar uma fiabilidade adequada. Contudo, os mesmos autores referem que apenas para valores inferiores a .5 a fiabilidade passa a ser inaceitável. Os valores do Alfa de Cronbach para as subescalas do EDI variaram entre .636 (Perfeccionismo) e .919 (Insatisfação Corporal). O valor para o total do instrumento foi de .947.

Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R; Derogatis, 1977; versão portuguesa de Baptista, 1993)

O SCL-90-R é um questionário de auto-relato composto por 90 itens. É um inventário de sintomas, e foi desenvolvido para avaliar a presença de padrões sintomáticos nos sujeitos. Cada item é cotado numa escala de Lickert de 5 pontos. As opções de resposta variam entre 0 (nunca) e 4 (extremamente). Os 90 itens dividem-se por 9 dimensões primárias: Somatização (Avalia a presença de sintomas entendidos pelo sujeito como estando relacionados com diversas disfunções corporais, como cardiovasculares ou respiratórias); Obsessões-Compulsões (Avalia a presença de sintomas relacionados com a perturbação, ou traços, obsessivos-compulsivos); Sensibilidade Interpessoal (focaliza-se em detectar a presença de sentimentos de inferioridade ou de inadequação, principalmente quando o indivíduo se compara com os outros); Depressão (os itens que integram esta escala representam uma amostra significativa das principais manifestações clínicas de uma perturbação depressiva); Ansiedade (avalia a presença de sinais gerais de ansiedade, como tensão muscular e receios); Hostilidade (esta dimensão faz referência a pensamentos, sentimentos e acções característicos da presença de afecto negativo de raiva); Ansiedade Fóbica (avalia respostas persistentes de medo, a algo específico, que são irracionais e desproporcionadas em relação ao estímulo que as provocam); Ideação Paranóide (avalia a presença de pensamentos e comportamentos paranóides); Psicoticismo (esta dimensão inclui sintomas referidos a estados de solidão, estilo de vida esquizóide, alucinações e controlo de pensamento). O SCL-90-R inclui 7 itens que não se inserem nas dimensões primárias referidas anteriormente, mas que têm relevância clínica. Além do referido, o questionário permite obter 3 índices globais: O índice global de severidade (GSI), total de sintomas positivos (PST), e o índice de perturbação sintomática positiva (PSPI). Este inventário tem sido amplamente utilizado no trabalho clínico e na investigação. Foi verificada a fiabilidade do instrumento e das suas subescalas, para esta amostra, com recurso ao cálculo do Coeficiente Alfa de Cronbach. Todas as subescalas, e total do instrumento, demonstram uma fiabilidade adequada, se considerarmos a mesma para valores superiores a 0.7, como propõem George e Mallery (2003). Os valores do Alfa de Cronbach para as subescalas do SCL-90-R variaram entre .830 (Ansiedade Fóbica) e .940 (Somatização). O valor para o total do instrumento foi de .983.

Inventory of Interpersonal Problems 64-item version (IIP-64; Horowitz, Alden, Wiggins, & Pincus, 2000; versão portuguesa de COST-B6 – Portugal, 2001)

O IIP-64 é um questionário de auto-relato concebido para avaliar temas interpessoais recorrentes, identificados no material clínico de clientes a receber tratamento psicoterapêutico. Este instrumento consiste em 64 itens, cada um deles é cotado numa escala de Lickert de 5 pontos, sendo que as opções de resposta variam entre 0 (de forma alguma) e 4 (extremamente). Em relação à sua apresentação textual, os itens estão divididos em 2 grandes grupos: Os primeiros 39 itens iniciam-se pelas palavras: "é difícil para mim…". Os restantes 25 descrevem "coisas que faço em demasia". Os itens dividem-se por 8 subescalas de 8 itens cada uma: Autoritário (ser manipulador, controlador, e demasiadamente agressivo para os outros); Intrusivo (ser intrusivo de forma excessiva, muito observador, e demasiado aberto nos seus assuntos pessoais); Auto-Sacrifício (tentar agradar os outros de forma marcadamente excessiva, ou ser excessivamente cuidador e permissivo); Demasiadamente Acomodado (ter dificuldades em expressar insatisfação, e ser facilmente explorável); Não Assertivo (ter dificuldade em ser assertivo e firme); Socialmente Inibido (ser inibido, tímido, e demasiadamente ansioso perante situações sociais); Frio (ter dificuldade em expressar afeição e simpatia, assim como em manter relacionamentos próximos); Vingativo (não ser de confiança, ser muito desconfiado e egocêntrico). A fiabilidade do instrumento e das suas subescalas, para esta amostra, foi aferida com recurso ao cálculo do Coeficiente Alfa de Cronbach. Todas as subescalas, excepto Demasiadamente Acomodado, e Intrusivo, apresentam uma fiabilidade adequada, se considerarmos a mesma para valores superiores a .7, como sugerem George e Mallery (2003). Segundo os mesmos autores, todas as subescalas encontram-se com uma fiabilidade aceitável (Alfa de Cronbach superior a .5). Os valores do Alfa de Cronbach para as subescalas do IIP-64 variaram entre .607 (Demasiadamente Acomodado) e .834 (Socialmente Inibido). O valor para o total do instrumento foi de .927.

Análise estatística

Os dados foram registados e analisados com recurso ao software Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 19. As associações foram calculadas utilizando o Coeficiente de Correlação Ponto-Bisserial (r_{pb}), e o teste de Qui-Quadrado (χ^2). Foi construído um modelo de regressão logística, para predizer a recuperação das pacientes, com as variáveis que se revelaram significativas nos testes de associação referidos anteriormente, nomeadamente, a subescala do EDI Impulso para Emagrecer, a subescala do EDI Perfeccionismo, e a subescala do IIP-64 Socialmente Inibido.

RESULTADOS

Associação entre a recuperação versus não-recuperação e variáveis das PCA, e do tratamento, no momento da admissão

Tal como é demonstrado na Tabela 2., não existe correlação significativa entre a idade de início da perturbação, e a variável recuperação, r_{pb} = .094, p = .541. Não há associação significativa entre a idade de admissão e a recuperação, r_{pb} = -.126, p = .411. O IMC não está significativamente correlacionado com a recuperação, r_{pb} = .148, p = .333. A duração do tratamento não apresenta uma associação significativa com a recuperação, r_{pb} = -.185, p = .224. Há uma correlação negativa significativa entre a duração dos problemas antes da admissão ao tratamento e a recuperação, r_{pb} = -.295, p = .049. Menor tempo de duração dos problemas antes da admissão ao tratamento está associado à recuperação das pacientes.

Tabela 2. Associação entre as variáveis: Duração do tratamento; Duração dos problemas antes da admissão; Idade de admissão; Idade de início da perturbação; IMC; e a recuperação das pacientes.

	Recuperação	
	r_{pb}	P
Duração do tratamento	-.185	.224
Duração dos problemas antes da admissão	-.295*	.049
Idade de admissão	-.126	.411
Idade de início da perturbação	.094	.541
IMC	.148	.333

*$p < .05$

Associação entre a recuperação versus não-recuperação e a presença de comportamentos impulsivos no momento da admissão

As 3 categorias, criadas a partir dos itens do questionário foram associadas com a recuperação dos pacientes com recurso ao Teste de Qui-Quadrado (χ^2). Os resultados destas associações são apresentados na Tabela 3. Nenhuma das 3 categorias apresentou uma associação

Tabela 3. Associação entre as 3 categorias de comportamentos impulsivos e a recuperação dos pacientes. Frequências e Teste de Fisher.

	Recuperadas (n=9)	Não Recuperadas (n=34)	Teste de Fisher
Abuso de substâncias	0	4 (11.8%)	.564
Comportamentos agressivos	3 (33.3%)	18 (52.9%)	.457
Gastos excessivos/jogo	3 (33.3%)	10 (29.4%)	1.000

significativa com a recuperação das pacientes. De acordo com Martins (2011), os resultados foram interpretados no Teste de Fisher, visto estarmos perante a violação do pressuposto de

Tabela 4. Associações entre as subescalas e total do EDI, e a recuperação das pacientes. Valores do Coeficiente de Correlação Ponto-Bisserial (r_{pb}), e de significância (p).

	Recuperação	
	r_{pb}	P
Impulso para emagrecer	-.353*	.018
Desconfiança Interpessoal	-.151	.322
Perfeccionismo	-.376*	.011
Bulimia	-.033	.827
Medos de Maturidade	-.139	.362
Consciência Interoceptiva	-.141	.355
Insatisfação Corporal	-.132	.388
Ineficácia	-.187	.220
Pontuação Total	-.222	.143

*$p < .05$

confiança dos resultados do Teste de Qui-Quadrado (χ^2).

Associação entre a recuperação versus não-recuperação e a presença de sintomas de psicopatologia alimentar no momento da admissão

As 8 subescalas do EDI, assim como a sua pontuação total, foram associadas, individualmente, à varável de recuperação. Esta associação foi efectuada através do Coeficiente de Correlação Ponto-Bisserial (r_{pb}). Os resultados destas associações são apresentados na Tabela 4. Não existe uma associação significativa entre a pontuação total do EDI e a recuperação, r_{pb} = -.222, p = .143. Das 8 subescalas do EDI, duas apresentaram uma correlação negativa significativa com a recuperação, foram elas o impulso para emagrecer, r_{pb} = -.353, p = .018, e o perfeccionismo, r_{pb} = -.376, p = .011.

Associação entre a recuperação versus não-recuperação e a presença de sintomas de psicopatologia geral no momento da admissão

Tabela 5. Associações entre as várias dimensões do SCL-90-R, assim como o seu índice global de severidade, e a recuperação das pacientes. Valores do Coeficiente de Correlação Ponto-Bisserial (r_{pb}), e de significância (p).

	Recuperação	
	r_{pb}	P
Somatização	-.101	.525
Obsessões-Compulsões	-.268†	.086
Sensibilidade Interpessoal	-.183	.246
Depressão	-.243	.121
Ansiedade	-.114	.471
Hostilidade	.003	.986
Ansiedade Fóbica	-.194	.217
Ideação Paranóide	-.128	.418
Psicoticismo	-.086	.589
Índice Global de Severidade	.088	.564

$^{\dagger}p < .10$

As 9 dimensões primárias, e o índice global de severidade, do inventário SCL-90-R, foram associados, individualmente, à variável de recuperação, com recurso ao Coeficiente de Correlação Ponto-Bisserial (r_{pb}). A dimensão obsessões-compulsões apresentou uma correlação negativa marginalmente significativa com a recuperação, r_{pb} = -.268, p = .086, ou seja, uma pontuação elevada nesta dimensão tende a estar associada à não recuperação das

pacientes. Para as restantes dimensões, e índice global de severidade, não foram obtidas quaisquer correlações significativas com a recuperação das pacientes. Os valores do Coeficiente de Correlação Ponto-Bisserial (r_{pb}), e de significância (p), são apresentados na Tabela 5.

Associação entre a recuperação versus não-recuperação e a presença de problemas interpessoais no momento da admissão

Foi efectuada uma associação entre cada subescala do instrumento IIP-64 e a variável respeitante à recuperação das pacientes. A pontuação total do questionário foi, igualmente, correlacionada com a recuperação. As correlações foram realizadas com recurso ao Coeficiente de Correlação Ponto-Bisserial (r_{pb}). A subescala Socialmente Inibido apresentou uma correlação negativa significativa com a recuperação, r_{pb} = -.320, p = .036. Assim, menor

Tabela 6. Associações entre as subescalas do IIP-64 e a recuperação das pacientes. Valores do Coeficiente de Correlação Ponto-Bisserial (r_{pb}), e de significância (p).

	Recuperação	
	r_{pb}	*P*
Autoritário	-.169	.278
Vingativo	-.031	.844
Frio	-.146	.349
Socialmente Inibido	-.320*	.036
Não-Assertivo	-.211	.174
Demasiadamente Acomodado	-.175	.262
Auto-Sacrifício	-.162	.298
Intrusivo	-.156	.319
Pontuação Total	-.232	.134

*$p < .05$

inibição social está associada à recuperação. Para as restantes subescalas deste instrumento, não foram encontradas associações significativas com a recuperação das pacientes. Os valores do Coeficiente de Correlação Ponto-Bisserial (r_{pb}), e de significância (p), são apresentados na Tabela 6.

Preditores de recuperação no follow-up médio de 9 anos

Os resultados dos testes de associação do Coeficiente Ponto-Bisserial (r_{pb}) apontaram para a existência de 4 variáveis que se correlacionam significativamente com a recuperação das pacientes: Duração dos problemas antes da admissão ao tratamento, r_{pb} = -.295, p = .049; Subescala do EDI Impulso para Emagrecer, r_{pb} = -.353, p = .018; Subescala do EDI Perfeccionismo, r_{pb} = -.376, p = .011; Subescala do IIP-64 Socialmente Inibido, r_{pb} = -.320, p = .036. De forma a construir um modelo preditivo, 3 destas 4 variáveis foram inseridas numa análise de regressão logística: Subescala do EDI Impulso para Emagrecer, subescala do EDI Perfeccionismo, e subescala do IIP-64 Socialmente Inibido. De modo a cumprir um pressuposto da regressão logística, mínimo de 15 participantes por preditor, de acordo com Field (2009), optámos por excluir do modelo a variável Duração dos problemas antes da admissão ao tratamento, por se tratar a de menor significância de entre as 4 significativas. A Tabela 7. apresenta um sumário do modelo de regressão logística, do qual resultou um preditor significativo: Subescala do EDI Perfeccionismo, Wald = 4.141, p = .042, OR = .181 (95% IC = .035-.939). Este modelo explica 27.5% da variância, R^2 = .275.

Tabela 7. Modelo preditivo da recuperação das pacientes no follow-up médio de 9 anos.

R^2 = .275 Preditor	Wald	Odds Ratio	95% IC
EDI Impulso para Emagrecer	3.804	.319	.101-1.006
EDI Perfeccionismo	4.141*	.181	.035-.939
IIP-64 Socialmente Inibido	1.836	.441	.135-1.441

95% IC = 95% Intervalo de Confiança

*p < .05

DISCUSSÃO

Este estudo fornece informação sobre a recuperação de pacientes diagnosticadas com PCA seguidas num tratamento de regime de consulta externa numa unidade hospitalar. O estudo teve como objectivos verificar a taxa de recuperação destas perturbações e encontrar variáveis

que pudessem estar significativamente associadas à recuperação das pacientes. Esta recuperação foi aferida através de um follow-up com duração média de 9 anos.

Em primeiro lugar, há a salientar a relativamente reduzida taxa de recuperação (20%) encontrada para a nossa amostra. Este resultado vai de acordo a outros estudos científicos (e.g. Fichter et al., 2006). Fichter e colaboradores (2006) encontraram uma taxa de recuperação da AN de 27.5%, para um follow-up de 12 anos.

Através de uma revisão bibliográfica à literatura relacionada com este tema da recuperação nas PCA, e os seus preditores, foram seleccionados a idade do paciente no início da perturbação, duração dos problemas antes da admissão ao tratamento, idade do paciente na altura da admissão ao tratamento, duração do tratamento, e o IMC. A duração dos problemas antes da admissão ao tratamento mostrou estar significativamente associada à recuperação dos pacientes. Esta associação é negativa, o que nos indica que quanto menor for o tempo de duração dos problemas antes da admissão ao tratamento, maior será a probabilidade de recuperação. Este resultado confirma resultados presentes noutros estudos (e.g. Zipfel et al., 2000), que concluíram, com recurso a uma análise de regressão logística, que a longa duração da perturbação antes da primeira admissão hospitalar é um importante preditor de mau prognóstico. Os restantes preditores, referidos anteriormente, não se mostraram significativos quando associados à recuperação das pacientes.

Nenhuma das categorias de comportamentos impulsivos demonstrou correlação significativa com a recuperação das pacientes. Contudo, é interessante constatar que nenhuma das recuperadas apresentava, na altura da admissão, historial recente de abuso de substâncias.

Em relação ao instrumento EDI, todas as suas subescalas foram associadas à recuperação das pacientes. Duas delas apresentaram uma correlação negativa significativa com a recuperação: Impulso para emagrecer; e Perfeccionismo. Quer isto dizer que baixa pontuação nessas duas subescalas do EDI estão significativamente associados ao sucesso na recuperação das pacientes. Para as restantes 6 subescalas do EDI, e para a sua pontuação total, não foram encontradas correlações significativas com a recuperação dos pacientes. Estes resultados são interessantes se pensarmos que um dos principais critérios de diagnóstico de uma PCA, de acordo com o DSM-IV (APA, 1994), é a excessiva preocupação com o peso e forma corporal. A subescala do EDI Impulso para Emagrecer reflecte, em grande parte, esta preocupação excessiva com o peso e forma corporal, assim como um medo intenso de ganhar peso (Garner et al., 1983). Um valor elevado nesta subescala do EDI indica uma presença forte de medo de

ganhar peso, assim como preocupação excessiva com o peso e forma corporal, o que, no nosso estudo, está negativamente correlacionado com um sucesso na recuperação. A presença de perfeccionismo clínico tem sido amplamente descrita na literatura. (Bruch, 1978, cit in Garner et al., 1983) sugere que a tentativa de viver de acordo com metas perfeccionistas é um tema característico na AN (cit in Garner et al., 1983). A subescala do EDI Perfeccionismo pretende avaliar a presença de características perfeccionistas nos pacientes. O nosso estudo, ao encontrar uma correlação significativa entre esta subescala do EDI e a recuperação dos pacientes, corrobora a importância fulcral que este tema assume no âmbito das PCA. Pacientes com pontuações mais elevadas nesta subescala do EDI têm menor probabilidade de efectuar uma recuperação com sucesso. A subescala do EDI Medos de Maturidade, apontada em alguns estudos como preditor significativo da recuperação dos pacientes (e.g. Nilsson & Hagglof, 2005), não revelou significância estatística na nossa investigação, quando associada à recuperação das pacientes.

O inventário de sintomas SCL-90-R é um instrumento que avalia a presença de um amplo leque sintomático através das suas 9 dimensões primárias. Para este instrumento, encontrámos um resultado marginalmente significativo relativamente à dimensão Obsessões-Compulsões. Esta apresenta uma correlação negativa marginalmente significativa com a recuperação das pacientes. Uma pontuação elevada nesta subescala do SCL-90-R tende a estar associada à não-recuperação das participantes. (Kaye, Bulik, Thornton, Barbarich, & Masters, 2004) reportaram que 64% dos sujeitos com PCA sofrem, pelo menos, de uma perturbação de ansiedade, sendo que 41% destes sofre de Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC), sugerindo, assim, a estreita ligação existente entre as PCA e a POC.

Uma subescala do IIP-64 (Socialmente Inibido) apresentou uma correlação negativa significativa com a recuperação, ou seja, quanto mais acentuada for a introversão social, menor será a probabilidade de se conseguir alcançar com sucesso a recuperação da PCA. Um estudo de Deter, Schellberg, Kopp, Friederich, e Herzog (2005) aponta no mesmo sentido, na medida em que os autores concluíram que quanto mais contactos interpessoais o paciente mantivesse, melhor seria o prognóstico de recuperação de AN, igualmente, em quantas mais actividades sociais o paciente se visse envolvido, maior seria a probabilidade de alcançar a recuperação da AN.

Estes resultados vieram permitir identificar indicadores associados à recuperação e não-recuperação de pacientes com diagnóstico de PCA, e, como tal, identificar pacientes que

estejam em maior risco de não-recuperação, como sejam: indivíduos com longa duração da perturbação antes da admissão ao tratamento; e/ou que obtenham valores elevados nas subescalas do EDI Impulso para Emagrecer e Perfeccionismo, assim como na subescala do IIP-64 Socialmente Inibido.

O nosso estudo apresenta alguns pontos fortes, nomeadamente, uma amostra totalmente clínica; é um estudo prospectivo de longa duração (folow-up médio de 9 anos); e a utilização de várias medidas relevantes (diversas variáveis clínicas; EDI; SCL-90-R; IIP-64; e avaliação de comportamentos impulsivos). Além disto, é o primeiro estudo que avalia preditores de recuperação nas PCA, em Portugal.

A nossa investigação apresenta uma importante limitação, a qual se prende com o reduzido número de participantes que constituem a amostra. Esta limitação não nos permitiu avaliar o diagnóstico enquanto preditor de recuperação das PCA.

De futuro, pensamos que seria importante a realização de estudos semelhantes que conseguissem obter uma amostra maior, que é a grande limitação da nossa investigação. Poderia ser interessante conseguir recolher dados do curso da perturbação, ou seja, vários momentos de avaliação além do momento de admissão ao tratamento, e, tal como foi referido, avaliar o diagnóstico como preditor de recuperação das PCA.

REFERÊNCIAS

Almeida, L., Freire, T. (2008). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. 5ª Edição. Braga: Psiquilíbrios Edições.

Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Archives of general psychiatry, 68*(7), 724-731. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.74

Bardone-Cone, A., Sturm, K., Lawson, M., Robinson, D. P., & Smith, R. (2010). Perfectionism Across Stages of Recovery from Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders, 43*(2), 139-148.

Ben Tovim, D. I., Walker, K., Gilchrist, P., Freeman, R., Kalucy, R., & Esterman, A. (2001). Outcome in patients with eating disorders: A 5-year study. *The Lancet, 357,* 1254-1257.

Castro, J., Gila, A., Puig, J., Rodriguez, S., & Toro, J. (2004). Predictors of rehospitalization after total recovery in adolescents with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 36*(1), 22-30. doi: 10.1002/eat.20009

Clausen, L. (2008). Time to remission for eating disorder patients: A $2^{½}$ year follow-up study of outcome and predictors. *Nordic Journal of Psychiatry*, *62*(2), 151-159. doi: 10.1080/08039480801984875

Collin, P., Power, K., Karatzias, T., Grierson, D., & Yellowlees, A. (2010). The Effectiveness of, and Predictors of Response to, Inpatient Treatment of Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review, 18,* 464-474. doi: 10.1002/erv.1026

Deter, H. C., Schellberg, D., Kopp, W., Friederich, H. C., & Herzog, W. (2005). Predictability of a favorable outcome in anorexia nervosa. *European Psychiatry, 20,* 165-172. doi: 10.1016/j.eurpsy.2004.09.006

Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating Disorders. *The Lancet, 361,* 407-416.

Fassino, S., Abbate Daga, G., Amianto, F., Leombruni, P., Garzaro, L., & Rovera, G. G. (2001). Nonresponder anorectic patients after 6 months of multimodal treatment: predictors of outcome. *European Psychiatry,16,* 466-473.

Fichter, M., Quadflieg, N., & Hedlund, S. (2006). Twelve-Year Course and Outcome Predictors of Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 39*(2), 87-100.

Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. 3rd Edition. London: Sage.

Garner, D. M., Olmstead, M. P., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders, 2*(2), 15-34.

George, D., Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: a simple guide and reference*. *11.0 update.* 4th Edition. Boston: Allyn & Bacon.

Grave, R. D., Calugi, S., Brambilla, F., & Marchesini, G. (2008). Personality dimensions and treatment drop-outs among eating disorders patients treated with cognitive behavior therapy. *Psychiatry Research, 158,* 381-388. doi: 10.1016/j.psychres.2007.07.028

Helverskov, J. L., Clausen, L., Mors, O., Frydenberg, M., Thomsen, P.H., & Rokkedal, K. (2010). Trans-Diagnostic Outcome of Eating Disorders: A 30 Month Follow-Up Study of 629 Patients. *European Eating Disorders Review, 18,* 453-463. doi: 10.1002/erv.1025

Herzog, D. B., Dorer, D. J., Keel, P. K., Selwyn, S. E., Ekeblad, E. R., Flores, A. T., Greenwood, D. N., Burwell, R. A., & Keller, M. B. (1999). Recovery and Relapse in Anorexia and Bulimia Nervosa: A 7.5- Year Follow-Up Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 38,* 829-837.

Herzog, D. B., Sacks, N. R., Keller, M., Lavori, P. W., von Ranson, K. B., & Gray, H. M. (1993). Patterns and predictors of recovery in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of the Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 32,* 835-842.

Jenkins, J., & Ogden, J. (2012). Becoming "Whole" Again: A Qualitative Study of Women's Views of Recovering From Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review, 20,* 23-31. doi: 10.1002/erv.1085

Jones, A., Bamford, B., Ford, H., & Schreiber-Kounine, C. (2007). How Important are Motivation and Initial Body Mass for Outcome in Day Therapy Services for Eating Disorders? *European Eating Disorders Review, 15,* 283-289. doi: 10.1002/erv.736

Kaye, W. H., Bulik, C. M., Thornton L., Barbarich N., & Masters K. (2004). Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry, 161,* 2215-2221

Lethbridge, J., Watson, H., Egan, S., Street, H., & Nathan, P. (2011). The role of perfectionism, dichotomous thinking, shape and weight overvaluation, and conditional goal setting in eating disorders. *Eating Behaviors, 12,* 200-206. doi: 10.1016/j.eatbeh.2011.04.003

Machado, P. P. P., Gonçalves, S., Martins, C., Soares, I. C. (2001). The Portuguese Version of the Eating Disorders Inventory: Evaluation of its Psychometric Properties. *European Eating Disorders Review, 9,* 43-52.

Martins, C. (2011). *Manual de Análise de Dados Quantitativos com recurso ao IBM® SPSS®: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir.* Braga: Psiquilíbrios Edições.

Nilsson, K., & Hagglof, B. (2005). Long-Term Follow-Up of Adolescent Onset Anorexia Nervosa in Northern Sweden. *European Eating Disorders Review, 13,* 89-100. doi: 10.1002/erv.631

Pike, K. M. (1998). Long-term course of anorexia nervosa: Response, relapse, remission, and recovery. *Clinical Psychology Review, 18,* 447-475.

Rawal, A., Park, R., Williams, M. (2010). Rumination, experiential avoidance, and dysfunctional thinking in eating disorders. *Behaviour Research and Therapy, 48,* 851-859. doi:10.1016/j.brat.2010.05.009

Richard, M. (2005). Effective Treatment of Eating Disorders in Europe: Treatment Outcome and Its Predictors. *European Eating Disorders Review, 13,* 169-179. doi: 10.1002/erv.636

Ro, O., Martinsen, E., Hoffart, A., Sexton, H., & Rosenvinge, J. (2005). Adults with Chronic Eating Disorders. Two-Year Follow-Up After Inpatient Treatment. *European Eating Disorders Review, 13,* 255-263. doi: 10.1002/erv.651

Rowe, S., Jordan, J., McIntosh, V., Carter, F., Frampton, C., Bulik, C., & Joyce, P. (2011). Dimensional measures of personality as a predictor of outcome at 5-year follow-up in women with bulimia nervosa. *Psychiatry Research, 185,* 414-420. doi:10.1016/j.psychres.2010.07.017

Smink, F., van Hoeken, D., & Hoek, H. (2012). Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Current Psychiatry Reports, 14,* 406-414. doi: 10.1007/s11920-012-0282-y

Steinhausen, H. C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American Journal of Psychiatry, 159,* 284-293.

Steinhausen, H. C., Grigoroiu-Serbanescu, M., boyadjieva, S., Neumarker, K.-J., & Metzke, C. W. (2008). Course and Predictors of Rehospitalization in Adolescent Anorexia Nervosa in a Multisite Study. *International Journal of Eating Disorders, 4*(1), 29-36. doi: 10.1002/eat.20414

Vaz, F. J. (1998). Outcome of bulimia nervosa: prognostic indicators. *Journal of Psychosomatic Research, 45*(5), 391-400.

Zipfel, S., Lowe, B., Reas, D. L. Deter, H.-C., & Herzog, W. (2000). Long-term prognosis in anorexia nervosa: lessons from a 21-year follow-up study. *The Lancet, 355,* 721-722.